2024

SNS EM FOCO
EXPECTATIVAS E REALIDADE

SNS EM FOCO

OBSERVATÓRIO
FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE

ÍNDICE

2 Índice

4 Introdução

7 Parte I
Sistema de Saúde Português e Serviço Nacional de Saúde – Expectativas para o seu desenvolvimento

8 Sistema de Saúde e Serviço Nacional de Saúde – Compromisso Social

14 Quadro de Expectativas para o Desenvolvimento do Sistema de Saúde

24 Parte II
Expectativas e Realidade – Análise Global

25 Análise do Ciclo Político 20152024

34 Análise do Ciclo Político Atual (Início em abril 2024)

44 Parte III
Análise de Temáticas Selecionadas

46 Pessoas, Comunidade e "Saúde Local"

58 Resposta à Doença Aguda

69 Multimorbilidade, Plano Individual de Cuidados e Registo de Saúde Eletrónico

79 Quadro Global de Referência do SNS

88 Parte IV
Das Expectativas à Realidade – Em conclusão

90 I. Impulsos transformadores insustentáveis relativos ao SNS

100 II. A importância de um debate político de qualidade – agendas políticas e representação de interesses particulares

102 III. Desafios atuais

105 IV. Perspetivas futuras

107 V. Promover a democratização da saúde

108 Anexos

109 Anexo I - Novos princípios, instrumentos e processos de governação e governança

118 Anexo II - Dispositivo de análise, planeamento e direção estratégicos em saúde

121 Lista de Siglas e Abreviaturas

123 Ficha Técnica

INTRODUÇÃO

1. Analisar, comunicar e discutir a qualidade da governação e governança em saúde

Num trabalho publicado há mais de 20 anos (2003), intitulado "The European Patient of the Future", pode ler-se numa das suas conclusões:

"(Os europeus) receiam que falte aos seus governantes a cultura, a imaginação e a vontade necessárias para canalizar para soluções de interesse comum o enorme potencial de inteligência, conhecimento e inovação disponíveis na sociedade atual".

É hoje talvez mais óbvio que esta conclusão precisa de maior abrangência. O foco não pode estar exclusivamente nos governantes. É indispensável que o conjunto da sociedade – os múltiplos atores sociais – façam, também, a sua parte: aprendam a compreender melhor o que se passa e a influenciar mais efetivamente o curso dos acontecimentos.

Neste contexto, governação e governança são igualmente importantes:

A **governação** pelo que fazem as instituições às quais é atribuído um poder formal para desenhar e implementar políticas públicas – o Governo e as instituições do Estado;

A **governança** pela forma como os diferentes atores sociais influenciam o interesse comum. Na saúde destacam-se, essencialmente, as organizações cívicas e profissionais, os atores económico-financeiros e empresariais e a comunicação social.

É muito importante analisar, comunicar e discutir a qualidade da governação e governança em saúde na sociedade portuguesa.

2. A Fundação para a Saúde e o seu Observatório

A Fundação para a Saúde tem como missão contribuir para salvaguardar e transformar o Serviço Nacional de Saúde (SNS), no sentido de melhor corresponder às necessidades e aspirações das pessoas.

Nesta perspetiva, a Fundação, para além de múltiplas iniciativas que tomou nos últimos anos, organizou, em 2023 e 2024, os "Estados Gerais Transformar o SNS". Foram nove Encontros de reflexão e debate sobre o presente e o futuro do SNS, que decorreram no Porto, Évora, Coimbra, Setúbal, Lisboa, Viseu, Aveiro, Braga e Faro. Estas iniciativas permitiram recolher elementos relevantes e atuais sobre o SNS e o sistema de saúde português.

Muitos dos atuais colaboradores da Fundação estiveram fortemente envolvidos na criação e desenvolvimento do "Observatório Português dos Sistemas de Saúde" (OPSS), e dos seus "Relatórios de Primavera" (2001-2022).

A partir de agora, a Fundação para a Saúde, através do seu Observatório, compromete-se a apresentar anualmente o "SNS em Foco".

3. SNS em Foco – uma nova abordagem analítica e comunicacional

Para isso desenvolveu-se, no decurso deste ano, uma metodologia apropriada para este **exercício de análise e comunicação.** Esta será necessariamente aperfeiçoada no decurso dos próximos anos.

A abordagem adotada configura-se em quatro partes:

Parte I - Caracterizar, em traços gerais, o sistema de saúde português

Explicitar os fundamentos do **"compromisso social"** da saúde.

Estabelecer e explicitar, detalhadamente, um quadro de expectativas em relação ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português, apropriado à análise do que ocorreu (a) no último ciclo político de cerca de 8 anos – 2015 a 2024 e (b) no ciclo político atual (os primeiros 7 meses).

Parte II - Comparar e expectativas e realidade

Comparar as expectativas previamente explicitadas com o que de facto ocorreu nos 2 ciclos políticos acima referidos.

Esta comparação é feita aferindo a convergência ou divergência da realidade face às expectativas, com base numa classificação em 5 categorias ("semáforos"). Este exercício, apesar de beneficiar de uma justificação sucinta para cada uma das 15 categorias analisadas, tem um componente subjetivo. Por isso, não se apresentam os juízos assim representados como "certezas" indiscutíveis, mas antes como um convite para um debate sistemático e informado sobre o SNS e o sistema de saúde do país.

Parte III – Análise de temáticas selecionadas

No que diz respeito ao atual ciclo político, para além de uma análise geral que compara expectativas com o que está a ocorrer, selecionaram-se quatro temáticas para uma abordagem mais detalhada**:**

- Pessoas, Comunidade e "Saúde Local";
- Resposta à Doença Aguda;
- Multimorbilidade, Plano Individual de Cuidados e Registo de Saúde Eletrónico;
- Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS – o Quadro Global de Referência do SNS.

Parte IV - Das expectativas à realidade – em conclusão

Que aprendizagem – e para quem – da comparação de expectativas com a realidade?

Não se pretende que todos estejam de acordo com a análise proporcionada pelo "**SNS em Foco 2024**".

Procuram-se explicações plausíveis para os desvios observados às expectativas formuladas, no

âmbito das diferentes situações analisadas.

A abordagem adotada permite "localizar", precisamente, os pontos de acordo/desacordo e beneficiar com isso.

O que está em causa é, essencialmente, construir e aperfeiçoar uma "gramática" que permita discutir sistematicamente, aprender continuamente, e contribuir cooperativamente para um melhor SNS para as pessoas**.**

Este trabalho proporciona ao leitor dois anexos, com a intenção de complementar o texto com detalhes técnicos relevantes:

Anexo I - Novos princípios, instrumentos e processos de governação e governança em saúde;

Anexo II - Dispositivo de análise, planeamento e direção estratégicos em saúde.

Fact Checking

Na tentativa de uma abordagem mais comunicativa, optou-se por não se adotar o modelo académico de referências bibliográficas. Sempre que necessário ou útil para uma melhor compreensão dos factos em análise, colocam-se os links para as fontes de informação utilizadas, que fundamentam a leitura efetuada.

PARTE I

Sistema de Saúde Português e Serviço Nacional de Saúde - Expectativas para o seu desenvolvimento

Sistema de Saúde e SNS - Compromisso Social

Introdução

Há um contrato social – um compromisso social – estabelecido entre o Estado e os cidadãos, naquilo que diz respeito ao sistema de saúde do país.

Esse compromisso social fundamenta-se em duas dimensões distintas que, naturalmente, tendem a convergir.

Dimensão 1: Evolução histórica - Quando nos anos 30 e 40 as reformas "bismarckianas" da saúde – um seguro social capaz de financiar o acesso aos cuidados de saúde - chegaram aos países do sul da Europa, estes não dispunham de serviços de saúde suficientemente desenvolvidos – o Estado, a própria segurança social, ou o setor privado social tiveram que investir, ou continuar a investir, na criação dos serviços de saúde necessários. Desde os anos sessenta do século passado que começaram a circular propostas, considerando a necessidade de se criar um Serviço Nacional de Saúde (SNS). A publicação do Relatório das Carreiras Médicas, iniciativa da Ordem dos Médicos, da autoria de um grupo de médicos liderado por Miller Guerra, primeiro, e mais tarde a reorganização dos serviços de saúde portugueses, no princípio dos anos 70, liderada por Baltazar Rebelo de Sousa, Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, constituíram importantes antecedentes da criação do SNS, concretizada pela "Lei Arnaut" de 1979, com o seu caráter distintivo – a centralidade das pessoas e do seu Centro de Saúde. E que fez parte de um movimento similar em Espanha, Itália e Grécia, em finais da década de 70 e nos primeiros anos da década de 80.

Dimensão 2: Enquadramento constitucional - A Constituição da República Portuguesa refere no Art.º 64º que "todos têm direito à proteção da saúde" e que "esse direito é realizado através de um serviço nacional de saúde" (SNS).

Sistema de Saúde Português

De uma forma mais pormenorizada, o sistema de saúde é o conjunto de todas as organizações, pessoas e ações que têm como objetivo principal promover, restaurar ou manter a saúde (WHO, 2007). Compreende, assim, as estruturas de ambos os sectores público e privado (com e sem fins lucrativos) que se dedicam aos cuidados em saúde, e que têm por missão garantir a saúde e o bem-estar dos cidadãos.

O sector público inclui as políticas e os serviços da responsabilidade do Estado, que constituem o SNS, oferecendo um acesso geral e universal para todas as pessoas. A Lei de Bases da Saúde de 2019, na sua Base 20, define que o SNS é "o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde". A centralidade do SNS no sistema de saúde é insubstituível, como insubstituíveis são as funções sociais de um Estado de Direito Democrático.

Setores social e privado na prestação de cuidados e serviços de saúde

O reconhecimento da importância do SNS não significa depreciar a contribuição dos setores social e privado na saúde dos portugueses. O setor privado, com fins lucrativos, teve um grande desenvolvimento nas últimas duas décadas, justamente por um aumento considerável da procura por parte de uma fração importante da população que o utiliza frequentemente, pagando do seu bolso, ou através da ADSE e de outros subsistemas, ou de seguros privados de saúde.

E para o SNS estes setores são, também, importantes, por poderem prestar cuidados e serviços de saúde às pessoas, mediante a celebração de contratos, conforme o estipulado na Lei de Bases da Saúde de 2019 (Base 6) e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Artigo 29.º).

Por estarem em vigor há muitos anos, através de uma rede de cobertura nacional e correspondendo a uma parte significativa do total da despesa do SNS, destacam-se as chamadas "Convenções" entre o SNS e estes setores para a prestação de serviços relativos aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), pedidos, essencialmente, pelos cuidados de saúde primários.

Os setores social e privado são igualmente importantes no sentido de complementarem o Serviço Nacional de Saúde, no cumprimento do exposto na Lei do "Acesso aos cuidados do SNS" (2007).

No setor social, não se pode ignorar o seu papel indispensável na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Por último, mas não menos importante, a rede de Farmácias Comunitárias. A cobertura nacional, o seu modelo organizacional, a qualidade do seu atendimento, o valor da proximidade que cultivam, constituem, no seu conjunto, uma mais valia que pode ser mais aprofundada e integrada numa resposta mais alargada.

O papel das autarquias locais na saúde

A intervenção autárquica na saúde é importante quando se trata de contribuir para o bem-estar das pessoas. De facto, o papel das autarquias no desenvolvimento dos diversos domínios da sociedade é amplamente reconhecido. O impacto das políticas públicas no alcance de melhor qualidade de vida e saúde tem sido alavancado na intervenção nos determinantes da saúde. A promoção de estilos de vida saudáveis, a redução das desigualdades e a melhoria das condições de vida das pessoas são também objetivos perseguidos pelas autarquias.

Existe, ainda, uma geração de municípios que estiveram na vanguarda da abordagem multidimensional da saúde, integrando o Movimento das Cidades Saudáveis, liderado pela Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, que não pode ser ignorada. Datam da década de noventa os primeiros "Perfis de Saúde e Planos Municipais para o Desenvolvimento da Saúde", que nascem, numa primeira linha, da estreita parceria entre os municípios e a saúde, à qual se juntam o terceiro setor, o movimento associativo (desportivo, cultural e ambiental), as escolas e o tecido empresarial. Esta estruturação, em parceria, de políticas públicas promotoras de saúde e qualidade de vida, ganha sustentabilidade no investimento feito pelas autarquias e na

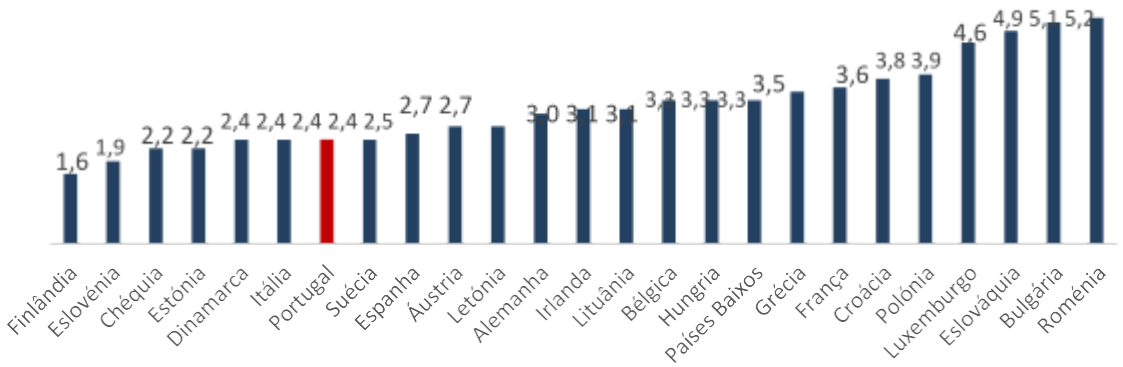
sua capacidade de liderança e de agregação do tecido social e de envolvimento das comunidades, na disseminação dos planos locais de saúde. É preciso olhar para este movimento liderado pelos municípios, compreender o seu potencial e colocar este conhecimento ao alcance da missão do SNS.

Assim, em relação ao papel das autarquias, seria de esperar (i) um reforço das parcerias entre a saúde e as autarquias, de modo a potenciar os cuidados de proximidade e os cuidados na comunidade, (ii) a sua incorporação "no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde", na lógica do que é definido pela Lei de Bases da Saúde; (iii) o desenvolvimento de modelos de governação local e criação de estratégias locais de saúde; e, por fim, (iv) a criação de Fóruns de Participação para a Saúde Comunitária, enquanto espaços de diálogo e de concertação estratégica, de monitorização de indicadores e de estruturação de respostas para carências identificadas, influenciando a agenda da saúde, através de recomendações e propostas concretas.

Melhoria da saúde dos portugueses e seus determinantes

A criação do SNS e a melhoria das condições de vida dos portugueses tiveram consequências positivas nos seus níveis de saúde.

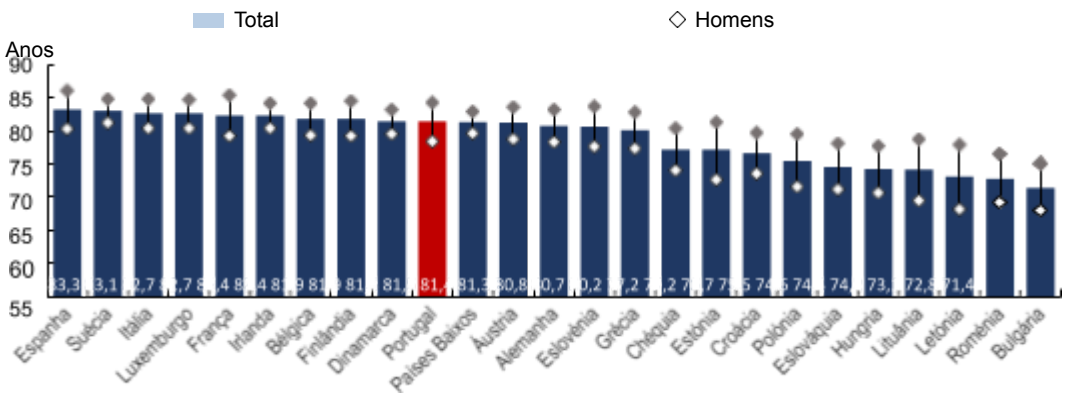
Nada melhor para exemplificar esta evolução do que referirmos o indicador de mortalidade infantil, em que Portugal se situa na quinta melhor posição da UE (2021), a par da Dinamarca, Itália e Suécia, conforme a Figura 1.



Fonte: OECD (2023)

Figura 1 – Mortalidade infantil, 2021

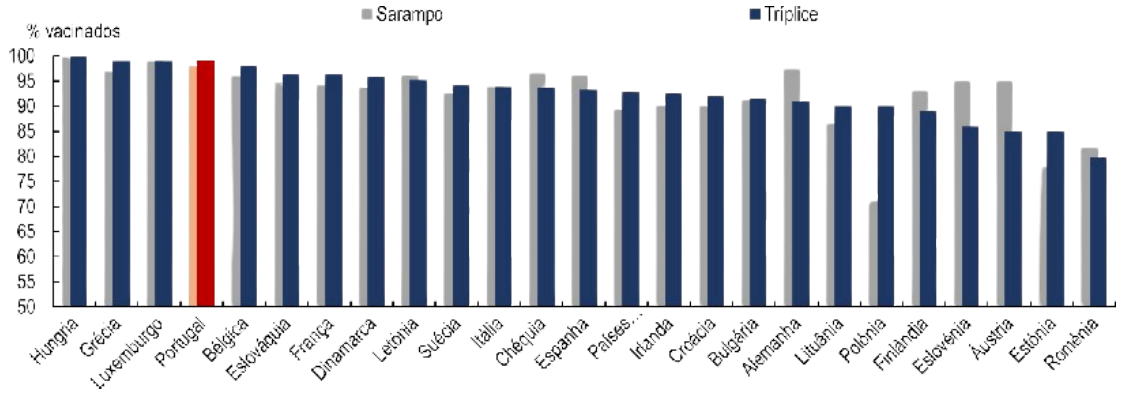
Centrando agora na esperança de vida à nascença, onde, de novo com dados da OCDE, após o impacto da COVID-19, Portugal ocupa (2022) a nona posição na UE27, de novo, a par da Dinamarca, com 81,5 anos e com uma significativa diferença entre os homens (78,4) e as mulheres (83,7) que continuam a viver mais do que os homens (Figura 2).



Fonte: OECD (2023)

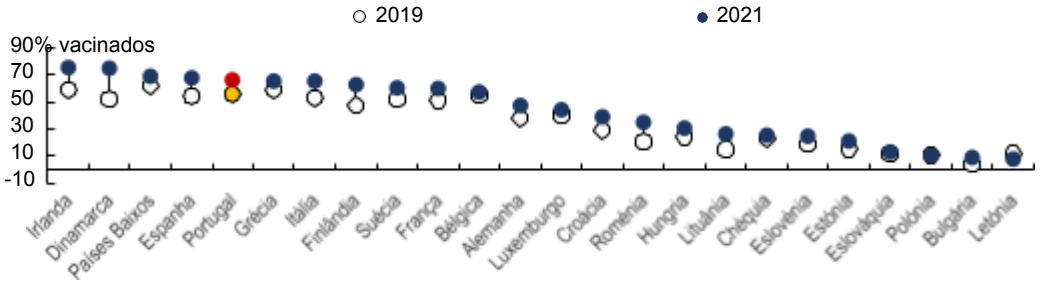
Figura 2 - Esperança de vida à nascença, 2022

Quanto à vacinação, Portugal tem mantido praticamente em 100% as taxas de vacinação da Tríplice e do Sarampo para crianças com um ano (Figura 3), e em 66% para a gripe, de entre os mais velhos (Figura 4).



Fonte: OECD (2024)

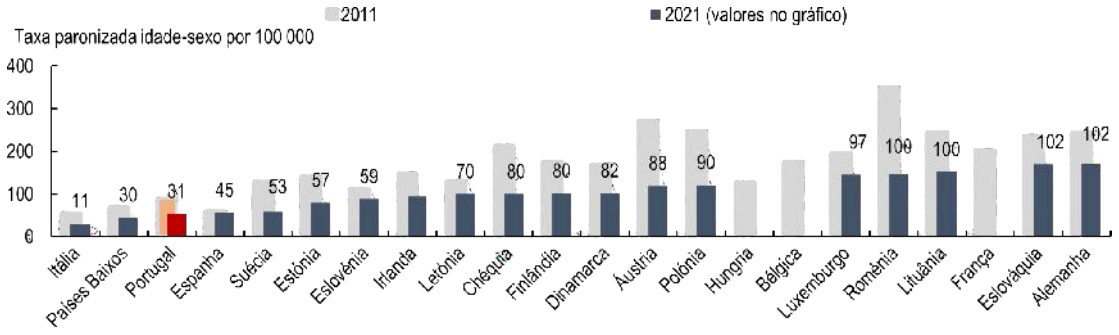
Figura 3 - Taxas de vacinação da Tríplice e do Sarampo, 2022



Fonte: PORDATA (2024)

Figura 4 - Taxas de vacinação aos 65+ para a gripe, 2021

Os rastreios do cancro da mama estão entre os maiores da OCDE, com uma taxa superior a 80% de mulheres dos 50 aos 69 anos. E, por outro lado, Portugal está entre os três melhores países com taxa de admissão em hospitais de adultos por diabetes (Figura 5).

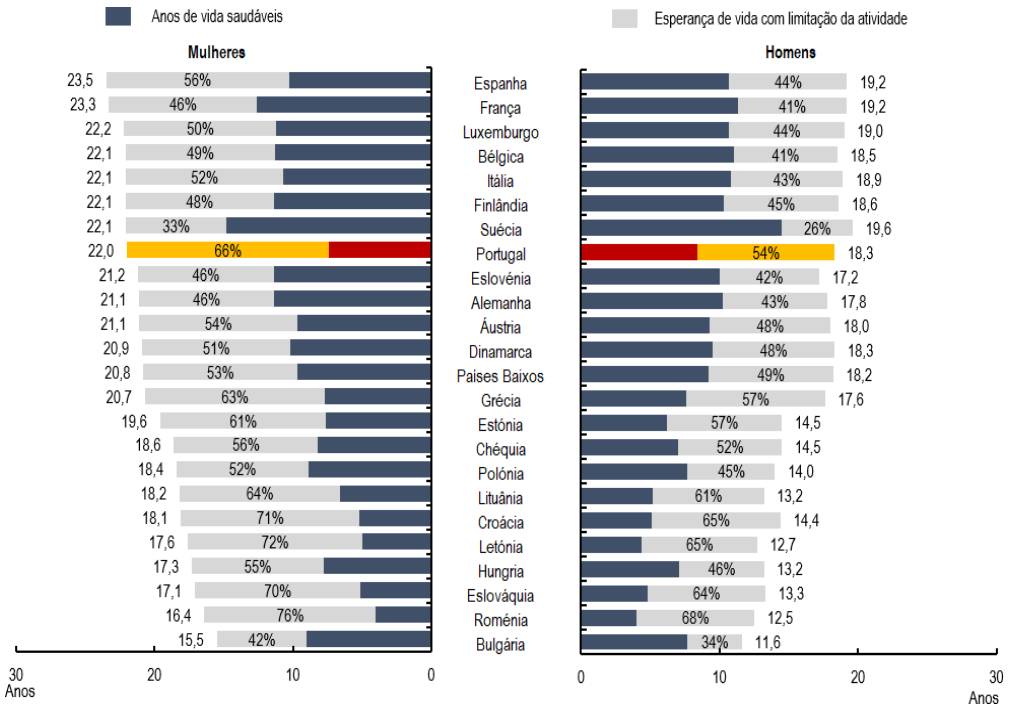


Fonte: OECD (2024)

Figura 5 - Internamentos de adultos por diabetes, 2021

…Mas ainda há um longo caminho a percorrer

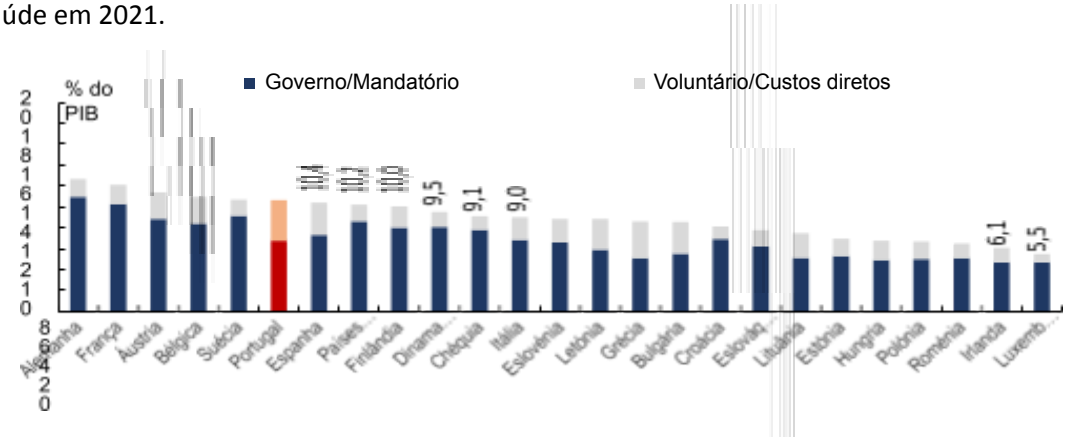
Apesar dos ganhos obtidos em anos vividos, em que Portugal aumentou mais de 3 anos de 2000 a 2021, nem todos estes anos são vividos com boa saúde: as mulheres com 65 anos podem esperar viver saudavelmente apenas 66% do tempo de vida (22,0 anos), e os homens 54% (18,3 anos), de acordo com a Figura 6.



Fonte: OECD (2024)

Figura 6 - Esperança de vida e anos saudáveis aos 65 anos, 2021

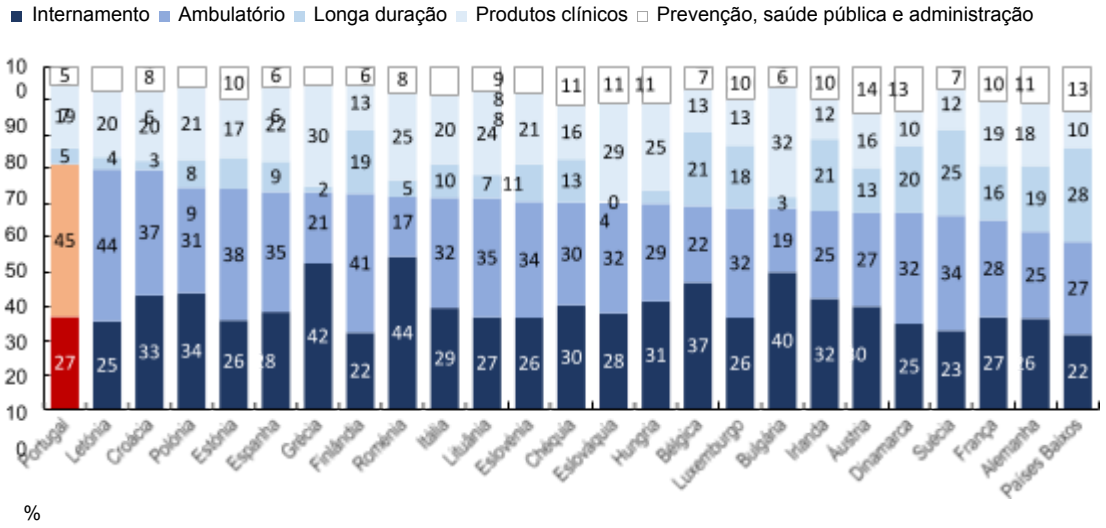
Relativamente às despesas com a saúde, Portugal gasta 10,6% do PIB (dados de 2022), sendo que as famílias têm um encargo muito elevado de quase 37% (Figura 7), incluindo cerca de 7% de seguros voluntários de saúde. Os internamentos (27%) e o ambulatório em cuidados hospitalares e primários (45%) foram responsáveis por mais de 70% de toda a despesa em saúde em 2021.



Fonte: OECD (2024)

Figura 7 – Despesa em Saúde, %PIB, 2022

De realçar, no entanto, o fraco investimento que existe em Portugal, ao contrário de outros países desenvolvidos, nos cuidados de longa duração (apenas 5%) (Figura 8), o que pode explicar o aumento de 11%, no espaço de um ano, dos internamentos denominados sociais, em que "cerca de metade dos internamentos inapropriados se deve à falta de resposta da RNCCI", sendo a "falta de resposta das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) [da responsabilidade da Segurança Social], o principal motivo do aumento do número de dias de internamentos inapropriados" em hospitais, normalmente designados por internamentos sociais (Fonte).



Fonte: OECD (2024)

Figura 8 – Despesa em saúde por tipo de serviço, 2021

QUADRO DE EXPECTATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

1. Serviço Nacional de Saúde – desafios que é necessário superar continuamente

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) não é uma organização como qualquer outra – incorpora, "geneticamente", uma dimensão ética, a da inclusão, e outra afetiva, a da pertença – é nosso património comum, de todos os portugueses.

Como todas as propostas generosas do nosso compromisso social, enfrenta, na sua evolução, grandes desafios que é necessário superar continuamente. Não se trata de "construir" uma nova organização e "já está feito"! É indispensável instituir um processo de transformação contínua que responda aos desafios que um mundo em mudança invariavelmente suscita.

1.1. O compromisso

Como referido no capítulo anterior, o desenvolvimento do sistema de saúde português é sustentado pelo compromisso resumido no Quadro 1.

Quadro 1. O compromisso: corresponder às necessidades, expectativas e aspirações das pessoas, relativas à sua saúde, com o apoio do seu "Serviço Nacional de Saúde", que as cuida, serve e empodera, complementado, de acordo com uma estratégia cooperativa explicita, pelo setor privado social e pelo setor privado com fins lucrativos

Este compromisso resulta da evolução do sistema de saúde português nas últimas décadas e encontra-se expresso na Constituição da República Portuguesa. O sistema de saúde português – não o Sistema Nacional de Saúde ou o Sistema Português de Saúde (não existe qualquer instituição portuguesa que corresponda a estas designações) – com um Serviço Nacional de Saúde como sua principal referência, o seu centro de gravidade.

1.2. Como conseguir realizar o "compromisso"?

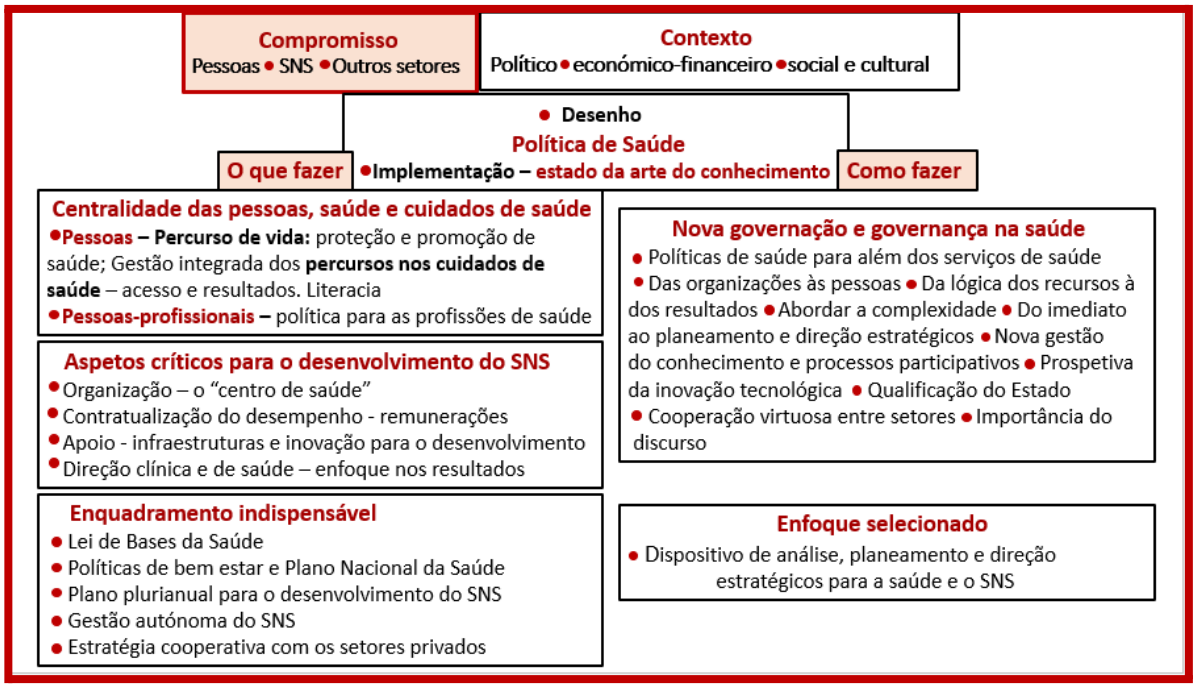
Desenhar e implementar políticas de saúde, tendo em conta o contexto em qua se situam, de acordo com o "Estado da Arte" do conhecimento sobre o desenvolvimento do sistema de saúde.

Para se poder olhar, analiticamente, para o passado recente e para a atualidade do sistema de

saúde e do SNS, é necessário explicitar expectativas quanto ao que deverá acontecer se o estado da arte do conhecimento, neste domínio, for devidamente tido em conta na realização do "compromisso social contratual".

Num contexto, em que a comunicação com a vasta audiência que pode beneficiar deste exercício é muito importante, a capacidade de proceder a uma síntese legível do estado da arte sobre esse conhecimento, é essencial.

Assim, este capítulo trata de explicitar, da forma mais concisa possível, um quadro-síntese de expectativas sobre o desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde, de acordo com os pressupostos acima enunciados (Quadro 2).



Quadro 2. Quadro-síntese de Expectativas para análise das respostas às necessidades de saúde das pessoas

A partir deste quadro-síntese de expectativas é possível, então, olhar para realidades concretas, comparar o "esperado" com o "observado" e convidar à aprendizagem sobre a forma de organizar, gerir e governar o SNS, no contexto do sistema de saúde português (Quadro 2a).

Quadro 2a: Graus de concordância do observado com as expectativas formuladas

Como indicado no Quadro 2, o desenho e a implementação da política de saúde tem três dimensões essenciais:

(a) **O que fazer**, para promover um sistema de saúde centrado nas pessoas e num Serviço Nacional de Saúde que as serve e empodera, complementado pelos setores social e privado através de uma estratégia cooperativa explícita e transparente – o que é preciso fazer. No sentido de tornar mais acessível a compreensão de um domínio particularmente complexo, optou-se por resumir o essencial do "que fazer" num conjunto de quadros explicativos (de 3 a 5).

(b) **O como fazer**, com o recurso a princípios, processos e instrumentos de governação e governança indispensáveis para responder aos desafios da atualidade. O essencial sobre esta matéria é resumido nos quadros explicativos (6 e 7).

(c) E **em que contexto**, político, económico-financeiro, social e cultural estes processos de mudança têm lugar.

2. O que fazer?

O que fazer, pode ser resumido em três aspetos fundamentais:

- A centralidade das pessoas, na saúde e nos cuidados de saúde (Quadros 3 a 5);
- Aspetos críticos para o desenvolvimento do SNS (Quadro 5b);
- Enquadramento indispensável ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português (Quadro 5c).

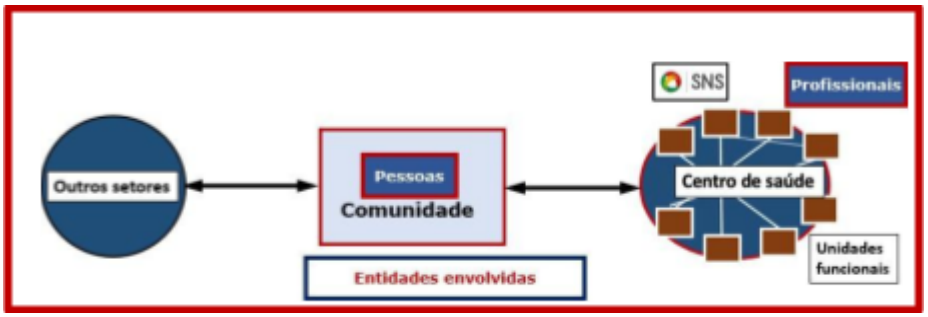
2.1. A centralidade das pessoas, na saúde e nos cuidados de saúde (Quadro 5a)

O ponto de partida é necessariamente a centralidade das pessoas: proteção e promoção da saúde nos seus percursos de vida (Quadro 3) e a gestão do seu percurso através dos cuidados de saúde de que necessita (Quadro 4).

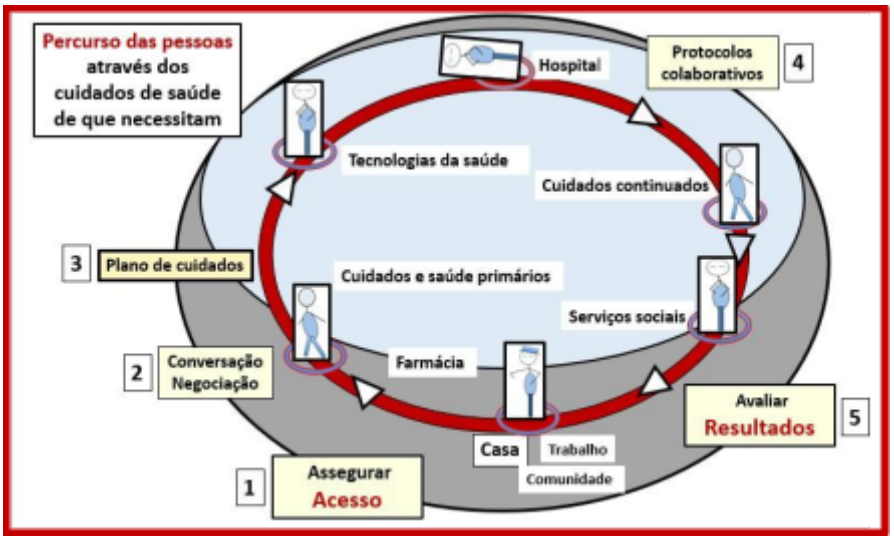
Quadro 3: Percurso de vida das pessoas: Não esquecendo as relações intergeracionais e o papel dos determinantes sociais da saúde (não representados)

Principais desafios: Apoiar um percurso de vida saudável para as pessoas, considerando as suas atitudes e comportamentos, os determinantes da saúde associados às comunidades onde se inserem, e às consequências para o bem-estar das políticas públicas nacionais e

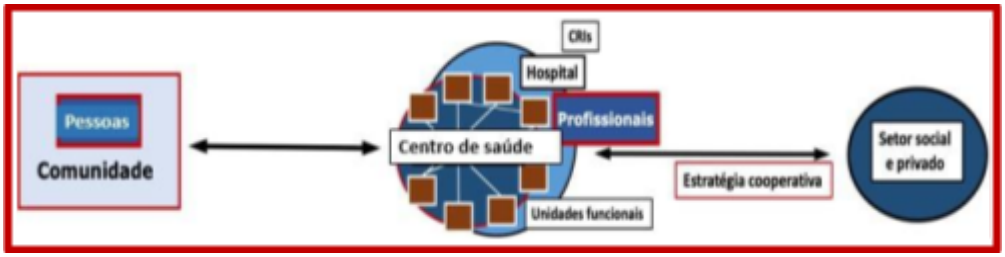
internacionais. Com especial atenção para os efeitos da pobreza (infantil e "trabalhadores pobres"), a obesidade e falta de exercício físico e poucos anos com saúde após os 65 anos (especialmente nas mulheres).



Quadro 3a: Entidades envolvidas no apoio à saúde das pessoas ao longo do seu percurso de vida – a importância crítica do "centro de saúde", na ação conjunta de todas as suas unidades funcionais para esse fim. Assim como a contribuição de outros setores da economia e da sociedade



Quadro 4: Percurso das pessoas através dos cuidados de saúde de que necessitam. Principais desafios: centralidade da pessoas, continuidade e integração de cuidados, resposta aos desafios do envelhecimento: morbilidade múltipla, dependência e fragilidade



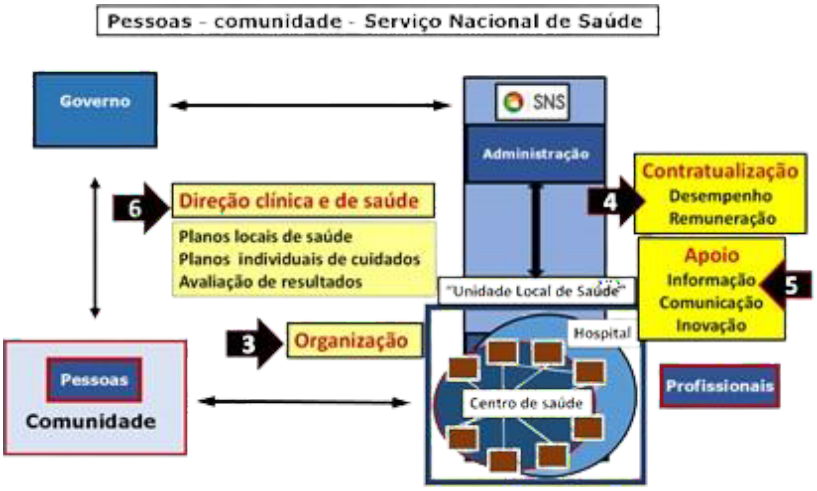
Quadro 4a: Entidades envolvidas no percurso através dos cuidados de saúde de que necessitam, protagonizado pelas próprias pessoas, através de planos individuais de cuidados, com apoio das unidades do SNS e seus profissionais. Com uma adequada colaboração entre centros de saúde, hospitais e cuidados continuados E cooperando com serviços do setor social e privado, sempre que necessário

No percurso das pessoas pelos cuidados de saúde de que necessitam, há um ponto de partida – o acesso a esses cuidados, e um ponto de chegada – os resultados do caminho percorrido. E aqui há duas categorias de pessoas a considerar (Quadros 5a):

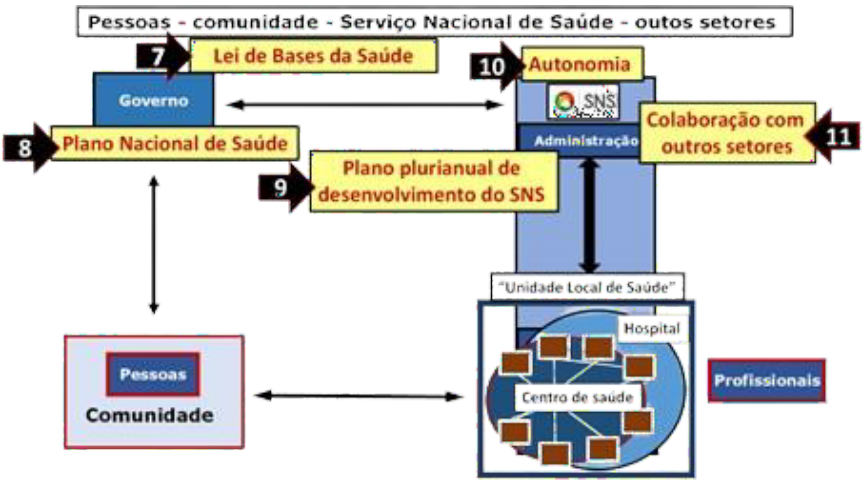
(1) Pessoas, proprietários e utilizadores do SNS – Acesso e resultados aceitáveis: É importante assegurar o acesso aos cuidados de saúde, mas é igualmente indispensável garantir qualidade expressa em bons resultados. A promoção da literacia em saúde das pessoas é fundamental para assegurar esses resultados.

(2) Pessoas, os profissionais de saúde, "cidadãos internos": requerem uma "política para as profissões de saúde": condições de trabalho apropriadas, carreiras com futuro, remunerações justas e formação profissional contínua e partilhada.

Quadro 5a: Centralidades das pessoas e das pessoas-profissionais



Quadro 5b: Aspetos críticos para o desenvolvimento do SNS



Quadro 5c: Enquadramentos indispensáveis para assegurar o desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português

2.2. Aspetos críticos para o desenvolvimento do SNS (Quadro 5b)

(3) Organização e gestão

SNS organizado de forma descentralizada, assegurando decisões mais perto das pessoas e criando respostas adaptativas associadas às especificidades das comunidades que serve. Sensíveis aos pontos de vista das pessoas, e às condições de trabalho dos que lá exercem as suas profissões. Capaz de promover uma cultura colaborativa – entre as profissões e com outras organizações da comunidade – vocacionado para aprender com a experiência.

(4) Contratualização e remuneração pelo desempenho

Processos de contratualização e remuneração pelo desempenho, continuamente monitorizados e avaliados, de forma a assegurar o cumprimento dos seus objetivos, particularmente importantes para o desenvolvimento do SNS. Isso, de forma a evitar "rotinas regressivas", que tendem a estabelecer-se progressivamente e que deturpam a realização daqueles objetivos. Estes processos devem beneficiar de uma componente de proximidade que permita ter em conta as especificidades locais.

(5) Apoio ao desenvolvimento do SNS – Informação, comunicação e inovação

Informação: o SNS necessita de sistemas de informação de saúde de grande interoperabilidade e elevado nível de integração no acesso, que permitam uma utilização expedita por parte dos seus utilizadores. Cada pessoa deve poder organizar a sua informação de saúde, com portabilidade digital e, com apoio dos seus cuidadores.

Comunicação: o "Portal do SNS" deve permitir às pessoas e aos profissionais de saúde, o acesso fácil à informação de saúde, relevante para as suas necessidades. As pessoas devem poder comunicar facilmente com as suas equipas de saúde, sempre que necessitem. Há várias formas de assegurar que isso seja possível, no âmbito da disponibilidade das equipas profissionais.

Inovação: o acesso oportuno às inovações tecnológicas no domínio da saúde, é fundamental, para a qualidade dos cuidados prestados. Para isso, as agências reguladoras como o INFARMED, devem atualizar o seu estatuto organizacional, no sentido de assegurarem a capacidade de atrair e manter um quadro profissional competente. Do mesmo modo, espera-se que o modelo de avaliação tecnológica existente seja continuamente monitorizado, avaliado e atualizado. Do mesmo modo, espera-se que o Sistema Nacional das Tecnologias da Saúde, possa contar com os recursos humanos necessários para o seu bom funcionamento, e que seja continuamente monitorizado, avaliado e atualizado.

(6) Direção clínica e de saúde

A efetividade desta função é essencial para assegurar **a)** cuidados de saúde de qualidade avaliados em termos dos ganhos em saúde que realizam, **b)** a melhoria da saúde na comunidade, através de "planos locais de saúde" apropriados. Para além disso, nos cuidados de saúde primários, esta função, ao promover a articulação entre as diversas unidades funcionais dos centros de saúde, reforçam a sua identidade.

2.3. Enquadramentos indispensáveis para assegurar o desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português (Quadro 5c)

(7) Lei de Bases da Saúde

A Lei de Bases da Saúde, destina-se a explicitar os princípios gerais que enquadram o funcionamento do sistema de saúde português, particularmente no que diz respeito à articulação entre o setor público, social e privado. Espera-se que se situe, claramente, dentro do estabelecido no "compromisso social" da saúde. E que não prescreva soluções organizacionais específicas da competência dos governos do país.

(8) Plano Nacional de Saúde – expectativas de bem-estar

As decisões dos governos quanto à forma como dispõem dos recursos públicos do país – do património às receitas fiscais – são enquadradas por um quadro de referência económico-financeiro, que acompanha cada Orçamento Geral do Estado. Contudo, reconhece que um dos principais compromissos da governação do país, é o de promover o bem-estar da população.

Assim, é de esperar que os objetivos económico-financeiros expressos, "dialoguem" com objetivos de bem-estar igualmente explícitos, na senda dos "objetivos do desenvolvimento sustentável", formulados no âmbito das Nações Unidas. Uma hierarquia rígida e de curto prazo entre o económico financeiro e o bem-estar resultará necessariamente em limitações e incertezas, que impedem um planeamento plurianual suficientemente estável para o desenho e implementação das políticas públicas como as da saúde.

Um Plano Nacional de Saúde deve beneficiar de um enquadramento de uma política de bem-estar e aderir aos princípios adotados nos "objetivos do desenvolvimento sustentável". Nomeadamente naqueles que dizem respeito à definição de objetivos precisos, quantificados e mobilizadores, continuamente monitorizados e avaliados.

(9) Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS

Um plano plurianual de desenvolvimento do SNS é absolutamente essencial para assegurar aspetos fundamentais desse desenvolvimento, nomeadamente, **a)** previsibilidade e estabilidade financeira, **b)** autonomia de gestão do SNS, **c)** uma política para as profissões de saúde, **d)** a inovação tecnológica necessária e **e)** estratégias cooperativas com o setor social e privado.

(10) Autonomia de gestão

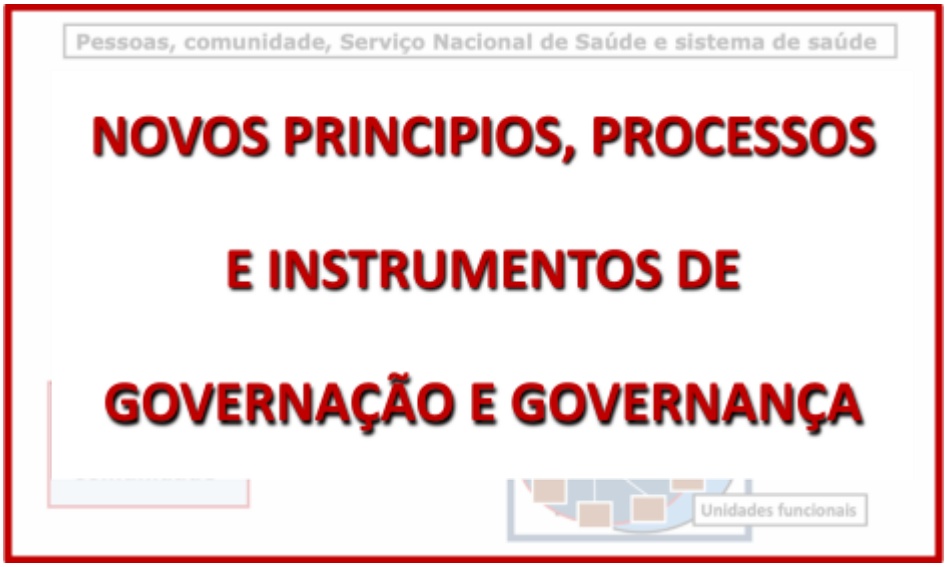
Esta autonomia é improvável na ausência de um plano plurianual de desenvolvimento do SNS efetivo. A autonomia desejável na gestão do SNS, tem contra si uma cultura política estabelecida, segundo a qual se considera que um elemento fundamental do poder político na saúde, consiste na possibilidade de intervir na gestão do SNS, conforme as conveniências.

(11) Estratégias de colaboração com outros setores

O bom funcionamento do sistema de saúde, em benefício das pessoas, requer uma estratégia de cooperação, transparente e explícita, com o setor social e privado. A ausência de um plano plurianual de desenvolvimento do SNS, dificulta sobremaneira esta estratégia cooperativa.

3. Como fazer

Nova governação e governança em saúde



Quadro 6: A necessidade urgente de adotar novos princípios, processos e instrumentos de governação e governança para a saúde

Princípios, processos e instrumentos de governação e governança na saúde

Um conjunto de princípios, processos e instrumentos de governação e governança foram sistematizados em publicação digital da Fundação para a Saúde, em janeiro de 2024 (Quadro 7).

Quadro 7: 10 "Princípios, processos e instrumentos para a governação e governança da saúde". O Anexo I aprofunda as questões da boa governação e governança em saúde

4. Em que contexto?

O contexto em que se movem os sistemas de saúde, tem que se ter em conta quando se formulam expectativas em relação ao seu desenvolvimento.

Em resumo:

4.1. Aspetos políticos:

Em relação à adesão ao compromisso "Pessoas-SNS-outros setores" há três diferentes posicionamentos a considerar:

- Adesão efetiva observável e consistente;
- Adesão questionável – "conveniência política"; setores em que coincidem vários pontos de vista sobre esse compromisso;
- Não adesão – é patente em certos setores da sociedade portuguesa.

Há também a considerar a **preparação e a capacidade de adotar e implementar políticas públicas de acordo com o estado da arte do conhecimento e os princípios de boa governação e governança.**

4.2. Os seguintes aspetos económicos e financeiros devem também ser tidos em conta:

- Situação económica e financeira do país;
- Racional sobre a relação entre o compromisso das "contas certas" e da "promoção do bem-estar dos portugueses;
- Prioridades concorrenciais com o bem-estar e a saúde: custos das alterações climáticas, da transição energética, da cibersegurança e das necessidades militares.

4.3. Há também fatores sociais e culturais a considerar:

- Determinantes sociodemográficos da saúde: pobreza, comportamentos não-saudáveis, degradação ambiental, envelhecimento;
- Grau de adesão social à informação de fontes credíveis, ao conhecimento e à racionalidade;
- O papel dos media: factualidade, literacia, equilíbrio na representação das conceções e valores prevalentes na comunidade.

PARTE II

Expectativas e Realidade - Análise Global

ANÁLISE DO CICLO POLÍTICO 2015 - 2024

O SNS no decurso da última década

1. Apreciação geral

O mundo, o país e o sistema de saúde português viveram, no decurso da última década, as consequências de duas crises severas.

A primeira relacionada com a crise económica e financeira, da qual resultou a "austeridade" associada ao programa de ajustamento económico e financeiro 2011-13.

A segunda, mais recente, correspondeu à pandemia por COVID-19.

Uma síntese da análise desta década focar-se-á necessariamente no ciclo político que se iniciou em novembro de 2015 e terminou em abril de 2024 (cerca de oito anos e quatro meses).

Neste ciclo há que assinalar três períodos distintos (Quadro 1):

- Um **período inicial**, de cerca de quatros anos (de novembro de 2015 a março de 2020);

- O **período pandémico**, que corresponde, principalmente, aos anos 2020 e 2021;

- Um **período tardio**, pós-pandémico que corresponde, principalmente, aos anos de 2022 e 2023.

Quadro 1: Os três períodos relevantes do ciclo político iniciado em novembro de 2015 e terminado em abril de 2024: aspetos críticos

1.1. Período inicial – os primeiros quatro anos

As repercussões da crise económica e financeira sobre a saúde e bem-estar (desemprego, saúde mental) e sobre o SNS foram notórias.

O SNS sofreu fortes cortes orçamentais, incluindo fortíssimas restrições no investimento. Os orçamentos aprovados foram sujeitos a contínuas cativações, resultando na "microgestão financeira", retirando autonomia de ação aos gestores do SNS. Acresce, que estas cativações diferenciam negativamente o SNS em relação a compromissos privados acordados e contratualizados (aos quais não se aplicam – é o caso das parcerias público-privadas e das entidades convencionadas).

Os profissionais do SNS tiveram de lidar com condições de trabalho cada vez mais adversas e com uma substancial quebra nos seus rendimentos.

O peso da dívida pública não permitia espaço suficiente para abrir um diálogo necessário entre o compromisso das contas certas e o do bem-estar dos portugueses.

Contudo, duas iniciativas, que não aconteceram, poderiam ter começado a abrir caminho nessa direção: **(a)** uma **rigorosa avaliação do impacto** do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro (2011-2013) na saúde dos portugueses e no desenvolvimento do seu sistema de saúde; **(b)** uma primeira proposta para um plano plurianual de desenvolvimento para o SNS, com um foco particularmente importante na política para as profissões de saúde – especialmente relevante face à já evidente dificuldade do SNS atrair e reter os profissionais de que necessitava.

Observaram-se ainda iniciativas significativas no sentido de iniciar um processo de transformação do SNS, que não tiveram continuidade.

Durante este período foi elaborada, discutida e aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde (2019).

SNS

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REFORMA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Área dos Cuidados de Saúde Primários

Relatório Final

Dezembro 2015 - Outubro 2019

No Relatório final da Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde – Área dos Cuidados de Saúde Primários (2019), pode ler-se: "... suportados na experiência dos últimos anos, é essencial a criação de uma **"direção estratégica e executiva"**, uma equipa de missão, com um mandato explícito e temporalmente finito, para responder aos desafios (identificados)". E conclui: "*Loucura, é fazermos as coisas da mesma maneira e esperar resultados diferentes* (Autor desconhecido)"

No contexto do processo orçamental referente a 2020, pode ler-se:

"... um novo modelo de governação... um modelo assente numa distinção clara entre competências de formulação de orientações estratégicas para a área da Saúde, da responsabilidade dos decisores políticos e competências de liderança gestionária do SNS, delegadas num organismo executivo" (OGE, 2020).

1.2. A pandemia por COVID-19

Entre 2020 e 2022, o país e o mundo foram atingidos por uma pandemia que afetou todos os setores da sociedade, pôs em causa o bem-estar das pessoas e comunidades e desafiou seriamente os serviços de saúde e os profissionais que neles trabalham. Aumentou significativamente os gastos públicos e interrompeu processos reformistas em preparação.

A condução política da resposta à pandemia permitiu um amplo e muito benéfico consenso entre a Presidência da República, o Governo e o Parlamento.

A resposta da Saúde Pública e do SNS, em colaboração com as autarquias locais, permitiu minimizar, dentro dos limites do possível, o impacto da pandemia sobre a saúde dos portugueses.

A aprendizagem a partir desta experiência pandémica deve permitir melhorias necessárias nos domínios do planeamento em saúde, do aconselhamento científico das decisões políticas, do controlo da transmissão deste tipo de afeções e na comunicação do risco em Saúde Pública.

1.3. Período tardio – os últimos dois anos

Os anos de 2022 e 2023 foram caracterizados por um importante conjunto de medidas reformistas, em parte resultado de trabalhos iniciados nos anos precedentes.

Durante os últimos anos, observou-se um notório incremento no orçamento da saúde do país (OGE, 2024)

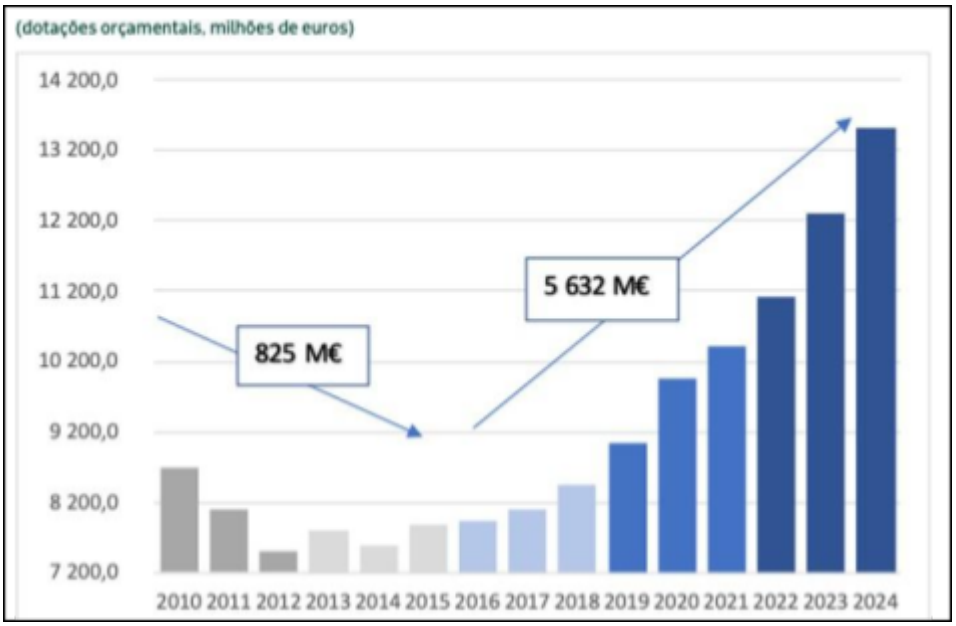


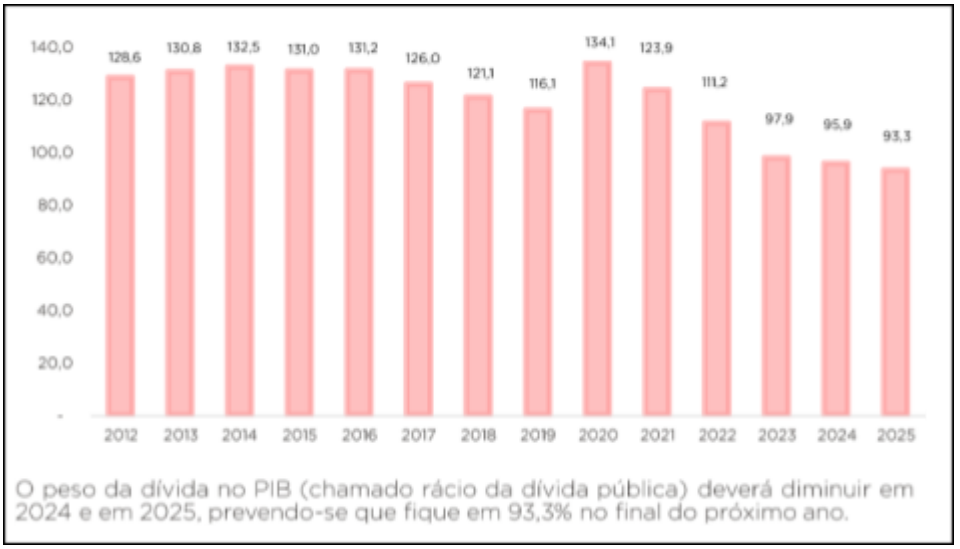
Figura 1: Transferências do Orçamento do Estado para o SNS

Esta é uma resposta importante face à crónica suborçamentação de que o setor há muito padece. No entanto, não basta acrescentar, é também necessário transformar, para tirar o máximo partido deste esforço orçamental.

Durante estes últimos anos, o esforço para começar a transformar pode resumir-se em nas seguintes iniciativas significativas:

- A aprovação de um Novo Estatuto do SNS;
- A transformação do SNS em Instituto Público Especial e a nomeação de uma Direção Executiva (DE) para o gerir;
- A reforma organizacional do SNS, com a sua descentralização em "Unidades Locais de Saúde";
- Iniciativas para começar a responder à crise das profissões de saúde no SNS, como a dedicação plena e as negociações sindicais com as profissões de saúde para melhorar condições de trabalho e condições remuneratórias;
- A criação, em 2021, do Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública (PLANAPP), que proporciona claras oportunidades para um salto qualitativo nessas matérias também no campo da saúde.

Em 2023, o Ministério das Finanças declarou que estava preparado para pôr fim às cativações no OGE de 2024, tornando assim possível, pela primeira vez, a inclusão no OGE de 2024, de um plano plurianual para o desenvolvimento do SNS, designado por "Quadro Global de Referência do SNS".



Fonte: OGE, 2025

Figura 2: Dívida Pública OGE, 2025

Nesta circunstância, parece agora legítimo e necessário promover a análise e estimular o debate sobre a melhor forma de começar a compatibilizar **(a)** os objetivos e as expectativas económico- financeiras que enquadram o Orçamento do Estado com **(b)** objetivos e expectativas explícitas relativas ao bem-estar e à saúde dos portugueses**.**

As iniciativas acima referidas, configuram, de facto, um salto qualitativo importante para o desenvolvimento do SNS.

No entanto, é sabido que reformas efetivas em sistemas sociais complexos, como o da saúde, têm de começar no início de um ciclo político, não próximo do fim.

A concentração de um número significativo de iniciativas próximo do fim do ciclo político tem

os seus custos: **(a)** a qualidade técnica discutível do novo Estatuto do SNS; **(b)** a ausência de fundamentação conhecida das metas do Quadro Global de Referência do SNS e da reforma das ULS e da forma como foi implementada; **(c)** a falta de uma avaliação independente da gestão da pandemia, que proporcionasse uma oportunidade para investir no desenvolvimento da Saúde Pública portuguesa; **(d)** o modo penoso, para as pessoas envolvidas, como foram desativadas as Administrações Regionais de Saúde.

O facto deste ciclo político acabar por ser abruptamente interrompido, nas circunstâncias conhecidas, não permitiu que muitas das limitações acima referidas tivessem sido, eventualmente, atenuadas ou corrigidas.

2. Análise detalhada do grau de realização das expectativas de desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde

Esta análise é realizada aferindo a convergência ou divergência da realidade face às expectativas, com base numa classificação em 5 categorias ("semáforos"). Este exercício, apesar de beneficiar de uma justificação sucinta para cada uma das 15 categorias analisadas, tem um componente subjetivo. Por isso, não se apresentam os juízos assim representados como "certezas" indiscutíveis, mas antes como um convite para um debate sistemático e informado sobre o SNS e o sistema de saúde do país.

Legenda das 5 categorias ("semáforos"):

2.1. Período inicial 2015 - 2019

Ciclo político (2015-2023) Período Inicial – 2015-2019	I. (a) Enquadramentos indispensáveis à evolução do sistema de saúde	
1 Pós-Crise financeira Contas Certas e Bem-Estar	É necessário caminhar no sentido "estabelecer um diálogo" entre (a) objetivos económico-financeiros e (b) de bem-estar. Ao não se proceder à avaliação do impacto da crise financeira na saúde não se contribuiu para esse diálogo	
2 Nova Governação da Saúde	O investimento num Portal da Transparência na Saúde é assinalável	
	Não são evidentes outras iniciativas para uma transformação significativa na governação e governança na saúde. Sem isso não é possível influenciar sistemas sociais complexos, como o da saúde	
3 Plano Nacional de Saúde	Nada de importante a assinalar para a valorização e efetividade do Plano Nacional de Saúde	
4 Nova Lei de Bases - Autonomia	Fez sentido aprovar uma nova Lei de Bases da Saúde, 29 anos depois da primeira. Enunciando princípios e expurgando-a de prescrições improprias de uma Lei da Bases. O debate público foi prejudicado ao associar-se indevidamente a discussão da Parcerias Público-Privado à existência ou não de um setor privado de prestação de cuidados de saúde no país	

Ciclo político (2015-2023) Período Inicial – 2015-2019	I. (b) Enquadramentos indispensáveis à evolução do sistema de saúde	
5 Plano plurianual para o desenvolvimento do SNS (PPD-SNS)	A falta de objetivos explícitos e quantificados para a proteção e promoção da saúde, a centralização da gestão do orçamento do SNS, as cativações de parte desse orçamento, a falta de investimento, contribuíram para: (a) ausência de autonomia de gestão por parte das unidades do SNS (b) uma situação de incerteza e imprevisibilidade, que não permite um PPD-SNS	
6 Política para as profissões de saúde	Uma política para as profissões de saúde – condições de trabalho, carreiras profissionais, remunerações justas e formação continuada – requer um horizonte alargado de planeamento e gestão - Tal não é possível sem um PPD-SNS	
7 Estratégia cooperativa com setores social e privado	Sem um PPD-SNS falta um elemento enquadrador fundamental para a adoção de uma estratégia cooperativa, explícita e transparente com o setor social e o setor privado com fins lucrativos	

Novo ciclo político (2015-2023) Período Inicial – 2015-2019	II. Aspetos críticos para o desenvolvimento do SNS	
8 Organização e gestão do SNS	As transformações necessárias do SNS passam pelo princípio de "autonomia com responsabilidade" para as a "unidades funcionais" do SNS. Não se conseguiram progressos significativos nesta matéria	
	Experiências de descentralização ao abrigo do "direito a experimentar". Prejudicadas pela chegada da pandemia	
9 Contratualização Desempenho-remuneração	Diretivas técnicas detalhadas para melhorar o processo de contratualização	
	Só muito parcialmente implementadas	
10 Apoio ao desenvolvimento do SNS	Trabalho experimental de cerca de 2 anos para o desenvolvimento de um "plano individual de cuidados" com portabilidade digital	
	Cancelado após mudanças observadas no Ministério da Saúde	
11 Direção Clínica e de Saúde (DCS)	A dimensão desmesurada dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) tornou ineficaz a função de DCS dos Centros de Saúde. Esta direção é essencial para avaliar os cuidados prestados e proteção e promoção de saúde na comunidade, em função dos resultados	

Ciclo político (2015-2023) Período Inicial – 2015-2019	III. Pessoas, saúde e cuidados de saúde	
12 Acesso a cuidados	Continuou a observar-se um incumprimento massivo da Lei do Acesso aos Cuidados de Saúde do SNS (2007). Incumprimento de preceitos fundamentais e falta de Monitor efetivo da sua aplicação. Isto não favoreceu a consciência plena do déficit progressivo de profissionais no SNS	
13 Integração de cuidados	Incapacidade de desenvolver "sistemas de informação centrados nas pessoas", capazes de gerir o seu percurso através dos cuidados de saúde de que necessitam e suscitarem os protocolos colaborativos necessários	
14 Planos Locais de Saúde (PLS)	Em 2015 foi publicado uma Resenha dos Planos de Saúde – Nacional, Regionais e Locais. Não se deu sequência a esse trabalho para fortalecer o movimento dos PLS. Neste contexto, faltou também investimento nas Unidades de Saúde Pública	
15 Pessoas, centros de saúde e hospitais	Desenvolvimento de um sistema de informação capaz de melhorar a gestão dos centros de saúde (BICSP)	
	A perda de noção de proximidade associada à dimensão dos ACES, continuou a contribuir para esvaimento da ideia do centro de saúde	

Comparando expectativas com a realidade no decurso do **ciclo político iniciado em novembro de 2015 e terminado em abril de 2024,** no que diz respeito às necessidades de saúde das pessoas e ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português – **período inicial 2015-2019.**

2.2. Período tardio – final 2022- 2023

Ciclo político (2015-2023) Período tardio-final – 2022-23	I. (a) Enquadramentos indispensáveis à evolução do sistema de saúde	
1 Objetivos económico-financeiros e de Bem-Estar	Não se estabeleceram objetivos mensuráveis de bem-estar na lógica dos "objetivos do desenvolvimento sustentável" da ONU. Impossibilidade de estabelecer um "diálogo" entre objetivos económico-financeiros e de bem-estar	
2 Nova Governação da Saúde	Criação de um centro de competências em planeamento e políticas públicas na Administração Pública PLANAPP (2021)	
	Ver "Autonomia do SNS" e "Quadro Global de Referência do SNS	
	Sem outros progressos significativos	
3 Plano Nacional de Saúde (PNS)	Aprovação do PNS 2030 no Conselho de Ministros com a indicação da necessidade de todos os setores contribuírem para a realização	
	Sem progressos assinaláveis nos dispositivos de governação e governança necessários para o efeito	
4 Nova Lei de Bases – Autonomia do SNS	Aprovação de um novo Estatuto para o SNS, que estabelece a autonomia da sua gestão sob a forma de Instituto Público Especial	
	Nomeação do DE-SNS com um CV apropriado para as funções	

Ciclo político (2015-2023) Período tardio-final – 2022-23	I. (b) Enquadramentos indispensáveis à evolução do sistema de saúde	
5 Plano plurianual para o desenvolvimento do SNS Quadro Global de Referencia do SNS (QGR)	No fim do mandato, o Ministro das Finanças afirmou que a folga orçamental conseguida permitiria acabar com a "microgestão" do SNS pelas Finanças (cativações) em 2024, abrindo caminho para a adoção do QGR do SNS, no contexto do OGE 24	
	Não se conhece a fundamentação dos objetivos estabelecidos no QGR	
6 Política para as profissões de saúde	Tomaram-se algumas medidas para procurar atrair médicos para o SNS, como por exemplo, a "dedicação plena"	
	Mas não se estabeleceu uma verdadeira politica para as profissões da saúde no SNS. Isso é em parte explicável pela tardia elaboração do QGR	
7 Estratégia cooperativa com setores social e privado	A ausência de uma estratégia cooperativa com outros setores explica-se pela elaboração tardia do QGR	

Ciclo político (2015-2023) Período tardio-final – 2022-23	II. Aspetos críticos para o desenvolvimento do SNS	
8 Organização e gestão do SNS	Reforma organizacional do SNS através de um conjunto Unidades Locais de Saúde suscetíveis de levar as decisões da gestão mais perto das pessoas e de favorecer melhor integração de cuidados	
	Implementação deficiente: não divulgação da fundamentação do modelo adotado, no sentido de dialogar com pontos de vista contrários; anomalia notória - transformação de uma Região de Saúde em Unidade Local de Saúde	
9 Contratualização Desempenho-remuneração	Alterações insuficientes e aspetos controversos no processo de contratualização	
10 Apoio desenvolvimento do SNS	Iniciativas no sentido de qualificar o SNS como instituição do conhecimento; inicio de investimento tecnológico – exemplo: Robotização	
	Falta de progressos visíveis no domínio dos planos individuais de cuidados e da portabilidade digital da informação de saúde (RSE)	
11 Direção Clínica e de Saúde (DCS)	Nenhum investimento na recuperação dessa função	

Ciclo político (2015-2023) Período tardio-final – 2022-23	III. Pessoas, saúde e cuidados de saúde	
12 Acesso a cuidados	Sem progressos assinaláveis na cumprimento da Lei do Acesso aos cuidados de saúde do SNS	
13 Integração de cuidados	Lançamento das Unidades Locais de Saúde, mas sem progressos significativos nos instrumentos funcionais de integração, especialmente nos sistemas de informação	
14 Planos locais de saúde	Sem progressos assinaláveis. Sem investimento nas Unidades de Saúde Pública	
15 Pessoas, centros de saúde e hospitais	Mecanismos que asseguram a coordenação das unidades funcionais do centro de saúde ineficazes. Acentua-se o esvaziamento da ideia de "centro de saúde"	
	Administrações hospitalares sem a autonomia de gestão necessária, por falta de um Plano Plurianual para o SNS	

Comparando expectativas com a realidade no decurso do **ciclo político iniciado em novembro de 2015 e terminado em abril de 2024,** no que diz respeito às necessidades de saúde das pessoas e ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português – **período tardio - final 2022-2023.**

Análise do ciclo político atual (início em abril 2024)

Governar é cada vez mais difícil. O contexto internacional é crescentemente volátil, política e economicamente. Conflitos bélicos, com todas as suas consequências, tendem a persistir.

Nacionalmente, um Parlamento sem maioria estável dificulta, de sobremaneira, a governação do país. Esta precisa, cada vez mais, de ser transparente na sua agenda e competente na sua execução.

No que diz respeito à saúde, predominam as consequências da crise no acesso aos cuidados de saúde do SNS. E, também, a óbvia preocupação pelo principal determinante dessa crise – a incapacidade do SNS atrair e reter os profissionais de saúde de que necessita.

Do lado mais favorável está a constatação de uma herança de "contas certas" na República.

É também importante assinalar o pouco investimento que tem sido feito na literacia da população portuguesa – e na sua efetiva participação – no que diz respeito ao sistema de saúde e ao seu SNS. Sem pessoas suficientemente informadas e empenhadas na melhoria do sistema de saúde de que necessitam, menos provável é que este evolua de acordo com as suas aspirações.

A análise dos resultados da atual política de saúde é fortemente limitada pelo facto do Governo estar em funções há muito pouco tempo. O tempo de observação limita-se a 7 meses. Esta circunstância não permite uma análise suficientemente aprofundada das implicações dos dados observados. O que prejudica uma interpretação suficientemente precisa.

Com o início de uma nova legislatura, em 2 de abril de 2024, o novo Governo apresentou à Assembleia da República o seu Programa.

Aspetos relevantes do Programa de Governo 2024, no que diz respeito à saúde:

- Preocupação pelas assimetrias/desigualdades no acesso aos cuidados de saúde;
- Plano de Emergência do SNS;
- Plano Plurianual de Investimento no SNS;
- Situação das profissões no SNS – Plano de motivação;
- Papel dos municípios – na abordagem integrada da saúde (saúde pública, cuidados de saúde e sociais) – envelope financeiro;
- Consultas do médico de família em tempo útil até 2025;
- Implementar o Registo de Saúde Eletrónico até 2025;
- Incrementar o orçamento dos programas transversais de promoção da saúde;
- Reaparecimento da noção de "Sistema Nacional de Saúde" e particular insistência na "articulação entre público, social e privado".

Das múltiplas temáticas abordadas no referido Programa, no que à saúde diz respeito, há que realçar, naturalmente, aquelas que melhor definem a sua arquitetura:

- "**Propor o Plano de Emergência do SNS e o seu modelo de implementação, nos primeiros 60 dias do mandato**. Este Plano de Emergência visa garantir os tempos máximos de resposta para consultas de especialidade, cirurgias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Pretende, igualmente, garantir a resposta de urgência em saúde materno-infantil; e visa atribuir um médico de família a todos os portugueses, começando pelas pessoas mais frágeis. Trata-se de um Plano que será apresentado em 60 dias, que contempla diversas medidas para atingir estas metas num calendário definido, medida a medida, em 2024-2025";
- "**Definir um Plano Plurianual de Investimentos para o SNS** que visa modernizar tecnologicamente as suas unidades e qualificar as suas infraestruturas, com o objetivo de reforçar a capacidade de resposta do SNS, nas suas valências fundamentais, e contribuir para a motivação dos profissionais e a humanização dos cuidados de saúde";
- "**Incrementar o orçamento dos programas transversais de promoção da Saúde e Saúde Preventiva** em articulação interministerial, e com o envolvimento das Autarquias Locais, defendendo o pressuposto da Saúde em todas as políticas, com propostas até final de 2024".

Estes pilares do Programa do Governo estão claramente expressos e veiculam um elevado grau de racionalidade.

Pode, contudo, perguntar-se se é adequado utilizar um quadro de expectativas racionais para avaliar um processo complexo de governação, eivado de imperfeições próprias dos processos políticos.

Parece legítimo fazê-lo, uma vez que as pessoas esperam "coisas bem feitas", ou seja, ação com uma forte base de racionalidade.

Por outro lado, as atribulações do processo de governação devem-se principalmente **(a)** à insuficiência ou inadequação de recursos – que devem ser abordadas e explicadas, **(b)** a agendas implícitas – que devem ser explicitadas e **(c)** ao grau de competência dos múltiplos executores do Programa de Governo – que deve ser maximizada.

1. O Plano de Emergência e Transformação da Saúde 2024-2025

O Programa do atual Governo apontou para a necessidade de se estabelecer um "Plano de Emergência do SNS" **(PE-SNS),** a ser elaborado num prazo de 60 dias, após a sua posse, em abril deste ano.

Parece evidente que, neste prazo diminuto, seria praticamente impossível proceder a um planeamento particularmente ambicioso de natureza estratégica. Seria de esperar que o Plano de Emergência se concentrasse naquilo que não necessita de uma análise e fundamentação elaboradas para ser reconhecido como evidentemente necessário.

Seria, assim, de esperar que, uma vez abordados os desafios que dizem respeito às necessidades imediatamente evidentes e urgentes, haveria então a oportunidade de, simultaneamente, criar os dispositivos indispensáveis para desenhar, e a seguir implementar, um plano estratégico de reformas de natureza estrutural.

Não foi isso o que aconteceu.

No ato da sua apresentação, o **PE-SNS**, previsto no Programa de Governo, foi substituído pelo "Plano de Emergência e Transformação **da Saúde"** (PETS). A ênfase deixou de estar na transformação do SNS para passar a estar na transformação do sistema de saúde.

Isso é mais evidente quando se comparam as expectativas relativas ao **PE-SNS com o que se observa nos conteúdos do PETS (Quadro 1).**

Legenda das 5 categorias ("semáforos"):

Programa do Governo: Plano de Emergência do SNS (2024-2025) – Preparar em 60 dias	
EXPECTATIVAS IMEDIATAS 1. Emergências: medidas de utilidade imediatamente evidente – exigência de planeamento limitada	GRAU DE REALIZAÇÃO
(a) Cirurgias em atraso: superar esperas para além do "tempo máximo garantido" - começando por cirurgias oncológicas;	
(b) Crise das Urgências: gerais, pediátricas e obstétricas - prosseguir a "gestão em rede". Reformulação das urgências hospitalares **Linha SNS Grávidas**	
(c) Acesso aos cuidados de saúde primários: resposta à doença aguda nos centros de saúde - setores social e privado, complementares;	
(d) Informação de saúde centrada nas **pessoas;**	
(e) Sinal imediato e claro aos profissionais do SNS: colocação imediata dos novos especialistas - negociações prioritárias com sindicatos, com base num primeiro esboço de uma "política para as profissões"	
2. Ao mesmo tempo – preparar dispositivos para o planeamento estratégico (análise, metas, fundamentação, experimentação, aprendizagem). **Articulação indispensável com "Plano Nacional de Saúde" e com o QGR,** como plano plurianual para o desenvolvimento do SNS	

Quadro 1: Comparando expectativas com a realidade no decurso do primeiro semestre do ciclo político que teve início em abril de 2024, relativamente às necessidades de saúde das pessoas e ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português, particularmente naquilo que diz respeito ao Plano de Emergência e Transformação (PET) divulgado a 31 de maio de 2024

Explicação do Quadro 1:

1.

- **(a)** No que diz respeito às cirurgias em atraso, observa-se um considerável esforço para melhorar a situação pré-existente.
- **(b)** Em relação às urgências hospitalares, continuam patentes importantes limitações. A linha de atendimento "SNS Grávidas" tem sido útil.
- **(c)** Não se observa o investimento necessário nos cuidados de saúde primários do SNS para assegurar uma melhor resposta à doença aguda, antes de recorrer a outras soluções que competem com o SNS por recursos escassos. Não parece aceitável o argumento de que "como as unidades do SNS deixaram de ser atrativas para os profissionais", então há que promover a soluções privadas, sem recorrer aos instrumentos disponíveis para corrigir, rapidamente, problemas há muito identificados.
- **(d)** O anúncio de que, finalmente, em meados de 2025, o sistema de informação de saúde contará com um Registo de Saúde Eletrónico, é bem-vindo. Anunciou-se também a articulação entre o SNS e o setor privado, nesta matéria.
- **(e)** As limitações do SNS atrair e reter profissionais de saúde tendem a agravar-se. O PETS é surpreendentemente omisso, nos seus "eixos estratégicos" em relação a esta matéria, fundamental para o desenvolvimento do SNS.

2.

Não é possível delinear, com a precisão necessária, a fundamentação e a adesão dos principais atores da saúde, um plano estratégico para o desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português, em escassas semanas.

Por isso, seria razoável esperar que, uma vez estabelecido o Plano de Emergência do SNS, anunciado no Programa do Governo, se iniciasse a preparação de uma Estratégia de Transformação, tirando partido dos diversos recursos técnicos disponíveis no Ministério da Saúde (DGS, ACSS, INSA) e no Estado (PLANAPP).

Também seria de esperar que a referida Estratégia estabelecesse uma sólida articulação entre o Plano de Emergência e os outros dois pilares do programa de Governo – o Plano Plurianual de Desenvolvimento do SNS (agora Quadro Global de Referência do SNS) e o Plano Nacional de Saúde.

Nada disso aconteceu.

A análise da estrutura e conteúdos do **"Plano de Emergência e Transformação da Saúde" (PETS) – que substitui o Plano de Emergência do SNS** que consta do Programa do Governo – torna essas insuficiências evidentes. Insuficiências essas, pelo menos em parte, atribuíveis às poucas semanas disponíveis para a elaboração de um Plano com ambições estratégicas. (Quadros 2, 3 e 4).

Plano de Emergência e Transformação da Saúde 2024
Eixo estratégico 1: Resposta a tempo e horas
M. Urgentes
M. Prioritárias
M. Estruturais
Eixo estratégico 2: Bebes e mães em segurança
M. Urgentes
M. Prioritárias
M. Estruturais
Eixo estratégico 3: Cuidados urgentes e emergentes
M. Urgentes
M. Prioritárias
M. Estruturais
Eixo estratégico 4: Saúde próxima e familiar
M. Urgentes
M. Prioritárias
M. Estruturais
Eixo estratégico 5: Saúde mental
M. Urgentes
M. Prioritárias
M. Estruturais

Quadro 2. Estrutura do PETS. Tem muito poucas parecenças com a de um plano estratégico para transformação do SNS e do sistema de saúde do país. Nada é minimamente fundamentado e não há qualquer indicação da magnitude e origem dos recursos associados ao "plano" (aspetos essenciais para um plano ser um plano)

Uma análise seletiva, no sentido de assinalar e representar, mais legivelmente, o mais significativo das 54 medidas do PET, é apresentada no **Quadro 3.**

Plano de Emergência e Transformação da Saúde 2024 (I)
Eixo estratégico 1: Resposta a tempo e horas
M. Urgentes (2): Cirurgia oncológica **M. Prioritárias (3):** Cirurgia não oncológica **M. Estruturais (5):** Monitorização à distância do doente crónico
Eixo estratégico 2: Bebés e mães em segurança
M. Urgentes (3): Incentivos públicos + convenções privadas **M. Prioritárias (4):** Revisão de preços das ecografias pré-natais **M. Estruturais (3) :** Reforço do papel da enfermagem
Eixo estratégico 3: Cuidados urgentes e emergentes
M. Urgentes (3): Centros de Atendimento Clínico **M. Prioritárias (8):** Criação da especialidade de médico de urgência **M. Estruturais: (2)** Apoio médico a doentes em lares
Eixo estratégico 4: Saúde próxima e familiar
M. Urgentes (4): Reforço dos CSP- **Parcerias sociais e Hospital de Cascais** **M. Prioritárias (5): Implementação das USF-C** **M. Estruturais: (3):** Resolubilidade dos cuidados de saúde primários
Eixo estratégico 5: Saúde mental
M. Urgentes (3): Desinstitucionalização do doente crónico **M. Prioritárias (4):** Equipa comunitária de saúde mental **M. Estruturais (2):** Generalização dos CRIs a todos os serviços locais de saúde mental

Quadro 3: Conteúdos selecionados do PETS

Em relação a todas 15 categorias de medidas que constam do PETS, para facilitar a compreensão da sua natureza, selecionou-se uma, em cada uma dessas 15 categorias (portanto 15 medidas no seu conjunto), que se consideraram particularmente relevantes para a análise dos conteúdos do PETS (entre parênteses está indicado o número de medidas que correspondem a cada uma das 15 categorias – 54 no total). Apesar desta seleção ter como objetivo representar as medidas mais significativas para avaliar a lógica subjacente à elaboração deste PETS, não deixou de ser subjetiva. É, no entanto, possível argumentar, consistentemente, que este procedimento facilita a compreensão dos conteúdos do PETS. É muito difícil, de outra forma, abarcar o significado conjunto das 54 medidas, e promover uma discussão útil sobre a lógica subjacente à elaboração do PETS.

Neste quadro só é possível identificar três medidas verdadeiramente "novas", de "eventual rutura":

- A criação 20 USF Modelo C no setor social e privado;
- O estabelecimento de Centros de Atendimento Clínico (CAC) – públicos ou privados, começando por Lisboa e Porto;
- A implementação de consultas de cuidados de saúde primários no Hospital de Cascais (único hospital português em Parceria Público-Privado).

Estas medidas têm o potencial de melhorar, num período relativamente curto, o acesso das pessoas aos cuidados de saúde. E as pessoas precisam disso e naturalmente apreciaram estas melhorias no acesso aos cuidados de saúde.

No entanto, sem uma aposta igualmente firme e a curto prazo no SNS, o acesso ao SNS continuará a agravar-se, com todas as implicações que isso terá para o futuro do sistema de saúde.

De facto, estas medidas situam-se para além da insistência expressa no Programa de Governo, na "articulação entre o público, o social e o privado". Não se trata de complementar o público com o acesso a serviços sociais e privados já existentes. Trata-se, isso sim, do Governo, através do Estado, promover a criação de serviços sociais e privados, previamente inexistentes.

E em concorrência com o SNS para recursos profissionais atualmente escassos no país.

O PETS não parece tratar da transformação do SNS, mas sim da do sistema de saúde português.

Plano de Emergência e Transformação da Saúde 2024 (II)

Programas de Contingência:

- P. Verão
- P. Inverno
- P. Valorização dos profissionais
- P. Catástrofes e Emergência de Saúde Púbica

Programas de Avaliação

Programas de Eficiência

Programas do Medicamento

Programas Clínicos Prioritários:

- P. Doenças neurodegenerativas e oncológicas
- P. Obesidade
- P. Investigação clínica – mais ensaios clínicos
- P. Programa de Prevenção da doença e promoção da saúde

Quadro 4: A segunda parte do PETS contém um conjunto de "Programas", descritos genericamente, sem qualquer calendarização

Impressiona, particularmente, a sua baixa qualidade técnica**.**

Por exemplo não faz sentido:

(a) Considerar a "valorização dos profissionais de saúde" num programa de contingência, similar ao programa de inverno. Este, pela sua natureza, aborda fatores de imprevisibilidade sazonal, não comparáveis com o que deveria denominar-se como uma política para as profissões de saúde.

(b) Classificar como "programas clínicos prioritários", aquilo que, obviamente, não são programas clínicos. Já sem referir a omissão de outras prioridades evidentes.

2. Análise detalhada do grau de realização das expectativas de desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde

O Governo tomou a decisão acertada de adotar o "QGR do SNS", veiculado pelo OGE 2024, através de uma decisão conjunta do Ministério da Saúde e das Finanças.

No entanto, esta decisão limita-se a repetir o conteúdo do "QGR do SNS" sem qualquer monitorização conhecida em relação a 2024 e sem qualquer esforço patente de aprofundamento e validação da base de evidência das suas metas para 2024, 2025 e 2026.

Este plano é essencial para o desenvolvimento do SNS: adequação e previsibilidade orçamental, ao abrigo de cativações disfuncionais; uma política para as profissões de saúde que permita atrair e reter profissionais no SNS; garantia da autonomia de gestão do SNS; inovação tecnológica que permita responder aos desafios da atualidade; estratégia de cooperação com os setores privados e social e autarquias locais.

No que diz respeito à capacidade do SNS de atrair e de reter profissionais de saúde, de que necessita, a situação não pára de se agravar – abertura equivocada de concursos necessários, atrasos nas contratações, negociações sindicais insuficientes e continuação do abandono do SNS.

Apesar disso, o "QGR do SNS" não tem suscitado qualquer atenção ou debate público. Quer da parte do Governo quer das oposições. Nunca, ou raramente, é referido a propósito da política de saúde. Não se encontram reflexos evidentes da sua existência no OGE para 2025. Ninguém se interessou por esta matéria. Aparentemente não existe.

Em relação ao setor hospitalar do SNS, adotou-se o princípio de transferir para o setor privado situações de espera excessiva, uma vez esgotada a capacidade de resposta dos hospitais do SNS. Isso é esperado que aconteça em benefício dos doentes, e está de acordo com o disposto na Lei do Acesso aos Cuidados de Saúde no SNS (2007).

No entanto, não se pode deixar de observar que, na situação atual, é absolutamente necessário dar um passo para além "da capacidade existente", e passar a falar-se de um investimento indispensável no SNS de forma a poder evoluir rapidamente para a "capacidade necessária".

Caso contrário, atrás dos doentes transferidos para o setor privado irão os recursos financeiros necessários, e atrás de ambos irão os profissionais de saúde do SNS**.**

O Governo optou, apropriadamente, por não retroceder na reforma organizacional do SNS,

através da implementação das Unidades Locais de Saúde. Decidiu, antes, manter e reforçar processos avaliativos que permitirão, a seu tempo, fazer as correções e ajustamentos necessários.

É preciso acentuar a importância de superar velhos hábitos de irracionalidade e conveniência na **designação das lideranças públicas** no SNS e de assegurar **competências técnicas comprovadas** onde elas são necessárias.

3. Incrementar o orçamento dos programas transversais de promoção da saúde e saúde preventiva

É de assinalar a valorização do "Plano Nacional de Saúde" através da iniciativa "PNS em Movimento".

Contudo, não são ainda evidentes incrementos orçamentais significativos nesta matéria, e o PETS não faz qualquer referência notória nestes domínios.

Domínios estes que comportam outras questões relevantes a assinalar, mas não é de esperar que pudessem ter sido já abordadas em 7 meses de governação.

4. Análise detalhada

Esta comparação é realizada aferindo a convergência ou divergência da realidade face às expectativas, com base numa classificação em 5 categorias ("semáforos"). Este exercício, apesar de beneficiar de uma justificação sucinta para cada uma das 15 categorias analisadas, tem um componente subjetivo. Por isso, não se apresentam os juízos assim representados como "certezas" indiscutíveis, mas antes como um convite para um debate sistemático e informado sobre o SNS e o sistema de saúde do país.

Legenda das 5 categorias ("semáforos"):

Ciclo político atual Primeiros 7 meses	I. (a) Enquadramentos indispensáveis à evolução do sistema de saúde	
1 Objetivos económico-financeiros e de Bem-Estar	Não existem objetivos mensuráveis de bem-estar na lógica dos "objetivos do desenvolvimento sustentável" da ONU Não é uma expetativa razoável após 7 meses de governação	
2 Nova Governação da Saúde	Estudo sobre o desenvolvimento do SNS solicitado ao CNS	
	Plano de Emergência e Transformação da Saúde, metodológica e tecnicamente pobre e de conteúdos discutíveis	
3 Plano Nacional de Saúde (PNS)	Apresentações do PNS 2030 regionais, para "ir ao encontro das pessoas" - Projeto PNS em movimento Mas o PNS não pode continuar sem objetivos mensuráveis	
4 Autonomia do SNS	Formalmente mante-se o novo Estatuto do SNS (2022)	
	As constantes intervenções do Governo na gestão do SNS são contrárias ao espirito e letra do novo Estatuto do SNS (2022)	
	O CV e as competências observadas na DE-SNS são uma séria desconsideração ao SNS. Os erros corrigem-se	

Ciclo político atual Primeiros 7 meses	I. (b) Enquadramentos indispensáveis à evolução do sistema de saúde	
5 Plano plurianual para o desenvolvimento do SNS Quadro Global de Referência do SNS (QGR)	QGR adotado através de um despacho conjunto da Saúde e das Finanças	
	O QGR agora aprovado mantem as limitações do anterior, nomeadamente a ausência de qualquer documentação conhecida que sustente metodologicamente os objetivos adotados	
	O QGR não parece ter qualquer reflexo no debate e implementação da política de saúde. Parece que não existe	
6 Política para as profissões de saúde	Sem um QGR efetivo não é possível configurar uma política para as profissões de saúde. Sem esta, não é possível salvaguardar e desenvolver o SNS. As negociações com os sindicatos do setor não foram, objetivamente, prioritárias para o Governo	
7 Estratégia cooperativa com setores social e privado	Não é evidente que exista. Pode atribuir-se ao limitado tempo de governação	

Ciclo político atual Primeiros 7 meses	II. Aspetos críticos para o desenvolvimento do SNS	
8 Organização e gestão do SNS	Foi importante não interromper a reforma das ULS. E manter ou ativar um conjunto complementar de processos avaliativos	
9 Contratualização Desempenho-remuneração	Nenhum progresso significativo a assinalar. Devia constar no "Plano de Emergência do SNS". Também não consta do PETS	
10 Apoio desenvolvimento do SNS	O compromisso de finalizar o RSE, até meados de 2025 é particularmente importante	
	Outros apoios significativos padecem do grau de incipiência do QGR	
11 Direção Clínica e de Saúde (DCS)	O não investimento na função DCS vem de trás: a extinção dos ACES fez com que a Direção Clínica tenha passado para a ULS (uma direção clínica para todos os cuidados primários da ULS) As avaliações da organização e desempenho das ULS estão ainda em curso	

Ciclo político atual Primeiros 7 meses	III. Pessoas, saúde e cuidados de saúde	
12 Acesso a cuidados	A prioridade atribuída ao acesso aos cuidados de saúde é claramente justificável face à situação atual	
	A prioridade atribuída à doença oncológica faz todo o sentido	
	O Estado promover respostas privadas, previamente inexistentes, sem antes investir nos cuidados do SNS, não faz sentido	
	Recorrer ao setor privado quando esgotada a capacidade do SNS, é insuficiente. É necessário investir na expansão dessa capacidade	
14 Integração de cuidados	O RSE é um importante instrumento da integração de cuidados. É indispensável que venha a servir de veiculo a planos individuais de cuidados partilhados	
13 Planos locais de saúde	A iniciativa "PNS em Movimento" é suscetível de fortalecer os planos locais de saúde. É, no entanto, necessário melhorar o seu enquadramento e investir nas Unidades de Saúde Pública	
15 Pessoas, centro de saúde e hospitais	O esvaziamento do Centro de Saúde como a organização fundamental do SNS já vem de trás. O "centro de saúde" continua a não fazer parte do discurso da atual política de saúde	

Comparando expectativas com a realidade no decurso do atual **ciclo político iniciado em abril de 2024,** no que diz respeito às necessidades de saúde das pessoas e ao desenvolvimento do SNS e do sistema de saúde português.

PARTE III

Análise de temáticas selecionadas

PESSOAS, COMUNIDADE E "SAÚDE LOCAL"

Introdução

O conceito de "saúde global" adquiriu destaque com os efeitos da globalização económica, financeira e das redes de comunicação e informação. Os desequilíbrios e ameaças sociais, ambientais e biológicas associados a estas globalizações suscitam a necessidade de ativar abordagens a nível local, adaptadas a cada comunidade e às suas circunstâncias específicas – **reforçando a perspetiva da "saúde local".**

Referências que importa destacar

A designação "saúde local" não está ainda consagrada. Porém, os conceitos, princípios e práticas existem, em Portugal e a nível mundial, há mais de 50 anos. Têm tido percursos atribulados com progressos, retrocessos e dificuldades várias.

Destacam-se alguns exemplos:

- A reforma de 1971, em Portugal, com o lançamento da *primeira rede* de centros de saúde, com vocação de cobertura local universal. Um processo idêntico, também iniciado em 1971, decorreu na Finlândia;
- O movimento "*Health for All*", liderado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que teve como marco de referência a Declaração e Recomendações da Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários da OMS/UNICEF, de 1978;
- O movimento mundial para desenvolver a medicina de família, liderado pela WONCA também a partir da década de 70;
- A reorganização dos centros de saúde, em Portugal, em equipas/unidades multiprofissionais com missões específicas e complementares com autonomia e responsabilidade - as primeiras experiências locais decorreram de 1996 a 1999, embora o processo tenha parado, até ser retomado e impulsionado a partir de 2005;
- Conceptualização dos SLS (sistemas locais de saúde) pela OPAS, na década de 90, e várias experiências locais no continente americano;
- Lançamento em Portugal dos alicerces conceptuais sobre "saúde local", designadamente o enquadramento legal para os sistemas locais de saúde (1999), que ficaram adiados, e criação da primeira unidade local de saúde (ULS) em Matosinhos (1999), circunscrita aos serviços públicos de saúde: centros de saúde e o hospital da área de um concelho.

Expectativas – o que fazer

A análise de expectativas baseia-se no quadro de referência apresentado na Parte I deste relatório. No entanto, parece útil, para maior rigor, introduzir algumas especificidades no quadro de análise de expectativas, naquilo que se refere aos cuidados de saúde primários e à saúde local.

Recuperar o conceito e a entidade centro de saúde

O conceito de *centro de saúde* como serviço de proximidade marcou um ponto de viragem no modo de ver e de atuar em saúde. Foi iniciado em Portugal pela reforma de 1971, como um dos pilares para melhorar a saúde da população. Foi uma inovação visionária. Antecedeu o movimento internacional dos cuidados de saúde primários da OMS, lançado em 1977/1978.

A designação *centro de saúde* é forte, simples e clara. Suscita ideias positivas: **(a)** serviço próximo, acessível e disponível que reúne e coordena um conjunto diversificado e bem organizado de profissionais, competências e meios; **(b)** visa responder à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde do dia-a-dia de cada pessoa, família e, ao mesmo tempo, **(c)** cuida da população na sua comunidade local, como um todo. Em 2008 acreditou-se que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), apresentariam um novo modelo de governação dos cuidados de saúde primários, com introdução de governação clínica e de saúde, com autonomia de gestão, administrativa e financeira e com grande investimento nas unidades funcionais, em que a existência de contratos programa substituiria o défice de administração e gestão existente, orientados para a centralidade do cidadão e para os resultados e não centrados na estrutura e nas profissões, entre outras alterações fundamentais, que não se verificaram, tendo sido mais uma oportunidade perdida para o desenvolvimento dos centros de saúde.

Recentemente, com a aglutinação da quase totalidade dos serviços assistenciais do SNS em unidades locais de saúde (ULS), os agrupamentos de centros de saúde (ACES) foram integrados nos centros hospitalares, conforme palavras do próprio diploma legal (Decreto-lei n.º 102/2023, de 7/11).

As ULS substituíram as cinco administrações regionais de saúde (ARS), na expectativa de mais e melhor capacidade de decisão e gestão de recursos, mais próxima das pessoas.

Mas não pode confundir-se um nível de administração mais descentralizada e periférica com integração de cuidados e com dinâmicas de proteção e promoção de saúde verdadeiramente locais, próximas das pessoas e das suas circunstâncias. Esse é o papel dos centros de saúde. Por isso, é expectável e desejável que as ULS desenvolvam os seus centros de saúde e respetivas unidades funcionais segundo os critérios insubstituíveis de proximidade, acesso e qualidade. Só desta forma teremos, também, hospitais capazes de desempenhar melhor o papel que lhes compete (Sakellarides C. "Carta aberta ao meu Centro de Saúde III – e agora?", Diário de Notícias "on-line" de 5.11.2023). Para tal, é necessário que as ULS evoluam enquanto organização inovadora. Isto é, que saibam articular e integrar cuidados, que compreendam a importância e cultura próprias de cada tipo de cuidados, que prossigam objetivos de saúde e bem-estar para a população que servem.

É urgente reforçar a entidade *centro de saúde* e refletir sobre o seu posicionamento e a sua missão no contexto das ULS. Tal inclui a participação pelas comunidades locais e seus órgãos de soberania (freguesias e municípios). O *centro de saúde* é a organização do SNS responsável pela saúde da comunidade local, entendendo-se esta como uma população com características socioculturais comuns, a viver num território com características geo-demográficas específicas e com uma dimensão facilitadora de intervenções de saúde de âmbito comunitário.

A missão do *centro de saúde* deve manter-se, independentemente da estrutura onde esteja

inserido. Tal requer uma governação clínica e de saúde ao nível da respetiva população e território, com o propósito de alcançar ganhos em saúde, para e com as pessoas, as famílias e a comunidade, envolvendo todos os atores e todas as atividades sociais, económicas e culturais, públicas e privadas, que possam de qualquer forma influenciar a saúde da população.

No contexto atual heterogéneo das ULS, a missão e propósitos dos centros de saúde devem convergir, progressivamente, para um patamar (de saúde e bem-estar) que congregue toda a prestação de cuidados de saúde (com qualidade e segurança) que seja possível oferecer em proximidade. Tais cuidados incluirão parte considerável dos cuidados de especialidades médicas e outros, até agora oferecidos nos edifícios dos hospitais, em geral distantes dos espaços locais. Sendo uma visão difícil de concretizar, é, contudo, a que mais potencia o valor da proximidade/acessibilidade e, por isso, a referência de um caminho a percorrer. Outra finalidade desta abordagem é reduzir a necessidade de cuidados evitáveis através da promoção da saúde e da prevenção da doença, onde os municípios e as organizações da comunidade devem ter uma ação preponderante.

Nos últimos cinquenta anos muito mudou. A esperança média de vida cresceu mais de vinte anos. Hoje, em Portugal, mais de 3000 pessoas têm 100 ou mais anos. A maioria da população idosa vive com várias doenças crónicas. Menos de 15% da população mobiliza mais de 50% dos recursos alocados aos serviços públicos. A inovação tecnológica permite mais e melhores respostas, mas com custos que atingem a escala dos milhares de milhões de euros - dos medicamentos aos dispositivos médicos utilizados no diagnóstico, na terapêutica e na reabilitação.

Perante estas realidades torna-se cada vez mais evidente a importância do centro de saúde e da intervenção a nível local, da comunidade e da pessoa. Isso será possível, através de:

Estratégias de intervenção local

Uma estratégia local de saúde (ELS) deve enquadrar, inspirar e orientar os planos locais de saúde. O estado de saúde de uma comunidade depende de um conjunto vasto de fatores, como o nível socioeconómico, a rede de suporte social, a poluição do ar, a existência de saneamento básico, o acesso à habitação, educação, alimentação, emprego, transportes públicos, espaços de lazer e de cultura, entre outros, que vão muito para além do acesso a cuidados de saúde da responsabilidade do SNS e das suas organizações de saúde.

A identificação dos principais problemas de saúde de uma população, bem como dos fatores que contribuem para os mesmos ou que podem atenuar o seu impacto, permite delinear as ações adequadas para a sua abordagem, numa estratégia comum, ajustada às particularidades de cada comunidade. Uma estratégia que tem em conta as suas forças e fraquezas, as suas normas culturais, que assume uma perspetiva compreensiva dos problemas e que preveja ações abrangentes. Tal implicará direcionar seletivamente investimentos para as áreas prioritárias, reduzindo o desperdício em ações cujos resultados em saúde têm baixa evidência.

A articulação entre as ELS, o Plano Nacional de Saúde 2030, os serviços locais do SNS e os contextos comunitários intersetoriais, é fundamental para garantir integração, cooperação, políticas e intervenções a nível local.

Desenvolvimento dos centros de saúde enquanto linha da frente do SNS

Como já referido, os centros de saúde são, com ou sem ULS, a base do SNS e da saúde da população. As suas unidades funcionais de saúde devem alargar as competências profissionais necessárias para assegurar a máxima capacidade resolutiva e preventiva, com qualidade, a nível local, a trabalhar em equipa transdisciplinar. Não se esperam abordagens normativas, nem generalização acrítica da introdução de mais profissões, mas sim mudanças adaptadas às realidades locais, fundamentadas nas estratégias locais de saúde, com experiências locais que devem ser devidamente monitoradas e avaliadas.

Isso permitirá alargar e robustecer o leque de respostas às necessidades das pessoas, nas suas comunidades. Devem continuar a ser dadas todas as respostas às necessidades de saúde da população, mas parece agora fundamental inovar e apostar no enriquecimento do leque de competências e respostas ao nível dos centros de saúde, adaptado a cada realidade. São exemplos: criar centros de rastreios de base populacional, disponibilizar os principais meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) para vigilância e controle das doenças crónicas mais prevalentes e com maior impacto; avaliação e cuidados de fisioterapia nas doenças osteoarticulares mais comuns; oferecer cuidados de saúde mental e saúde oral e medicina dentária com equipamento adequado.

Equipas multiprofissionais de composição dinâmica e flexível

Deve evitar-se a cristalização em modelos redutores, restritos e fechados em que a "equipa multiprofissional" é definida por meras normas de organização interna, levando à centragem em si própria e ao seu isolamento relativamente ao todo sistémico. O enfoque deve mudar para modelos de trabalho em equipas abertas, multiprofissionais, de composição dinâmica e flexível em função das necessidades das pessoas e das comunidades. Tal implicará uma diversificação e reforço de competências em áreas essenciais para a literacia e capacitação das pessoas, para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças evitáveis, tal como capacitar que as pessoas possam ser os principais atores na gestão da sua saúde, sobretudo quando vivem com várias doenças crónicas.

Dispositivo integrado de *governação clínica e de saúde*

A generalização de entidades designadas por unidades locais de saúde (ULS) pode constituir uma oportunidade para desenvolver um novo modelo de governação clínica e de saúde que enquadre, interligue e oriente todas as equipas dos centros de saúde e dos hospitais.

As áreas da Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Saúde Oral, Medicina Dentária e Serviço Social entre outras, devem ser organizadas em serviços transversais a toda a ULS. No entanto, a sua agregação numa equipa multiprofissional constitui uma oportunidade de desenvolvimento técnico-científico, promove a mobilidade e colaboração entre níveis de cuidados, facilita processos administrativos de avaliação e progressão profissional, aumenta a oportunidade de plano de reforço de recursos humanos por programa assistencial integrado, e favorece o ecossistema produtivo em termos de boas práticas, segurança, qualidade e auditoria.

Desenvolver modelos de *governação em saúde local* e ambientes laborais capazes de gerar motivação e satisfação dos profissionais

O grande desafio que hoje se coloca ao SNS, é a sua capacidade de adotar um modelo de governação, capaz de gerir as principais "tensões e conflitos" existentes, adotando uma governação colaborativa de proximidade entre centros de saúde, hospitais, poder local e as diversas estruturas da rede social. Este modelo colaborativo de proximidade deve alicerçar-se em pilares como:

- Foco na saúde e centralidade da pessoa - superando a focalização na doença e nas lógicas internas das instituições;
- Expansão tecnológica e evolução para uma cultura organizacional de saúde;
- Foco nas necessidades de saúde da população e ajustamento adaptativo à natureza da estratégia orçamental do Estado, incluindo a fluidez da resposta ("cabimentação");
- Superar a rigidez da administração pública, promovendo a necessária flexibilidade das respostas, associada a uma imperiosa desburocratização e à digitalização;
- Saber conciliar as obrigações da governação em saúde com a resposta às legítimas expectativas da sociedade e das profissões da saúde.

P*ercursos assistenciais integrados* entre os diferentes níveis de cuidados

O que mais importa às pessoas, antes de mais, é ter acesso oportuno aos cuidados de saúde de que necessitam. E, quando necessário, ser facilmente conduzido de um serviço para outro, incluindo para aqueles que podem ser prestados em casa. Tudo isto sem obstáculos, demoras ou perdas de informação. É isso que se designa por *integração de cuidados*. Trata-se de fazer com que as pessoas beneficiem daquele percurso, através das distintas unidades do SNS, que lhe assegure os melhores resultados possíveis para a sua saúde. Gerir bem o percurso das pessoas através dos serviços necessários, é tão importante como gerir bem esses serviços.

A integração de cuidados – através da boa gestão do percurso das pessoas nos cuidados de saúde – é particularmente importante para as pessoas com múltiplos problemas de saúde e de evolução prolongada. Porém, é também importante para a doença aguda, por vezes súbita, onde é, igualmente, relevante aceder com celeridade ao sítio certo e, a partir daí, se indicado, ser orientado para o tipo de cuidados que venha a ser considerado necessário.

Esta necessidade de integração de cuidados torna mais clara, ainda, a verdadeira importância do SNS – ele proporciona toda a diversidade de serviços de saúde necessários para que os percursos desejáveis sejam possíveis, o que implica, também, a definição de níveis de serviços e de carteiras básicas disponíveis, e a organização dos serviços e dos profissionais numa lógica de *"skill mix",* de forma a permitir que aconteça o que é expectável.

Esta transformação terá que começar onde ela é mais necessária. Por exemplo, com as pessoas que padecem de múltiplos problemas de saúde de evolução prolongada (multimorbilidade), que são utilizadores frequentes de serviços de saúde. Gerir o percurso das pessoas nos cuidados de saúde, requer o aperfeiçoamento de aspetos da prática clínica e, também, desenhar, ensaiar e implementar novos instrumentos de informação e comunicação. O sucesso da gestão dos percursos das pessoas nos cuidados de saúde depende, em grande medida, da adoção de um conjunto de instrumentos e procedimentos: **(i)** desenvolvimento de um modelo

de “plano individual de cuidados” (PIC); **(ii)** melhoria das condições de “comunicação-conversação- negociação” necessárias para a adoção de um plano individual de cuidados; **(iii)** progressos na classificação dos doentes com multimorbilidade; **(iv)** atualização de protocolos colaborativos entre todas as entidades e serviços que participam na realização dos processos de cuidados identificados no plano individual de cuidados; e **(v)** avaliação dos resultados da gestão dos percursos, com a participação da própria pessoa e de todas as entidades envolvidas (Para mais detalhes sobre este tema, ver “Multimorbilidade, PIC e RSE).

Serviços locais de Saúde Pública

Uma das missões dos serviços locais de saúde pública é a de orientar e congregar os contributos das instituições da comunidade na construção de políticas comuns de promoção e proteção da saúde da população que abrangem. Não devem ser apenas serviços de apoio metodológico e técnico aos restantes serviços das organizações onde estejam inseridos, nem executores acríticos locais de planos e programas nacionais sem as devidas adaptações locais.

Deverão ter como base as características geo-demográficas da população e incluir variáveis que permitam estratificar os indicadores produzidos de acordo com variáveis socioeconómicas, numa ótica de promoção da equidade, assegurando as várias fases do ciclo de planeamento, desde o diagnóstico da situação de saúde daquela população, até à monitorização e à avaliação dos resultados das intervenções realizadas.

Os planos locais de saúde (PLS) visam reforçar a articulação intersetorial para promover a saúde e o bem-estar de uma comunidade. Isto requer o alinhamento de estratégias locais, partilhando recursos existentes ou mobilizando novos. A Saúde Pública, ao nível local, tem tido a responsabilidade da coordenação técnica do processo de construção, supervisão da implementação e monitorização do PLS.

A nova organização do SNS em ULS criou entidades que abrangem, por vezes, vários municípios. Isto implica lidar com uma grande heterogeneidade de comunidades locais e com estratégias e planos municipais de saúde diferentes. Assim, cabe aos serviços locais de saúde pública o importante papel agregador e mobilizador das diferentes comunidades na concretização dos objetivos fundamentais comuns de uma política de ampla promoção e proteção da saúde, através de ações concertadas entre as estruturas do SNS e o envolvimento de todos sectores da sociedade.

Seleção criteriosa, formação contínua e avaliação do desempenho dos dirigentes

As lideranças são fundamentais para o sucesso das organizações do SNS e de todo o sistema de saúde, pelo que a seleção dos dirigentes deve ser realizada de acordo com procedimentos claros e transparentes, baseados no mérito, na formação e na competência, com avaliação clara.

São necessários processos inovadores para eliminar a cultura própria das organizações piramidais, de “comando-controle”, totalmente inadequada no caso de serviços de saúde. Nestes, os profissionais e equipas que laboram na linha da frente são, frequentemente, mais conhecedores e competentes do que os dirigentes institucionais que os “comandam”. Assim, é

urgente desenvolver uma nova cultura organizacional e funcional integrada numa estratégia de mudança. Esta pode e deve começar por investir na seleção de quem tem melhor perfil para liderar, bem como na formação específica (obrigatória) para as suas funções e na monitorização e avaliação do desempenho das equipas dirigentes. É a partir deste núcleo exemplar, que podem ser desenvolvidos estratégias e métodos de motivação e satisfação profissional de todos, e avaliação dos resultados conseguidos.

É ainda importante promover uma cultura de partilha de conhecimento e liderança que valorize e saiba combinar a diversidade de perspetivas. A coordenação funcional, a estimulação da participação ativa e o envolvimento das equipas são elementos-chave. Evitar o isolamento das equipas, através de reuniões interdisciplinares e objetivos comuns, é essencial para garantir uma abordagem colaborativa e integrada.

Participação e controle social dos serviços de saúde locais pelas pessoas e comunidades

A participação da comunidade está contemplada na legislação publicada: "conselhos da comunidade" dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e dos "conselhos consultivos" dos hospitais. No entanto, na prática não se verificaram grandes avanços. Estes órgãos, tal como foram concebidos e implementados, mostraram-se irrelevantes e foram desaparecendo.

Os sistemas locais de saúde (SLS) estão previstos em vários diplomas legais, desde 1999 e, atualmente, na própria Lei de Bases da Saúde, de 2019. Por razões que conviria esclarecer, nunca foram implementados. Porém, configuram uma estrutura de participação e de desenvolvimento da colaboração entre instituições com intervenção direta ou indireta na saúde e poderiam ser um caminho para alavancar a participação da comunidade.

É também essencial promover a avaliação sistemática dos serviços, por parte de quem os utiliza. Por isso, deve incentivar-se as populações a explicitar o que aprovam nos serviços que recebem e a expressar o que identificam como estando menos bem e suscetível de melhorar.

Outras formas de alargar a participação efetiva da comunidade, são as *Comissões de Utentes*, as *Ligas de Utentes* e a dinamização das múltiplas coletividades e associações locais.

Integrar a saúde nos Conselhos Locais de Ação Social (CLAS) e promover uma abordagem colaborativa e participativa poderá, em locais onde tal for possível e desejável, proporcionar vantagens significativas. Ao desenvolver uma rede integrada, interativa, assegura-se que a comunidade desempenha um papel ativo na proteção e promoção da saúde. Esta abordagem não só alinha as estratégias de saúde com as necessidades da comunidade, mas também fortalece a coesão territorial.

Nota: O que agora é destacado poderia ter ocorrido com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), que duraram cerca de 16 anos. Seria uma grande oportunidade para se desenvolver e aprofundar a "Saúde Local" e o papel determinante do Centro de Saúde neste desígnio. Mas não foi isso que aconteceu, o Centro de Saúde perdeu relevância e os ACES foram extintos e "integrados em centros hospitalares", conforme consta do diploma da generalização das ULS.

Expectativas e Realidade

Análise do ciclo político anterior (2015-2024)

Apresenta-se de seguida aquele que se julga ser o nível de concretização de cada uma das expectativas para a saúde local e centros de saúde, de acordo com a informação disponível e a evidência encontrada. Parece útil detalhar três aspetos fundamentais, no âmbito da saúde local, que não mereceram o devido acompanhamento e investimento nos últimos anos: os cuidados de saúde primários, a governação clínica e de saúde e a saúde pública.

Cuidados de saúde primários - Desenvolvimento dos centros de saúde enquanto linha da frente do SNS

Os cuidados de saúde primários (CSP) constituem a principal estrutura de um sistema de saúde, quer pela dimensão de problemas de saúde que resolvem (80 a 90%), quer pela diversidade de intervenções que promovem, quer pelos ganhos de eficiência que asseguram. Contudo, e apesar desta comprovada relevância, o aprofundamento da sua reforma, que foi iniciada em 2005 e consagrada em 2008, decaiu nos últimos anos e acabou por ficar a meio do caminho, relativamente ao horizonte previsto.

Relativamente ao "big bang" das ULS, ocorrido em 2024, constata-se que, na sua maioria, estas entidades são sub-regionais e muito pouco locais. Por outro lado, na prática, ocorreu a inserção da gestão dos centros de saúde e das suas unidades funcionais na lógica e na cultura da administração hospitalar. **Surgem indícios de agravamento dos problemas de organização e gestão dos centros de saúde e não parece ter melhorado o essencial. Isto é, o acesso, a equidade, a integração e a continuidade dos cuidados de saúde.** Por outro lado, a centralidade nos hospitais fragiliza a promoção da saúde, a prevenção, os cuidados de proximidade e a saúde comunitária. Conviria assegurar a monitorização e avaliação urgente deste processo, aliás já contratada com uma entidade académica, mas sem que se conheçam quaisquer dados desse processo de monitorização.

Contrariamente ao previsto, a generalização das ULS em todo o SNS, pode estar a criar um "caldo de cultura" em que o "hospitalocentrismo" prejudica o desenvolvimento dos CSP, designadamente a promoção da saúde, a prevenção das doenças evitáveis, os cuidados de proximidade e a saúde comunitária.

O conceito e a entidade "centro de saúde", património com mais de 50 anos de evolução, que já tinham ficado esbatidos com a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), correm o risco de se perderem definitivamente com a integração dos ACES em centros hospitalares (conforme consta explicitamente no articulado da legislação das ULS).

Numa análise preliminar é já possível identificar questões que, a persistirem, são um entrave à transformação que o SNS necessita para cumprir a sua missão de responder com prontidão e qualidade às necessidades das pessoas:

a. Com o fim da centralidade dos centros de saúde e com a dimensão da abrangência geográfica da maioria das ULS, o conceito e práticas da *Saúde Local*, que potenciam o

valor da proximidade/acessibilidade, deixam de ter condições para se concretizar e desenvolver;

b. Não desenvolver uma *Saúde Local* equivale a não investir no aumento da capacidade resolutiva e preventiva dos centros de saúde, perdendo-se, assim, a mais valia de um alargamento de respostas de proximidade/acessibilidade para um amplo conjunto de cuidados (rastreios de base populacional, meios complementares de diagnóstico e terapêutica para controle e vigilância de doenças crónicas, cuidados nas áreas da saúde mental, da medicina dentária e da fisioterapia, entre outros);

c. A falta de investimento para aumentar a capacidade resolutiva e preventiva dos cuidados de saúde primários é, também, a perda da possibilidade de beneficiar das competências de outras profissões de saúde, para além da medicina e enfermagem. Com este alargamento seria possível libertar médicos de numerosas tarefas "não-médicas" e permitir-lhes concertarem-se no desempenho das competências exclusivamente médicas.

Governação clínica e de saúde - Dispositivo integrado de governação clínica e de saúde

O modelo de governação geral do SNS, designadamente nas suas diferentes estruturas orgânicas, não se alterou nas últimas décadas. Mesmo com a criação da Direção-Executiva, com a generalização das ULS e com o fim das administrações regionais de saúde (ARS), o modelo de governação dominante, na sua essência, continuou a ser centralista, de "comando e controle".

O dispositivo de "governação clínica e de saúde", que deu alguns primeiros passos nos ACES, não teve as condições necessárias para cumprir a sua importantíssima missão: enquadrar, interligar e orientar as muitas e diversas "unidades funcionais" dos centros de saúde. Pela dimensão, diversidade, dispersão geográfica (por vários concelhos) e pela insuficiente carga horária atribuída aos seus membros (tempo parcial), não foi possível garantir um bom desempenho. Esta situação disfuncional, nunca resolvida, é exemplo, entre outros, do abandono da reforma dos cuidados de saúde primários.

A governação clínica e de saúde tem um papel determinante na integração e no bom funcionamento das diferentes unidades funcionais dos dois tipos de serviços: cuidados primários e hospitalares. Representa a pilotagem de qualquer organização de saúde, pelo que não se compreende que um dispositivo que assegure esta governação, em cada ULS, não exista, ou que não tenha sequer sido pensado.

Saúde Pública - Serviços locais de saúde pública

Em 2023, foi criada a Comissão para Elaboração da Proposta de Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde Pública , constituída por 1 coordenador e 22 membros. No preâmbulo pode ler-se: "*Contudo, e aproveitando todo o trabalho anteriormente desenvolvido, as lições apreendidas com a pandemia e a nova arquitetura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) consubstanciada através do Estatuto do SNS, da criação da Direção Executiva do SNS, do processo de transferência de atribuições das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para as*

Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR) e da transferência de competências para as autarquias locais, designadamente no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, importa dar um novo impulso com uma estrutura renovada e de futuro na área da Saúde Pública, através de uma visão holística da saúde em e para todas as políticas ao nível nacional, regional e local".

Considera-se oportuno criar esta Comissão, a sua justificação está bem fundamentada e a finalidade pretendida é há muito esperada. Porém, no tempo e na prática nada avançou: para além de não se conhecer o que tem sido produzido (a Comissão foi criada em abril de 2023), os serviços de saúde pública locais continuam sem ter a transformação necessária para poderem responder cabalmente a novas exigências e a novos desafios.

Análise do ciclo político atual (início abril 2024) Saúde Local e Centro de Saúde

Até à presente data, quer no discurso político, quer nos documentos estruturantes divulgados pelo Ministério da Saúde ("Plano de Emergência e Transformação na Saúde" e "Quadro Global de Referência do SNS") está ausente qualquer estratégia de saúde focada na intervenção local.

Não apostar na "Saúde Local" e no Centro de Saúde (faces da mesma moeda) é não valorizar a importância da proximidade, da acessibilidade e da possibilidade da resolução da grande maioria das necessidades de saúde do dia-a-dia das pessoas, famílias e comunidade como um todo. É não investir nos cuidados de saúde primários e no aprofundamento da sua transformação.

Esta ausência terá outras consequências negativas: **(i)** reforço do "hospitalocentrismo" que a generalização das ULS está a "fomentar" (em desfavor de um aumento da capacidade resolutiva da "linha da frente"); **(ii)** sobrecarga dos serviços de urgência hospitalares (que os "centros de atendimento clínico" não resolvem); **(iii)** estagnação dos serviços locais de saúde pública e consequente incapacidade de se desenvolverem planos abrangentes de promoção da saúde e prevenção de doenças evitáveis; e **(iv)** aumento da despesa por respostas com custo/benefício mais elevado (perda de eficiência) e por aumento da carga de doença (por desinvestimento na promoção da saúde e na prevenção de doenças evitáveis).

Em síntese, não voltar a apostar na Saúde Local e no Centro de Saúde aumentará o definhamento do SNS, por enfraquecimento das respostas certas, no momento certo e nos locais certos, a um custo aceitável.

Unidades Locais de Saúde (ULS)

No plano da organização e funcionamento, nada está concretizado ou em processo de estudo e desenvolvimento, apesar de haver medidas determinantes para o sucesso das ULS: **(i)** criar um dispositivo integrado de governação clínica e de saúde; **(ii)** desenvolver modelos de governação em saúde local e ambientes laborais capazes de gerar motivação e satisfação profissionais; **(iii)** definir percursos assistenciais integrados entre os diferentes tipos de cuidados.

No que respeita às lideranças/dirigentes, apesar de serem fundamentais para o sucesso de

qualquer organização, não há sinais de qualquer investimento na sua seleção criteriosa, na sua formação contínua e na sua avaliação de desempenho. Acresce, que já são conhecidas escolhas de alguns dirigentes para altos cargos do SNS que não parecem ter obedecido a critérios exigentes de competência e perfil adequados para as funções contratadas.

Quanto à participação social (pessoas, comunidade e instituições), apesar de contemplada na legislação (Conselho da Comunidade, nos ACES e Conselho Consultivo, nas ULS), na prática a sua ação foi-se tornando irrelevante, essencialmente por erros de conceção e implementação, nunca resolvidos. E o fim do Conselho da Comunidade (com a integração dos ACES nas ULS) e a inexistência do Conselho Consultivo de cada ULS (que consta da legislação, mas ainda não regulado), são exemplos do pouco entusiasmo em incrementar uma efetiva participação das pessoas e da comunidade como um todo, apesar dos benefícios que daí possam resultar.

RESPOSTA À DOENÇA AGUDA

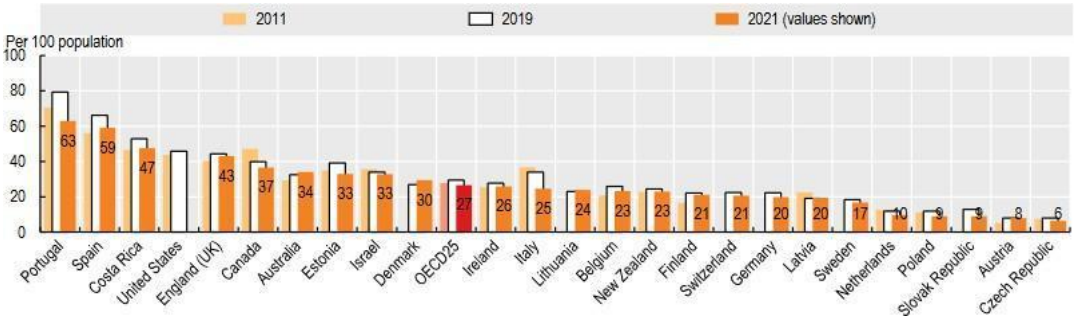
Introdução

No que a este capítulo respeita – ***resposta à doença aguda*** **-** a forma de corresponder às expectativas criadas nas pessoas, e contribuir para a melhoria e transformação do SNS, atendendo a uma melhoria do acesso e à observação de níveis de qualidade adequados, seria através de **i)** um maior investimento nos cuidados de saúde primários (CSP; **ii)** duma política de recursos humanos que valorize, atraia e motive os profissionais e iii) através da reorganização de respostas integradas, cujas experiências têm sido implementadas nos últimos anos em várias regiões do país.

Antecedentes

Segundo o relatório Health at a Glance 2023, os portugueses recorrem quase duas vezes mais às urgências hospitalares do que a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

O uso excessivo dos Serviços de Urgência (SU) hospitalares é uma inquietação tanto da governação e dos profissionais de saúde, como da população em geral. Este fenómeno resulta em custos elevados, tempos de espera aumentados e insatisfação, o que conduz a uma diminuição da qualidade da prestação. Na verdade, um elevado número de episódios de urgência corresponde a situações clínicas não urgentes, cuja resolução deveria ocorrer ao nível dos cuidados de saúde primários (CSP), onde a equipa de saúde familiar poderá gerir da forma mais adequada, eficiente e acompanhada o problema de saúde.



Fonte: Health at a Glance 2023

Figura 1: Acesso a serviço de urgência hospitalar (por 100 habitantes), em 2011, 2019 e 2021

Há muito que se procuram alternativas para uma resposta eficiente à gestão da doença aguda, para evitar as situações de crise nas urgências que todos os anos fazem notícia na comunicação social, um pouco por todo o país.

A gestão eficaz da Doença Aguda tem na **integração de cuidados** a única solução. Sem uma definição do percurso que conduza as pessoas ao nível correto de cuidados, corre-se o risco de a prestação de cuidados de saúde ocorrer no nível inadequado àquela condição ou status de severidade ou risco.

Por outro lado, a literatura informa que aumentar a oferta (através da abertura de pontos de

cuidados não integrados) contribui para o aumento da procura.

O desafio da gestão da Doença Aguda tem merecido várias análises e soluções dentro do SNS que merecem ser refletidas, e encerram em si mesmas diferentes dimensões.

Recentemente, a Unidade Local de Saúde de Coimbra criou um Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Resposta à Doença Aguda que incluía profissionais médicos especialistas em medicina geral e familiar, saúde pública, medicina interna, pediatria, cirurgia e enfermagem especialista em saúde comunitária, em enfermagem médico cirúrgica e saúde materna e obstétrica. Num exemplo raro de avaliação, análise, e planeamento a partir dos profissionais do terreno, foi elaborado um relatório com elementos importantes, que demonstram aspetos consensuais - a resposta aguda não urgente não deve ser atendida em Serviços de Urgência Hospitalar, devem ser otimizados percursos assistenciais integrados nas principais condições de morbilidade, contextos diferentes merecem soluções organizativas diferentes e, a resposta assistencial aguda não urgente deve ser continuamente monitorizada de modo a permitir adaptar o modelo estratégico local.

Expectativas – o que fazer

Resposta à doença aguda fundamentada nos resultados das experiências implementadas.

"Há mais de 50 anos que Portugal é pioneiro, na Europa, no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, baseados em "centros de saúde". Mais recentemente, uma significativa reforma deste setor do SNS permitiu abandonar o modelo burocrático, de comando-e-controlo, vigente, e promover unidades funcionais "autónomas e responsáveis", através de um processo transparente de contratualização" *C. Sakellarides 2024*

Os CSP são a base da gestão do percurso das pessoas através dos cuidados que necessitam ao longo da vida, sendo o seu foco a centralidade da pessoa e a integração de cuidados de saúde.

A sua capacidade de resposta tem sido debatida sobretudo no que se refere à cobertura da população com equipa de saúde familiar. Mas também é importante ter em conta que as necessidades têm vindo a aumentar e a diversificar: o aumento da esperança média de vida, as doenças crónicas e a multimorbilidade são exemplos claros da evidente necessidade de investir nos CSP, potenciando o modelo e ampliando a capacidade de resposta, respondendo às falhas através da transformação, adaptação e melhoria dos instrumentos existentes e não através de alternativas não fundamentadas, de que os CAC são exemplo.

A equipa do Grupo de Trabalho da ULS Coimbra, considera no seu relatório fundamental caracterizar localmente o perfil de idade, risco em saúde, período de maior procura na semana e no horário do utente com doença aguda não urgente que recorre ao Serviço de Urgência. Paralelamente, sugerem compreender qual a proporção que provém de cada USF/UCSP, qual a proporção de consultas de doença aguda que cada unidade funcional cumpre por dia, quantos utentes que recorrem ao serviço de urgência têm ou não equipa de saúde familiar, quantos utentes têm origem na área de influência da respetiva ULS, ou qual a distância a que vivem do serviço de urgência.

Apenas com esta informação detalhada, que difere de ULS para ULS, poderá ser possível

desenhar soluções integradas que permitam responder especificamente às necessidades da população, otimizando a oportunidade de integração de cuidados gerada pelo modelo de Unidade Local de Saúde.

A título de exemplo, o relatório apresenta dados como a realização em média de 820 consultas por dia, de resposta à doença aguda, na área de abrangência da ULSC, metade das USF de Coimbra faz mais consultas no próprio dia do que o previsto como o máximo esperado, os dias de maior procura do SU são a segunda e terça-feira e os dias de menor procura são os sábados e domingos. Tanto nas urgências de adultos, como nas pediátricas, aproximadamente 70% dos episódios não urgentes são referentes a utentes residentes nos concelhos de abrangência, com maior proximidade geográfica, que se deslocam ao SU durante o dia.

Estes dados permitem perceber que os CSP já oferecem uma resposta à doença aguda muito desenvolvida, o que obriga a que qualquer solução organizativa passe invariavelmente por envolver, desenvolver e responsabilizar este nível de cuidados.

A distribuição semanal, horária e geográfica, por outro lado, demonstra que o acesso da doença aguda não urgente no Hospital é oportunista, acontecendo quase só de dia, junto ao fim de semana e perto de casa. Perante estas características a solução organizacional não deve passar por aumentar o acesso a cuidados de âmbito hospitalar, pois pode facilmente tornar ainda maior a procura de cuidados sem necessidade.

Como já defendido pela Fundação para a Saúde, "a manterem-se os modelos atuais de organização e gestão dos serviços, e de prestação dos cuidados, é provável que nem triplicando os recursos humanos, financeiros e materiais se resolvam as crescentes necessidades de saúde não satisfeitas".

No âmbito de soluções de gestão da doença aguda para utentes com equipa de saúde familiar, o Grupo de Trabalho da ULS Coimbra contribui com várias soluções que pretendem otimizar a integração de cuidados e a melhoria do itinerário do doente agudo não urgente: Definição de Planos Assistenciais Integrados para a agudização da doença crónica (diabetes, DPOC…); Via verde MGF, com priorização dos utentes referenciados pelas USF; Point of Care e ECG – dotar os CSP de meios de Diagnóstico Rápido; Teleconsulta/ teleconsultadoria online – dotar os profissionais do Hospital de tempo dedicado à consultadoria online aos profissionais dos cuidados primários; Ligação telefónica direta à especialidade de urgência – Contacto telefónico direto dos Médicos a fazer SU; Otimizar as carteiras adicionais de serviço das USF com resposta à doença aguda não urgente.

Quadro resumo de expectativas referentes à Doença Aguda

Fundamentação e monitorização de medidas implementadas no âmbito do Plano de Emergência e Transformação	Políticas de saúde suportadas em evidência científica, em experiências piloto previamente avaliadas, e, em relatórios de acompanhamento constituem exemplos de políticas públicas de qualidade.
Plano Local de Gestão da Doença Aguda por ULS	A metodologia da ULSC é um bom exemplo do que deve ser garantido em cada ULS de forma a permitir planos de resposta à doença aguda adequadamente adaptados às características locais. Cada ULS deve manter ativo um grupo técnico multiprofissional, com elementos do contexto hospitalar e de CSP, que garanta a avaliação e caracterização atualizadas da resposta aguda, define planos de ação, e de acompanhamento, com resultados apresentados sob a forma de relatório.
Reforço da capacidade dos CSP	O fortalecimento dos CSP é fundamental no percurso integrado da doença aguda, nomeadamente através do reforço de meios de Diagnóstico Rápido – *Point of Care* que permitam ampliar a capacidade de resposta.
Rever quadro de pagamento de atividade assistencial ao nível da doença aguda CSP vs Hospital (CAC) e alargar regime de suplemento compensatório de horas extraordinárias dos serviços de urgência hospitalar à atividade complementar de doença aguda nos CSP	O reforço da resposta aguda nos CSP passa por equiparar o pagamento de horas de atividade assistencial e de horas extraordinárias ao meio Hospitalar, de modo com a evitar a deslocalização de Recursos Humanos dos CSP, e simultaneamente, reforçar a resposta aguda neste nível de cuidados.
Plano Assistenciais Integrados para Condições Crónicas Major e Multimorbilidade Complexa	A definição de percurso de cuidados para as condições crónicas de saúde com maior taxa de agudizações, bem como a definição de modelos integrados de gestão de caso entre hospital e CSP para os utentes de maior complexidade e sobreutilizadores de urgência, permite a definição de resposta assistencial de proximidade com capacidade de reduzir episódios de urgência.

Expectativas e Realidade

Análise do ciclo político anterior (2015-2024)

Soluções de gestão da doença aguda para utentes com equipa de saúde familiar - integração de cuidados

A região Norte foi pioneira em trilhar esse caminho. Testou vários modelos para o problema da pressão nas urgências. No início dos anos 90, foi criado imediatamente ao lado do Hospital de Santo António uma resposta idêntica com médicos de família. Mais recentemente, na ULS Matosinhos chegou a ser criada dentro das portas do hospital uma resposta para estes utentes. Ambas as experiências, como muitas outras, terminaram ao fim de pouco tempo. Por duas razões: desfalcavam os recursos humanos do itinerário desejado e aumentavam a procura no local errado. Foram posteriormente procuradas outras soluções alternativas, que encontraram respostas melhoradas.

Em 2017, o projeto SNS + Proximidade apontou o caminho através de experiências piloto nos ACeS de Barcelos/Esposende, Gondomar e Porto Ocidental em articulação com os hospitais de referência - adotar as consultas abertas (atendimento no próprio dia) das USF para resposta aguda em tempo útil, tornando desnecessárias as idas aos serviços de urgência para esse fim, melhorar a comunicação entre as consultas abertas dos centros de saúde e os serviços de urgência, e aumento da capacidade do "SNS 24", para orientar as pessoas com doença aguda.

Mais recente, o projeto "*Ligue antes, salve vidas*" arrancou na Póvoa de Varzim/Vila do Conde em Maio de 2023, entretanto alargado à população pediátrica e às ULS de Gaia/Espinho e Entre Douro e Vouga, representando quase 10% da população nacional. Neste modelo de urgência referenciada, o acesso a este serviço hospitalar pressupõe, de acordo com a legislação que sustenta o projeto, que exista a referenciação através de um dos seguintes meios: Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU-INEM); SNS24 - Centro de Contacto do SNS; CSP; profissional de saúde médico, com informação clínica assinada; ou outra instituição de saúde. São exceção ao modelo de urgência referenciada os utentes acamados, grávidas ou situação de trauma ou acidente. Fonte

É inegável que a mudança já estava em curso: cerca de 87% dos doentes são previamente referenciados e os episódios de urgência triados com pulseiras verdes ou azuis baixaram na ordem dos 7%, e todos os utentes que não justifiquem urgência é marcada uma consulta no centro de saúde no mesmo dia ou no dia seguinte. É melhor para todos, para o utente, que tem a resposta mais adequada, para o sistema, que não desperdiça recursos, e para as urgências, porque, de facto, as liberta. Fonte; Fonte; Fonte Já no início de 2024 o projeto "*Ligue antes, salve vidas*" foi alargado à ULS Barcelos/Esposende, Penafiel, Almada e Santarém. Fonte

Soluções de gestão da doença aguda para utentes sem equipa de saúde familiar - resposta assistencial incompleta

Enquanto o modelo de USF B não possa ser alargado a todo o país, alguns locais encontraram soluções diferentes. Em 2022, foi a criação da Via Verde Saúde (VVS), no Seixal, que funcionou até final de abril de 2024. A VVS era apenas uma resposta temporária e de emergência, não substituindo as USF. Este modelo permitiu disponibilizar cuidados de suficiente qualidade e

dignidade a quem, no melhor dos cenários, tinha de esperar três a cinco anos para ter uma equipa de saúde familiar. Para tal, uma equipa de profissionais dos CSP, dedicados em exclusividade, parcialmente, ou em regime de horas extra garantiam uma carteira de serviços mínimos aos utentes sem médico de família.

Na VVS Seixal conseguiam dar resposta a grávidas e crianças até aos 2 anos, exame global de saúde dos 5 anos, planeamento familiar a todos os casais interessados, acompanhamento de doentes crónicos complexos, renovação de todo o receituário crónico, entre outros cuidados. Nesta Via Verde era possível, também, ter consultas de doença aguda, após triagem e encaminhamento pelo SNS 24, consultas de MGF e teleconsultas sempre que adequado.

Soluções de gestão da doença aguda nos cuidados de saúde primários ao fim de semana – cuidados de saúde primários 7 dias por semana

A resposta à doença aguda complementar às consultas abertas das USF/UCSP dos CSP (SAP, SASU, Atendimento Complementar) pode ser planeada para todas as ULS. Por exemplo, as ULS do Alto Minho e Matosinhos, garantem ao longo de todo o ano resposta aguda em CSP ao fim de semana entre as 08h e as 20h.

Soluções de gestão da doença aguda em contexto de <u>multimorbilidade</u> – percursos assistenciais integrados e de proximidade

Existem vários exemplos de gestão de caso, no entanto destacamos a equipa de suporte ao doente crónico complexo da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Criado em 2016, este grupo composto por médicos especialistas em medicina interna e enfermeiros gestores de caso, tem-se destacado pela otimização dos recursos hospitalares, mas também na promoção da qualidade de vida dos doentes com multimorbilidade. Desenvolvem a sua atividade no contexto clínico existente entre os cuidados hospitalares e primários, onde uma equipa clínica dedicada a utentes com multimorbilidade referenciados a partir das equipas de saúde familiares, ou sinalizados após episódios hospitalares, gere de forma próxima e integrada a condição de saúde e eventos de agudização a partir do domicílio. A equipa médica através de consultoria e visitas domiciliárias organiza em conjunto com uma rede descentralizada de enfermeiros gestores de caso os planos individuais de cuidados destes utentes, em parceria com os agregados familiares. Vias de contacto direto, monitorização regular, resposta rápida, integração da informação clínica, valorização do papel de gestor de caso tornam esta solução um exemplo de replicação pelo SNS.

A atuação desta equipa traduziu-se numa redução de 61,5 % nas idas ao serviço de urgência e numa diminuição de 59 % das necessidades de internamento para os 331 doentes que cumpriram, pelo menos, um ano de acompanhamento.

Análise do ciclo político atual (início abril 2024)

CAC - Centro de Atendimento Clínico

O Plano de Emergência e Transformação da Saúde (PETS) apresentou como prioridade para a questão da doença aguda, "a criação de Centros de Atendimento Clínico (CAC) para situações agudas de menor complexidade". Os CAC constituem equipas clínicas não integradas nas equipas de saúde familiares com apoio de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica que assegurem meios complementares de diagnóstico iniciais. Não está garantido que os cuidados médicos sejam assegurados por médicos especialistas em medicina geral e familiar.

A importância do CAC do Norte (o primeiro a ser anunciado) foi referida por duas razões: *"devemos começar por projetos que temos a certeza que vão correr bem e que vão contaminar e inspirar os outros"*, e, *"é muito estimulante e esperançoso entrar num hospital e perceber que é possível ter uma organização diferente e que isso pode ajudar também o SNS a ir mais longe"*. Depois da inauguração do CAC de Lisboa e Porto, a Ministra da Saúde anunciou que mais ULS estão interessadas em implementar o modelo. Por outro lado, a Comissão de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente anunciou mais recentemente a abertura de CAC pediatria tanto em Lisboa e Porto.

No entanto, em nenhum dos exemplos atuais se vislumbra o investimento nos CSP, nem tão pouco referência a qualquer documento ou análise de benefício que fundamente esta decisão.

Além do mais, o ponto de partida nas duas regiões é muito diferente em termos de cobertura de equipas de saúde familiar, como a região norte a apresentar 2,3% dos utentes sem médico de família, e a região de Lisboa cerca de 25%, o que deveria refletir soluções distintas. Fonte

Embora a resposta à doença aguda seja a mesma, o modelo de organização dos dois CAC atualmente em funcionamento difere no modelo organizacional e conceptual:

- Em Lisboa, recorreu-se a instalações dos CSP no centro de saúde de Sete Rios, depois do Hospital Militar não conseguir garantir as condições necessárias de recursos humanos. As instalações utilizadas para o efeito implicaram a ocupação do espaço dedicado para rastreios oncológicos que foram interrompidos e o apoio de meios complementares de diagnóstico é assegurado dentro dos cuidados primários. Não foi apresentado valor médio esperado por utente.
- No Porto, recorreu-se a um protocolo de prestação com um agente privado, o Hospital da Prelada da Misericórdia do Porto. A equipa clínica, de diagnóstico e instalações são totalmente garantidos pelo prestador privado. Definiu-se um preço compreensivo de 45€ por utente.

A criação destes CAC apresenta alguns desafios e riscos que não se devem ignorar.

Literacia da organização de cuidados - Há vários anos que se discute a necessidade da doença aguda não urgente e pouco urgente (pulseiras azuis e verdes) ser tratada em cuidados primários. Os CAC são extensões do hospital sem integração com os cuidados primários. A definição de um percurso via INEM ou via hospital para um centro de doença aguda, que no caso do Porto funciona noutro hospital, conduz os utentes para um circuito errado. Este fenómeno contribui para uma literacia invertida sobre o funcionamento da rede de cuidados, o papel de cada nível de cuidados, e o reforço do local inadequado para a resolução da doença

aguda não urgente.

Recursos humanos - Os CAC foram apresentados como a solução para reduzir a procura hospitalar. Perante uma realidade em que a bolsa de profissionais (enfermeiros, médicos), é finita, obriga a desfalcar ainda mais os CSP. Além disso, sendo uma extensão da urgência hospitalar, o valor/hora é superior ao valor pago pelo serviço permanente à doença aguda dos cuidados de saúde primários (SAP ou SASU), ocorrendo migração de recursos, até nas mesmas instituições e até mesmo entre os tarefeiros. Por outro lado, parece também desnecessário um serviço que está aberto apenas no período diurno, em simultâneo com os centros de saúde, sublinhando-se a duplicação de portas de entrada e a dispersão de profissionais.

No CAC de Lisboa, parte dos clínicos transitaram de uma equipa que estava instalada na mesma ULS para dar resposta a utentes sem médicos de família, desfalcando esta solução e gerando naturalmente maior procura de cuidados agudos fora do circuito dos cuidados primários. Com a abertura do CAC Lisboa os 100.000 utentes sem médico viram diminuir consideravelmente o acesso à resposta assistencial no local adequado – nos cuidados primários.

O CAC do Norte contratou perto de 80 profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e pessoal administrativo), ressalvando-se que os "clínicos contratados, todos de Medicina Geral e Familiar, trabalham na urgência de alguns hospitais, em centros de saúde e outros em hospitais privados", não se quantificando qual a mobilidade destes profissionais do SNS para esta resposta Fonte. A médio prazo, poderá ter como consequência um maior número de utentes a deslocarem-se à urgência sem necessidade e mais utentes sem médico de família, o que terá um efeito precisamente oposto das políticas que se pretendem implementar.

Economia da saúde - Em saúde a oferta induz a procura. Uma via aberta para respostas imediatas e desintegradas, no local errado, duplicando desnecessariamente serviços, terá impacto apenas na procura sem responder às necessidades não satisfeitas das pessoas.

Recursos financeiros - O orçamento da saúde é limitado, o que obrigatoriamente leva à necessidade de fazer escolhas. Se o CAC tiver financiamento como noticiado, de 45€/utente, tendo em consideração uma produção semelhante da consulta aberta em USF (igualmente para situações agudas) de 12-15 minutos, os cerca de 200€/hora não fariam mais sentido serem investidos nos cuidados primários e não numa extensão do hospital, mesmo que seja convencionado? O valor hora para a hora extraordinária hospitalar que abrange o CAC é superior ao atualmente pago no SNS em SAP ou SASU ou atendimento complementar dos cuidados de saúde primários. Ou seja, o mesmo médico de família recebe mais se for cumprir horas extras a um CAC do que a um SAP, SAC ou SASU.

Por outro lado, o suplemento compensatório do trabalho realizado para além do horário normal aplica-se apenas ao serviço de urgência, não permitindo que um médico ou enfermeiro de família possa usufruir do estímulo financeiro por cumprir horas extraordinárias no âmbito da doença aguda não urgente em CSP. Mais uma vez, o financiamento a conduzir uma política de recursos humanos invertida. Fonte

O grupo de trabalho dedicado à Doença Aguda da ULS Coimbra aponta a possibilidade de a Carteira Adicional de Serviços das USF poder ser aproveitada para gerar um estímulo financeiro, até sazonal durante períodos de maior procura como no Inverno, ao aumento da oferta de consulta de marcação no dia e dedicadas a doença aguda. Deve existir espaço

legislativo para refletir modelos flexíveis de aumento da capacidade instaladas nas próprias USF, onde todo o circuito de cuidados se inicia.

O financiamento da doença aguda não urgente deve de forma clara reforçar e demonstrar estrategicamente o itinerário de cuidados, estimulando positivamente as USF/UCSP, depois os SAP/SAC/SASU nos CSP, depois os Serviços de Urgência Básica (SUB) nos locais mais distantes dos SU centrais, e só no final os SU centrais. Estes sim, devem ter acesso a um financiamento diferenciado positivamente para a doença aguda urgente, muito urgente e emergente, cujo risco implica atendimento neste nível de cuidados.

Para o CAC do Porto foram dedicados 65 milhões de euros. Como referência comparativa importa referir que o Governo anunciou um investimento, no âmbito do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), na construção de 124 novos centros de saúde e de requalificação de 347 unidades já existentes, com investimentos de 272,8 milhões de euros e de 274,9 milhões de euros, respetivamente. O valor médio por centro de saúde ronda em média 2 milhões de euros. Fonte

Relativamente à hipótese de abrir um serviço complementar de resposta dedicada à doença aguda na ULS Coimbra, foi considerado pelo Grupo de Trabalho como não recomendado.

"*Consideramos que mais oferta vai gerar inevitavelmente mais procura desorganizada e sem fundamento, podendo até criar falsa sensação de que os episódios urgentes estão a ser observados noutros locais e gerar entropia num fluxograma que já de si não parece ser do conhecimento da maioria dos doentes.*"

Dos pontos acima identificados, é possível duvidar da solução do CAC para a doença aguda: educação da população errada, itinerário errado, utilização e investimento de recursos errada, despesa aumentada.

Correia de Campos referiu em entrevista que com "o plano de emergência na saúde, o SNS corre o risco de ser "destruído", afirma que a criação dos centros de atendimento clínico representa o regresso dos [serviços de atendimento permanente] para pior e defendeu que o aumento do recurso ao sectores social e privado preconizado no plano vai conduzir "inevitavelmente" a "uma diminuição do Serviço Nacional de Saúde" Fonte

Não se compreende que se ignorem as experiências do passado. Assistimos a uma inversão da lógica. Em vez de se reforçar capacidade nos CSP, protegemos os hospitais da incapacidade manifestada pelos cuidados primários motivada pela constante falta de investimento e de autonomia, agravando-a com um (des)investimento de 65 milhões de euros apenas para um CAC e abrindo caminho ao desvio de recursos humanos fundamentais. Agrava ainda o facto de tudo isto acontecer em organizações do tipo ULS, que devem promover a integração de cuidados e os percursos das pessoas. Porém, a simples fusão da administração de hospitais com centros de saúde, com culturas organizacionais diferentes, não assegura o essencial: a integração, a continuidade e a qualidade dos cuidados. Pelo contrário, a dominância da cultura hospitalocêntrica e remediativa, tende a fragilizar os cuidados de proximidade.

O período decorrente da abertura do primeiro CAC, não permite ainda uma análise rigorosa dos seus resultados. No entanto, são previsíveis algumas consequências: **i)** O risco de introduzir os utentes em circuitos errados, criando portas de entrada que não conduzem àquele que deve

ser o percurso do utente; **ii)** Duplicação de serviços e indução da procura; **iii)** Migração e perda de recursos dos CSP e do SNS; **iv)** Desinvestimento nos CSP e canalização do orçamento para respostas desintegradas; **v)** Subversão do modelo de proximidade e de prevenção e promoção da saúde, com reforço da visão hospitalocêntrica; 6) Contributo para a desintegração do SNS.

Em suma, perante o risco de descapitalização, face ao desvio de financiamento para o setor privado, mostra-se urgente uma intervenção estratégica que fortaleça a monitorização e avaliação dos programas.

A Fundação para a Saúde defende a expectativa de que as decisões que se tomam se baseiam nas necessidades e nas expectativas das pessoas, para quem o que é importante é ter acesso oportuno aos cuidados de saúde, circulando facilmente entre serviços e sem perdas de informação. Respostas avulsas, pontuais, desarticuladas, sem gestão do percurso e sem preocupação pela promoção da saúde e prevenção da doença, não parecem ser a melhor solução.

Multimorbilidade, processo individual de cuidados e registo de saúde eletrónico

Introdução

A Multimorbilidade associada à dependência constitui uma condição de saúde de elevada complexidade, cuja prevalência tem vindo a aumentar de forma exponencial. Impulsionada, sobretudo, pelas mudanças demográficas e epidemiológicas contemporâneas. Dados recentes de Portugal revelam que mais de 70% das pessoas com 65 ou mais anos, apresentam algumas limitações na manutenção das suas atividades de vida (OECD, 2023) e convivem com duas ou mais doenças crónicas (OECD, 2019), o que, pela inerente utilização acrescida dos recursos de saúde, hospitalizações recorrentes, consultas em múltiplas especialidades e elevado consumo de medicação levam a uma pressão substancial sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste capítulo será realizada uma análise sobre as expectativas para resposta ao desafio da multimorbilidade em Portugal, seguindo-se uma análise sobre a realidade e uma conclusão final comparando o esperado com o observado.

Expectativas – o que fazer

A multimorbilidade, pela sua natureza crónica e pela perda progressiva de independência, exige novos modelos de cuidados (Lopes, 2021) os quais podem e devem ter por base o Plano Individual de Cuidados (PIC) que, por sua vez, pode beneficiar do facto de dispormos de um Registo de Saúde Eletrónico (RSE) que, apesar de carecer de melhorias substanciais, se constitui como um excelente ponto de partida.

O RSE é uma ferramenta imprescindível para a gestão e partilha de dados de saúde entre os diferentes profissionais e serviços de saúde, bem como com o cidadão, assegurando a continuidade e coerência dos cuidados. Por sua vez, o PIC é uma ferramenta orientada para a personalização dos cuidados, promovendo a participação ativa do doente no seu próprio percurso de saúde/doença. Ambas as ferramentas são complementares e essenciais à transição para um modelo verdadeiramente integrado e centrado na pessoa visando a melhoria da eficiência e qualidade dos cuidados.

Em suma, podemos dizer que o RSE é a infraestrutura de base (back-end) que integra a informação de saúde dos utentes, enquanto o PIC atua como um sistema de apoio à decisão (front-end), focado na personalização dos cuidados com base nas necessidades e preferências dos indivíduos.

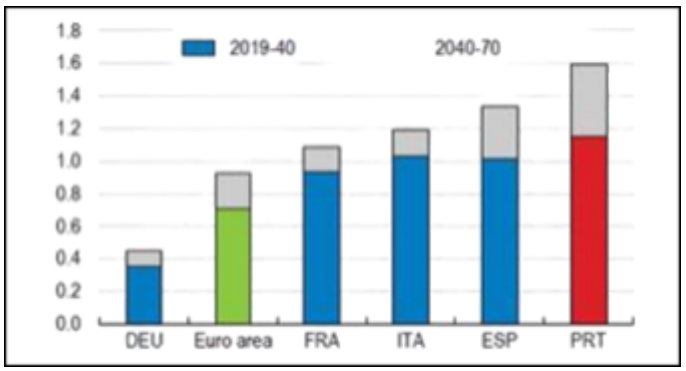
Multimorbilidade

A multimorbilidade exerce um impacto profundo e complexo na utilização dos serviços de saúde em Portugal. A sua progressão está fortemente correlacionada com um aumento exponencial da dependência e da procura por serviços de saúde (Silva, 2022). Está já internacionalmente documentado, por entidades como a WHO e a OECD, que a maioria dos idosos vai necessitar de cuidados domiciliários ou de longa duração (OECD, 2023) em algum momento da sua vida, o que agrava substancialmente os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em termos de alocação eficiente de recursos e de planeamento estratégico a longo

prazo.

Os fatores de risco, frequentemente associados a contextos socioeconómicos desfavorecidos, tornam-se particularmente críticos nas regiões rurais e áreas menos desenvolvidas, onde o acesso a cuidados de saúde de qualidade é limitado.

Em termos de impacto económico, estima-se que os custos de tratamento de doentes com multimorbilidade sejam, em média, três a quatro vezes superiores aos de doentes com apenas uma condição crónica (Silva, 2022) e esse acréscimo nos custos reflete-se tanto nas despesas diretas suportadas pelo SNS, como nos custos indiretos, tais como a perda de produtividade dos cuidadores informais.



Fonte: European Commission (2022)

Gráfico 1: Projeção dos gastos com saúde (% do PIB)

Por outro lado, sabemos, também, que o envelhecimento da população está intimamente associado com o aumento da multimorbilidade e declínio funcional progressivo, afetando, diretamente, a capacidade dos indivíduos de realizarem atividades quotidianas essenciais, comprometendo a sua independência e qualidade de vida. Em Portugal, estudos indicam que aproximadamente 20% dos idosos com multimorbilidade experienciam limitações funcionais severas, exigindo assistência nas atividades de vida diária como alimentação e mobilidade (OECD, 2023). A situação agrava-se com a concomitância de patologias cognitivas e mentais, tais como demência, depressão e ansiedade, que frequentemente coexistem com as doenças crónicas. Nestes casos, o compromisso é, não apenas da independência, mas também da autonomia. Dados internacionais revelam que até 2040 a demência vai afetar 25 em cada 1000 portugueses aumentando significativamente as necessidades de assistência no autocuidado (OECD, 2023).

A complexidade da multimorbilidade exige, pois, uma reavaliação dos processos assistenciais, não só no que concerne aos modelos de prestação de cuidados, bem como à forma como é produzida, coligida e sistematizada toda a informação clínica a nível dos sistemas eletrónicos.

Plano Individual de Cuidados (PIC)

Afirma-se como um instrumento imprescindível na gestão dos cuidados de saúde, ao colocar a pessoa no centro do processo. O PIC promove um espaço de diálogo contínuo entre todos os

cuidadores – formais e informais – permitindo uma gestão integrada e contínua do percurso de cuidados. A sua essência reside na personalização dos cuidados, com a pessoa a assumir um papel ativo e central no processo. Isto significa que o PIC não pertence a nenhum setor ou profissão em particular, mas à pessoa que é o sujeito dos cuidados, conferindo-lhe um protagonismo inalienável na sua própria jornada de saúde.

A autonomia emerge como um princípio essencial do PIC, ao facultar à pessoa a responsabilidade pelo seu percurso de vida e de saúde, com a possibilidade de delegar funções quando os cuidados exigidos ultrapassam as suas capacidades. Essa flexibilidade permite que o PIC se adapte à natureza evolutiva e dinâmica do processo de saúde-doença, garantindo a continuidade e a adequação dos cuidados prestados em cada momento. Assim, o PIC oferece uma resposta personalizada, moldando-se às necessidades específicas da pessoa ao longo do tempo, e conferindo aos cuidadores formais e informais o papel de facilitadores desse processo, sempre em consonância com as preferências do utente.

Um dos elementos mais inovadores e estratégicos do PIC é a sua interligação com o RSE, o que permite que as decisões e intervenções sejam continuamente atualizadas e refletidas em tempo real. Essa interoperabilidade entre o PIC e o RSE facilita a partilha de informação entre os diversos prestadores de cuidados, promovendo uma coordenação eficaz das intervenções e evitando duplicações desnecessárias de esforços. O PIC torna-se, desta forma, uma ferramenta essencial não só na gestão integrada dos cuidados, mas também na melhoria da qualidade dos mesmos, ao proporcionar aos profissionais de saúde um panorama completo e atualizado das condições e intervenções realizadas.

A literatura internacional reconhece a importância de sistemas interoperáveis e integrados na personalização dos cuidados de saúde, com o PIC a representar um exemplo paradigmático dessa abordagem. Em países onde se observou uma implementação bem-sucedida de sistemas integrados de saúde, constatou-se uma melhoria significativa nos resultados clínicos e uma redução substancial nos custos operacionais, nomeadamente pela diminuição de exames duplicados e pela otimização do uso dos recursos disponíveis.

Registo de Saúde Eletrónico

De acordo com o anteriormente identificado importa centrar o expectável em vertentes estratégicas essenciais:

a) **Acesso à informação do doente – primazia na pessoa e gestão integrada**

No contexto português, a interligação entre o PIC e o RSE tem o potencial de transformar a forma como os cuidados de saúde são prestados, especialmente num cenário de envelhecimento populacional e de multimorbilidade crescente, onde a necessidade de uma abordagem personalizada e eficiente se torna cada vez mais evidente.

A articulação eficaz entre o PIC e o RSE pode também facilitar a criação de indicadores de desempenho clínico e a análise contínua dos dados de saúde, elementos fundamentais para a formulação de políticas públicas mais informadas e adaptadas às necessidades da população.

A primazia na pessoa, combinada com uma gestão otimizada e integrada dos cuidados,

representa uma mudança paradigmática no modo como os sistemas de saúde se organizam e operam, com implicações profundas na equidade, acessibilidade e eficácia do Sistema de Saúde em Portugal, o que implica uma gestão proactiva orientada para a inovação e capacitada para liderar a transformação digital do setor da saúde no país que potencie:

- O RSE centrado no cidadão e não na instituição;
- O combate à relutância em adotar novas tecnologias;
- O investimento robusto em formação contínua para os profissionais;
- A eliminação dos obsoletos módulos de prescrição e agendamento (a bloquear permanentemente), combatendo a lentidão do processo de digitalização e a fragmentação dos cuidados de saúde em Portugal (Reis, 2024).

Adicionalmente, a resistência à mudança por parte das lideranças do setor da saúde continua a ser um obstáculo relevante à plena adoção de sistemas digitais. Revisões sistemáticas indicam que a ausência de uma estratégia integrada e a relutância em alocar recursos no curto prazo, apesar dos benefícios claros a longo prazo, têm impedido uma transformação mais célere e eficaz.

b) O Futuro implica a Transformação Digital do SNS assente em estratégias de monitorização e transparência

A modernização tecnológica do SNS, essencialmente através da implementação do RSE, enfrenta ainda desafios estruturais e culturais que ultrapassam a simples introdução de novas tecnologias. Para que essa transformação digital seja eficaz e equitativa, é imperativo fomentar um ambiente político propício que permita a concretização de reformas abrangentes e sustentáveis. A vontade política, aliada a um compromisso firme das lideranças no setor da saúde, será um fator determinante para assegurar a plena integração do RSE no SNS, designadamente:

- Criação de um **Observatório independente dedicado à monitorização e avaliação contínua da implementação do RSE a nível nacional** - Este organismo teria como objetivo identificar os principais entraves ao sucesso do RSE, propondo soluções baseadas em evidência empírica e atuando como um mecanismo de transparência e responsabilização para os gestores de saúde.
- Adoção de **normas obrigatórias de interoperabilidade** entre todos os prestadores de cuidados de saúde, tanto públicos quanto privados. Neste contexto, o governo português deve legislar de forma clara e precisa sobre a obrigatoriedade da interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde, sendo esta uma condição essencial para o sucesso da transformação digital no setor.
- A **formação contínua dos profissionais de saúde** sobre o uso das tecnologias digitais deve ser uma prioridade estratégica, **(i)** integrada nos currículos das instituições de ensino superior; **(ii)** adaptada às necessidades locais, e com a garantia de que os profissionais adquiram e atualizem as competências necessárias para utilizar o RSE de maneira eficaz.
- O **investimento na infraestrutura digital**, como uma prioridade política do Governo, é imprescindível para uma conectividade adequada, sem a qual o RSE corre o risco de acentuar as desigualdades regionais, especialmente nas áreas rurais e desfavorecidas e

ser potenciador de iniquidades no acesso aos cuidados de saúde. Pelo que deve ser o princípio orientador de qualquer reforma do SNS.

Expectativas e realidade

Análise do ciclo político anterior (2015-2024)

Multimorbilidade

Apesar do crescente reconhecimento da multimorbilidade no país, a resposta do sistema de saúde ainda se revela inadequada em diversas áreas, particularmente na integração de cuidados e na formulação de planos individualizados que contemplem as necessidades complexas destes doentes. A falta de uma política de saúde coerente e integrada para a multimorbilidade, aliada à inexistência de interoperabilidade eficaz entre os sistemas de informação de saúde, intensifica a fragmentação dos cuidados, comprometendo a qualidade e continuidade das intervenções (Lopes, 2021).

A título meramente exemplificativo, descrevemos a situação real, da duplicação de exames complementares de diagnóstico só porque não existe transferência de informação entre hospitais públicos e muito menos entre o setor público de saúde e o setor social ou privado. Se o doente não andar com o seu portfólio de exames, rapidamente lhe é solicitada a repetição dos mesmos em diferentes contextos de observação clínica

Com a realidade aqui identificada, para as pessoas portadoras de multimorbilidade e dependência, a disponibilidade da informação clínica do doente ao longo de todo o percurso de cuidados é imprescindível, pelo que é essencial uma melhoria dos sistemas de informação em saúde, ou seja, do Registo de Saúde Electrónico (RSE) integrando no mesmo o Plano Individual de Cuidados (PIC). Estas são ferramentas determinantes para equacionar uma evolução dos cuidados para um modelo integrado e centrado na pessoa promovendo uma coordenação eficiente entre os vários prestadores e diferentes níveis de intervenção (Lopes, 2021).

Plano Individual de Cuidados (PIC)

O PIC está longe de ser implementado e de ser efetivamente integrado no RSE. A prestação de cuidados atual necessita de uma efetiva integração de cuidados para que o profissional de saúde tenha acesso a todo o histórico da pessoa, o que melhorará a qualidade dos cuidados a prestar e reduzirá os custos, obtendo-se ganhos em saúde. Para que o PIC seja efetivamente implementado há dois pontos essenciais a ter em consideração: o desenvolvimento do RSE e a literacia dos seus utilizadores.

Concluímos, assim, que a concretização plena do potencial do SNS em termos de qualidade, acessibilidade e equidade depende, em larga medida, da interligação eficaz entre o RSE e o PIC.

Através da articulação destes sistemas, e também da identificação e análise dos padrões de multimorbilidade em Portugal com estratégias de saúde pública mais eficazes e integradas, os profissionais de saúde podem otimizar a gestão dos recursos disponíveis, garantindo que os

utentes recebem cuidados apropriados no momento certo e no local mais adequado. Esta abordagem tem o potencial de aliviar as pressões sobre as urgências hospitalares, permitindo que os cuidados primários e domiciliários assumam um papel mais central na gestão de doenças crónicas e nos cuidados paliativos.

Registo de Saúde Eletrónico (RSE)

O RSE em Portugal emergiu num cenário de crescente necessidade de modernização dos sistemas de saúde, impulsionada pelos avanços tecnológicos e pelo imperativo de melhoria tanto da qualidade dos cuidados como da eficiência operacional do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A sua implementação e desenvolvimento ao longo da última década representou um salto tecnológico que trouxe benefícios significativos, por exemplo, uma melhoria nos tempos de acesso a consultas e nos pedidos de exames complementares de diagnóstico, e maior rapidez na tomada de decisão clínica, decorrente do menor uso de papel e burocracia. No entanto, outros desafios se vieram a revelar, no tocante à segurança dos dados e a integração total da informação num sistema único. De acordo com um estudo da APAH (2022), 64% dos gestores hospitalares estão muito preocupados com as questões relacionadas com a interoperabilidade, a segurança e a privacidade do RSE.

Em Portugal, a resposta às necessidades de saúde dos cidadãos é tripartida. De acordo com as características da resposta às necessidades de saúde em Portugal, podemos dizer que as mesmas são maioritariamente assumidas pelo SNS, mas também pelo setor privado e pelo setor social. Neste último são respondidas as necessidades de saúde, *stricto sensu*, à semelhança do que acontece com as respostas do setor público e privado; e *lato sensu*, agregando o que se convencionou designar como cuidados sociais, que mais não são que cuidados de saúde de baixa diferenciação tecnológica, e níveis de dependência elevados, como, por exemplo, os associados ao autocuidado[1]. Ora, as entidades privadas e sociais, prestadoras de cuidados e saúde, na sua maioria, não estão integradas no RSE usando os seus próprios meios informáticos de registo, o que permite questionar como se garante a segurança do doente, o uso racional dos recursos e a qualidade dos cuidados.

Perante esta "selva" de sistemas de informação, perguntamos sobre o seu impacto real no SNS e no cumprimento dos direitos dos doentes, pois sabemos, pela literatura internacional, que a adoção plena de sistemas eletrónicos de saúde, como o RSE, pode reduzir significativamente a duplicação de exames e intervenções, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e aumentar a segurança dos doentes (Adeniyi et al., 2024). De acordo com a Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (2024), a duplicação de exames e tratamentos, além de onerar o sistema de saúde, representa riscos clínicos para o doente, que pode ser exposto a procedimentos desnecessários e potencialmente prejudiciais, como a exposição repetida à radiação em exames de imagem, ou o risco de iatrogenia em tratamentos médicos redundantes para além de não garantir o adequado acompanhamento do doente e família ao longo dos diferentes níveis de cuidados.

[1] Considerando que estamos sempre a falar da mesma pessoa e do mesmo processo de saúde-doença, esta atribuição dos cuidados de saúde de baixa diferenciação ao setor social é bastante prejudicial para os utentes uma vez que se constitui como uma clivagem no processo de cuidados. Adicionalmente, a desvalorização dos cuidados de saúde de baixa diferenciação tecnológica, conduz-nos consequentemente à desvalorização do autocuidado.

Além do impacto direto nos doentes e no SNS, a falta de partilha de dados pode, em última análise, fomentar práticas menos éticas, como o uso indevido da ausência de controlo sobre os registos clínicos para a exploração financeira dos utentes. A duplicação de procedimentos pode ser, intencionalmente, induzida por algumas instituições privadas, que aproveitam a falha sistémica de integração para cobrar por exames e tratamentos que, de outra forma, não seriam necessários.

Constrangimentos e suas implicações:

a) A fragmentação

Tendo em consideração a, já mencionada, estrutura tripartida dos cuidados de saúde em Portugal, composta pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), o setor privado e o setor social, torna- se evidente que os utilizadores circulam frequentemente entre estes três setores, de acordo com as suas necessidades e perceções de adequação dos serviços. Esta fragmentação é especialmente prejudicial para doentes com multimorbilidade e dependência, que necessitam de uma coordenação contínua dos cuidados entre os diferentes prestadores e para os quais o RSE ainda não está totalmente adaptado como demonstram os dados do último relatório da Comissão Europeia reveladores que o acesso ao RSE por grupos específicos, como crianças, idosos ou cidadãos com deficiência apesar de ter melhorado 38% em relação a 2022, ainda se encontra abaixo da média da EU de 77%.

b) A cultura organizacional

A ausência de uma cultura organizacional que promova a inovação e a adoção de novas tecnologias agrava este problema. As lideranças hospitalares, muitas vezes, veem esses projetos como disruptivos e arriscados, em vez de perceberem o potencial de transformação que representam para a qualidade dos cuidados de saúde e a eficiência do sistema. Dados recentes evidenciam que somente 14% das unidades de saúde têm orçamento suficiente para os projetos de saúde digital e somente ⅓ dos gestores considera como prioritário o investimento na capacitação dos profissionais nas áreas tecnológicas e de sistemas de informação (APAH, 2022). A formação contínua e específica dos profissionais de saúde é essencial para garantir que os sistemas de informação e RSE sejam utilizados de forma eficaz e que todas as suas funcionalidades sejam exploradas em benefício do doente.

c) O design do sistema

Acresce o facto de que a complexidade do design da interface do utilizador e do modelo de dados do RSE serem outras barreiras críticas à sua implementação eficaz. O design do sistema deve ser intuitivo e acessível, permitindo aos profissionais de saúde navegar rapidamente pelos registos clínicos e tomar decisões baseadas em dados completos, atualizados e, se possível, suportados em inteligência artificial. De acordo com os últimos dados da APAH (2022), 77% dos gestores hospitalares reconhece necessidade urgente de melhoria do RSE pois se este não for concebido com um foco claro na experiência do utilizador, o risco de erros na utilização e a subutilização do sistema aumentam, resultando em ineficiências e possíveis riscos para a segurança do doente.

d) A disparidade regional

Outro fator crítico que compromete a eficácia do RSE é a disparidade regional. As regiões periféricas e rurais, caracterizadas por infraestruturas tecnológicas deficitárias, continuam a sofrer com a falta de conectividade necessária para a plena utilização do RSE. Estudos indicam que os centros de saúde localizados em áreas rurais não possuem acesso adequado às plataformas digitais de saúde, o que compromete a eficácia dos serviços prestados (Franco, 2021). Esta desigualdade tecnológica impacta diretamente a equidade no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que os utentes destas regiões são frequentemente confrontados com cuidados fragmentados e de qualidade inferior. A falta de conectividade impede uma partilha eficiente de dados entre instituições de saúde, resultando em atrasos no diagnóstico e tratamento, perpetuando assim a fragmentação dos cuidados e comprometendo a continuidade das intervenções terapêuticas.

Análise do ciclo político atual (início abril 2024)

O último ciclo político iniciou-se com a apresentação do "Plano de Emergência da Saúde".

Face ao modo como a apresentação deste documento foi antecipada, gerou-se uma enorme expectativa relativamente ao seu conteúdo, enquanto visão estratégica, mas também enquanto repositório de métricas que nos permitissem compreender a evolução.

Quanto à multimorbilidade, nada é referido e nem a própria palavra está inscrita no texto. Aparece a designação "doença crónica", provavelmente em sua substituição, mas sem lhe ser dada a relevância que esta problemática merece em qualquer plano estratégico de saúde: pela sua elevada prevalência, após os 65 anos; pela grande dependência funcional, quase sempre associada à multimorbilidade; pela enorme procura dos serviços de saúde por parte destes doentes (e de seus familiares, principalmente quando são, também, seus cuidadores).

Contudo, existem duas menções no documento que vale a pena analisar. A **primeira**, diz respeito à monitorização à distância do doente crónico. Basicamente, preconiza-se, ainda que de forma vaga, um sistema de acompanhamento e monitorização com recurso a tecnologias de informação e comunicação, de pessoas com doença crónica ou rara.

Além disso, aparece completamente à margem de um instrumento absolutamente estruturante como é o Plano Individual de Cuidados, o qual, aliás, nunca é referido em todo o documento.

A **segunda** menção, é relativa ao alargamento da hospitalização domiciliária. Todavia, esta medida não merece mais do que dois parágrafos, e também não consta de qualquer cronograma.

A que aparece num cronograma, mas sem qualquer texto anterior que o justifique, tem a ver com o conceito de "camas indevidamente ocupadas nos internamentos hospitalares". Estas camas são ocupadas por pessoas que, normalmente, tiveram uma agudização da sua situação de cronicidade e que ficaram mais dependentes do que aquilo que já estavam e, portanto, têm necessidade absoluta de cuidados de elevada complexidade e frequência. Estas pessoas, por norma, não têm familiares que reúnam condições que possam garantir os cuidados de que

precisam. E foi exatamente para estas pessoas que foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Perguntar-se-á, então, quais as medidas preconizadas neste documento para aumentar a capacidade de resposta desta Rede? Nenhuma. Em contrapartida, propõe-se que se contratualize soluções avulsas com o setor privado e social. Acontece que a resposta da Rede é uma resposta estruturada, estando definidos, à partida, os critérios que cada uma das tipologias deve cumprir no que concerne aos cuidados.

Quais são esses critérios para estas contratualizações avulsas com o setor privado e social? Recordamos que estas pessoas, por norma, estão no "fim da linha", ou seja, elas próprias, frequentemente, não têm voz e também não têm familiares que se preocupem e reivindiquem por elas.

Acresce que, de acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2024), em 2023 verificou-se uma tendência de agravamento da mediana do tempo desde a referenciação até à identificação de vaga na maioria das regiões de saúde, em todas as tipologias de internamento. Ao mesmo tempo, e no que concerne às Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), verificou-se que duas das cinco regiões de saúde apresentaram uma diminuição da mediana dos tempos de espera. Ora isto significa que esta Rede carece de investimento não apenas no que diz respeito à infraestrutura, mas também aos múltiplos fluxogramas de referenciação, exatamente com o objetivo de diminuir o tempo de ocupação indevida das camas hospitalares. Talvez uma das formas mais céleres de o fazer seja através do incremento da capacidade de resposta das ECCI.

De referir, ainda, que a multimorbilidade crónica exige uma resposta integrada entre os vários serviços, mas também entre as várias profissões de saúde. Também sobre isto não existe qualquer referência no documento em causa. Aliás, lendo-se o referido documento com atenção, parece existir um "medicocentrismo" já não faz sentido na generalidade das situações, e muito menos fará nos cuidados de saúde a pessoas com multimorbilidade e dependência.

Em conclusão, e com base no documento então apresentado, as perspetivas acerca da multimorbilidade e dependência são desanimadoras.

A multimorbilidade e dependência, pela sua complexidade, para o próprio e para as famílias, e pela prevalência, requerem uma visão estratégica que garanta percursos de cuidados integrados e em continuidade. Esta visão estratégica é útil para esta condição de saúde, mas também para qualquer outra, na medida em que otimiza as respostas em função da situação concreta de cada utente.

Para que as expectativas se cumpram é essencial **(i)** que se invista fortemente na infraestrutura digital, fazendo-a a chegar a todos os pontos da rede com a mesma qualidade; **(ii)** que se adote o princípio obrigatório da interoperabilidade de sistemas de modo a que se retire total vantagem; e **(iii)** que se invista na formação de todos os cuidadores, incluindo profissionais de saúde e não profissionais (e.g., cuidadores informais e o próprio doente).

Tudo isto precisa ser acompanhado por um sistema de monitorização que nos permita compreender, não apenas a evolução da instalação do sistema, mas principalmente os ganhos conseguidos por esta via, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde e a eficiência e eficácia dos processos de prescrição de MCDT e de medicamentos.

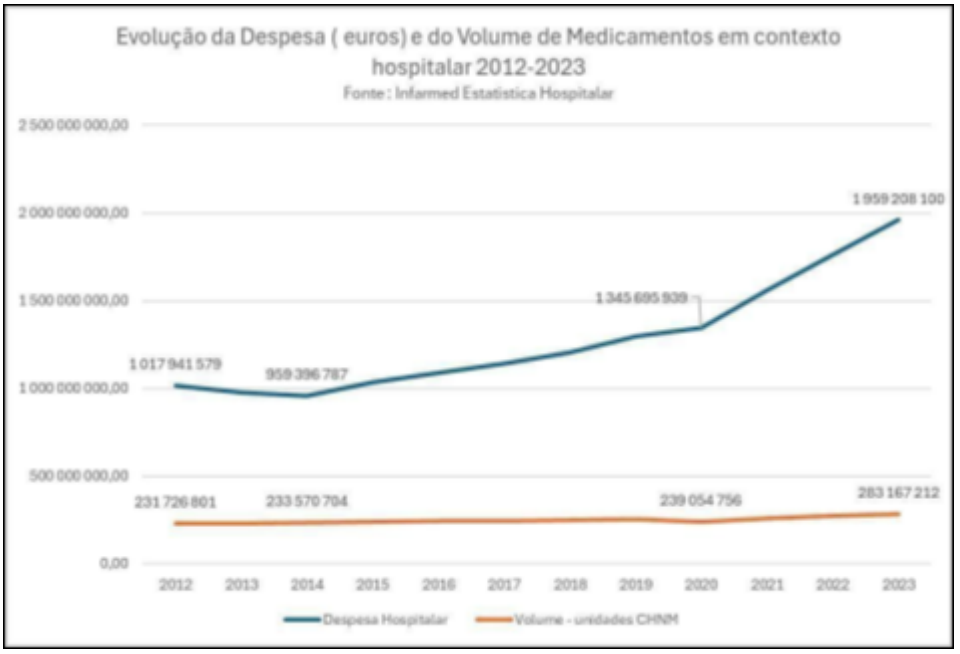
Quadro Global de Referência do SNS

Introdução

Num quadro de previsão financeira plurianual, o exercício de planeamento deve ter subjacente o cumprimento do princípio do equilíbrio orçamental, evitando a acumulação de dívidas que comprometa o normal funcionamento das instituições do SNS. Nos últimos anos, temos vindo a assistir a um processo de orçamentação que tem conduzido a uma perceção generalizada, na opinião pública, de que existe um subfinanciamento crónico no SNS. Será que os números o refletem?

Financiamento e investimentos no SNS

Analisando o período de 2014 a 2023, a despesa efetiva do SNS aumentou 4,7% ao ano (acumulado de 58,5%), passando de 8,9 MM€ para 14,6 MM€ por ano, com as receitas a crescerem a um ritmo inferior. Este desequilíbrio sistemático entre receitas e despesas tem impacto na dívida e no saldo orçamental global, que registou valores negativos em todos os exercícios (média de 572 M€/ano), com agravamento no período pós-pandemia. A Figura 1 apresenta este crescimento no que respeita aos medicamentos em hospital.



Fonte: Infarmed, Estatística Hospitalar

Figura 1: Evolução da despesa (euros) e do volume de medicamentos em contexto hospitalar, 2012-2023

Como se pode observar nesta figura, este crescimento da despesa em medicamentos não é possível ser explicado pelo volume de medicamentos consumidos.

Em contexto de crescimento da despesa do SNS muito acima do crescimento do PIB, são os hospitais públicos que mais têm contribuído para esse agravamento da situação financeira, como se verifica pelo aumento anual de 6,9% dos gastos operacionais, com um valor acumulado

de mais 84% face a 2014. No entanto, a partir de 2015 os hospitais EPE passaram a integrar o perímetro do Orçamento de Estado e, por conseguinte, sujeitos às regras de enquadramento orçamental aplicáveis à Administração Pública, assim como ao cumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso (LCPA).

Num cenário em que os orçamentos das entidades refletem *ab initio* EBITDA (lucros antes dos juros, tributos, depreciações e amortizações) negativos, o déficit financeiro será a consequência da execução do orçamento, que obviamente tem impactos na dívida. Ora, apesar das transferências de capital para cobertura de prejuízos, o stock da dívida tem-se mantido em valores superiores a 1 MM€, o que em 2022 representava 14,4% do total dos gastos operacionais, ou seja, mais de 25% das aquisições de bens e serviços, expurgando os gastos com pessoal.

Atendendo a que as regras para elaboração do orçamento se cingem apenas a doze meses de atividade, mas que em termos de execução orçamental o pagamento da dívida consome valores do orçamento, podemos dizer que estamos perante um paradoxo no cumprimento da LCPA e do Decreto-Lei de Execução Orçamental (DLEO).

O cenário descrito ilustra as dificuldades que o setor apresenta em alcançar o equilíbrio no binómio entre a resposta à população e os recursos financeiros, resultando num risco sistemático de incumprimento da LCPA por parte dos gestores que são responsáveis civil, financeira e criminalmente por assegurar uma execução orçamental prudente, com compromissos financeiros adequados aos recursos disponíveis.

Uma outra componente, extremamente importante, é a que se refere ao plano de investimentos. A Figura 2 apresenta a evolução dos investimentos no SNS de 2012 a 2023.

Fonte: Direção Geral do Orçamento

Figura 2: Investimentos (capital) no SNS, 2012-2023

Como se pode ver, o investimento no SNS tem sido tudo menos regular, sem um plano contínuo de crescimento. De referir, no entanto, a boa prática introduzida pela Direção Executiva do SNS (DE-SNS) em 2023, com a indicação de 117 milhões de euros para a modernização tecnológica dos hospitais do SNS, detalhando a tipologia de investimentos por organização de saúde.

Recursos humanos do SNS

É um facto que, de 2014 a 2021, o número de profissionais no SNS aumentou de forma consistente, conforme se pode ver na Figura 3.

Fonte: Orçamento do Estado 2024 – Nota Explicativa

Figura 3: Evolução do total dos recursos no SNS (2010-2023)

Nesta figura, é evidente, desde 2010, a presença de três períodos. Assim, principalmente de 2011 a 2014, houve uma redução drástica do número de profissionais, resultante da crise financeira e da presença da Troika em Portugal. Este período esteve também associado a reduções de salários, ao aumento do horário semanal de trabalho das 35 para as 40 horas e à diminuição do investimento em equipamentos. Em 2015, dá-se a recuperação pós-crise financeira e o início do crescimento do número de profissionais de saúde, acompanhado de alguma reposição salarial, embora até 2019 estes tenham mantido um aumento de pressão no trabalho, com a manutenção das 40 horas semanais, longe da recuperação do poder de compra, quando comparado com 2010. Depois, a partir de 2020, o SNS passou pela pandemia COVID-19 e verificou-se, de novo, um aumento de contratações de recursos humanos no SNS, em todas as categorias, para dar resposta à pandemia. Este crescimento manteve-se, embora com uma quase estagnação, de 2021 a 2023 (PLANAPP).

O Quadro Global de Referência

A 18 de junho último, o Ministro de Estado e das Finanças e a Ministra da Saúde fizeram publicar o Despacho nº 6770/2024 em que, baseado na Lei do Orçamento do Estado para 2024 (Lei nº 82/2023, de 29 de dezembro), em aditamento ao Estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 52/2022, de 4 de agosto) e ao Decreto-Lei que aprova a orgânica da Direção Executiva do SNS (DE-SNS) (Decreto-Lei nº 61/2022, de 23 de setembro), autorizam as instruções para a elaboração do Quadro Global de Referência (QGR) para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) para 2024.

Este Quadro está dividido em quatro componentes principais: desempenho assistencial, desempenho económico-financeiro, recursos humanos e plano de investimento. Resumimos, de seguida e brevemente, cada uma destas quatro componentes.

Desempenho assistencial - Em relação ao desempenho assistencial este Quadro prevê uma "melhoria gradual" para o triénio 2024-2026, incluindo aspetos tão relevantes para o SNS como sejam "a produção, acesso, qualidade, eficiência e integração de cuidados". Os vários

indicadores destas áreas, listados no Apêndice II deste Despacho, permitem dotar o processo de contratualização de metas de desempenho assistencial.

Desempenho económico-financeiro - Em relação ao desempenho económico-financeiro, este documento começa por garantir que "o montante total de receitas do conjunto das entidades do SNS para 2024 corresponde ao aprovado no Orçamento de Estado" e que a correspondente despesa total é "consistente com uma redução gradual do ritmo de crescimento ao longo do triénio", nomeadamente os fornecimentos e serviços externos. Prevê assim "uma melhoria gradual do desempenho económico-financeiro do conjunto das entidades do SNS".

Recursos humanos - Em relação aos recursos humanos, este documento começa por se comprometer com uma dotação e distribuição necessárias de profissionais para que o SNS garanta "o acesso, a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados prestados". Prevê um reforço de até 5% do número de profissionais, face aos existentes no final de 2023, para contratos sem termo e permite a contratação a termo certo ou incerto, dentro do limite anterior, "de forma a privilegiar a estabilidade no emprego, e a consolidar a constituição de equipas multiprofissionais e a melhorar a produtividade dos serviços". Além disso, prevê a abertura de concursos de promoção e a sua fixação no SNS, para além de promover o desenvolvimento e a satisfação dos profissionais.

Plano de investimentos - Na sequência da Lei do Orçamento de Estado apresentado em 2023 e do anúncio do fim das cativações no orçamento da saúde (embora o Ministério das Finanças tenha sempre defendido que não houve cativações na saúde, apenas suborçamentação), este documento defende "um plano plurianual que contemple novos investimentos de cada ano" e das despesas associadas. É também relevante salientar que o investimento seja assente em estudos de avaliação económica. Por fim, prevê que a DE-SNS até 30 de junho de 2024 identifique os investimentos a integrar no QGR.

Expectativas – o que fazer

Um valioso instrumento

Saudamos o QGR para o SNS, negociado entre os Ministérios das Finanças e da Saúde. Trata-se de um instrumento plurianual de gestão, prospetivo, contendo orientações de estratégia e de natureza operacional com o propósito de enquadrar a evolução e o desenvolvimento do SNS, garantindo a sua sustentabilidade, equidade e qualidade e, de acordo com o imperativo constitucional de responder adequadamente às legítimas necessidades das pessoas. O seu objetivo final é, assim, contribuir para uma gestão eficiente dos recursos (humanos, financeiros e equipamento), disponíveis para um SNS moderno, que sirva quem a ele recorre e quem nele trabalha.

É expectável que apresente uma visão integrada e integradora para o SNS, tendo em conta os desafios atuais e futuros que este enfrenta e a necessidade sentida de uma transformação estratégica. Entre estes desafios podemos, certamente, elencar o crescente envelhecimento da população potencial utilizadora do SNS, o aumento da multimorbilidade, a escassez de profissionais de saúde e as crescentes expectativas da população, num quadro de restrições

orçamentais. Deve também ter em conta as alterações tecnológicas, sociais, económicas e climáticas atualmente existentes.

Em relação aos recursos humanos, um planeamento estratégico do SNS é extremamente importante pois permite a previsão das necessidades, não só em termos de número, mas também em termos de competências, tendo sempre em conta que tal planeamento de equipas deve ser pluridisciplinar e multiprofissional. É também um mecanismo para valorizar os profissionais e uma forma de os reter no SNS.

Expectativas e Realidade

Dando continuidade ao aprovado no orçamento da anterior legislatura, este QGR veio definir metas para vários indicadores, visando comprometer as instituições do SNS a uma prestação de contas de produção e económico-financeira mais apertadas. Além disso, sendo um plano plurianual, prevê, para cada ano, novos investimentos e o montante das despesas associadas, o que é inovador no panorama da saúde em Portugal.

No entanto, a ausência de uma discussão pública, transparente, das metas propostas e o silêncio ensurdecedor existente não nos deixa grande otimismo sobre a sua concretização, apesar de parecer haver neste documento um conjunto de medidas estratégicas enquadradoras que poderiam marcar a diferença.

Concretamente, e em geral, ao analisarmos este QGR sente-se a falta de objetivos claros mensuráveis e de que forma os vários indicadores respondem a esses objetivos. Embora bem-intencionado, teme-se que este Quadro seja ineficaz face aos desafios enfrentados pelo SNS e que, sem o escrutínio público referido, não possa envolver e reter os profissionais. Para além disso, dificilmente a eficiência das ações apresentadas poderá ser medida.

Recursos humanos do SNS

Apesar dos aumentos no número de profissionais nos últimos anos, as dificuldades do SNS não foram ultrapassadas. O que nos permite afirmar que, para além da necessidade de melhores condições para uma boa gestão das entidades do SNS, é urgente criar melhores condições salariais, de trabalho e de carreira para que o SNS seja capaz de atrair e reter profissionais, respeitando uma política pública para as profissões de saúde. É, para isso, necessário um plano estratégico, a sustentar o QGR.

Atendendo à previsão de um reforço máximo de 5% de profissionais, não sendo uma meta, mas um teto, é um valor apresentado sem qualquer fundamentação, o que na atual situação, nos parece não ser manifestamente suficiente para garantir a sustentabilidade do SNS. Além disso, não é muito claro se estes 5% correspondem apenas a novos recrutamentos sem termo ou também a contratos a termo resolutivo certo ou incerto para aumentar a estabilidade no emprego, ou mesmo para a abertura de concursos de promoção. Por outro lado, não se percebe como é possível manter o reforço de 5% referido no QGR, estando prevista pelo atual Governo a implementação da regra de uma entrada por uma saída.

Entretanto, uma vez que este documento surgiu já a meio do ano de 2024, com o ponto de

referência de 5% a dezembro de 2023, teria sido importante detalhar o ponto de situação dos recursos humanos no momento da sua publicação.

Além disto, um não investimento num maior número de profissionais do SNS, terminados os incentivos temporários à produção agora existentes, e decorrente do Plano de Emergência que termina no final de 2024, faz com que o SNS não esteja capacitado para responder corretamente à procura e às necessidades dos cidadãos, provocando um novo aumento das listas de espera e, consequentemente, o recurso a entidades externas ao SNS, como se tem verificado já em outras áreas. Assim, o SNS sairá, ao final, mais empobrecido, com menor capacidade de resposta e naturalmente insustentável.

É necessária uma estratégia nacional de planeamento dos recursos humanos no SNS, prévia a um QGR. Este antecipa, mas não concretiza, algo fundamental – a valorização dos profissionais, pois só dessa forma se mantém e transforma o SNS. Não há também qualquer referência de estratégia para reter profissionais, assim como para lidar, por um lado com o aumento de trabalhadores que apostam na formação e consequente estatuto de trabalhador-estudante, assim como com as situações causadas pela feminização crescente do SNS, onde em 2023, 78,5% dos profissionais eram mulheres. Ora, esta situação da representação feminina nos profissionais do SNS já presente desde, pelo menos, 2010, como o esforço individual de formação é bem- vinda, mas requer o estabelecimento de políticas de conciliação entre a vida profissional e a vida pessoal, garantindo concomitantemente uma maior flexibilização no trabalho, na sua organização e nos recursos que delimitam o desfalque das equipas.

Outros tópicos que consideramos que deveriam ser abordados pelo QGR são a necessidade de rejuvenescimento dos recursos humanos, e a necessidade de se lidar com a equidade, evitando as disparidades regionais e as desigualdades. De facto, o envelhecimento dos profissionais de saúde do SNS é um fator que põe em causa a sua sustentabilidade futura. Principalmente se se acentuar a saída dos mais velhos, muitas vezes também acompanhada pela saída de jovens, perdendo-se a formação em serviço, o acompanhamento da prática e o exemplo para o aprender a fazer pelos mais novos. Não são necessários só mais profissionais; é necessária uma política de recursos humanos que retenha os mais velhos e recrute os mais jovens.

Financiamento e investimentos no SNS

O financiamento, o investimento e o modelo de governação da saúde estão estreitamente interligados e requerem políticas orçamentais transparentes e adequadas, políticas que promovam a confiança entre decisores, gestores, prestadores de cuidados e cidadãos.

O financiamento não é apenas a cobertura dos custos; é, sobretudo, um indicador das prioridades nas políticas de saúde e um incentivo para que os objetivos sejam atingidos. Estas prioridades e os objetivos não serão credíveis se não forem acompanhados de financiamento. E um financiamento sem objetivos e prioridades associados mina a confiança dos cidadãos/contribuintes, além de sinalizar potencialmente uma ausência de estratégia.

Ora, os orçamentos do SNS têm sido desenhados habitualmente sem clarificação dos seus objetivos e prioridades, nem clarificação da relação entre dinheiro e atividades orientadas para objetivos. Pelo contrário, o orçamento tem sido alocado a instituições em função de metas de produção de cuidados ou, desde este ano, do tamanho das populações a tratar ou, de forma

menos explícita, em função dos custos a suportar. Nenhum destes critérios, como é patente, inclui o que realmente interessa: o bem-estar da população.

Assim, o financiamento e o investimento na saúde devem ser vistos como instrumentos para o desenvolvimento económico-social e bem-estar das comunidades e, portanto, estar claramente relacionados com objetivos aquando da sua apresentação. Noutros termos, é necessária uma nova lógica orçamental direcionada para o bem-estar, no seguimento de experiências recentes ao nível internacional (e.g., Nova Zelândia, Canadá, Austrália e Escócia). Os orçamentos poderão ser desenhados em função de objetivos específicos de bem-estar, estando o financiamento alocado a ações orientadas para estes objetivos, de forma transversal a vários ministérios. Um exemplo de objetivo seria o bem-estar dos recém-nascidos e das crianças, devendo o orçamento estar alocado a ações que permitam atingir este objetivo, tal como o programa de vacinação, o apoio à parentalidade, as estruturas de acolhimento (creches e pré-escolar), o seguimento médico e psicológico, o apoio social para famílias vulneráveis, e psicológico, assim como o bem- estar dos mais velhos e das pessoas portadoras de multimorbilidade e dependência, entre outros.

Desconhece-se, também, a lista de investimentos previstos neste documento para 2024, assim como a sua calendarização, apesar de se tratar de um compromisso da DE-SNS até 30 de junho. De facto, surpreende que no Anexo II a este documento publicado no DR, as células referentes aos investimentos aprovados de 2019 a 2023 e aos objetivos para o triénio 2024-2026 estejam completamente em branco. Também não nos é fornecida, de novo, qualquer justificação para os objetivos definidos para o triénio.

Neste eixo teriam sido importantes referências à incorporação tecnológica, incluindo a necessária transformação digital no SNS, o reforço da implementação de sistemas de informação centrados nas pessoas e um incentivo à telemedicina.

A acrescentar ao já referido, dificilmente se entende o alcance da interrupção do Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) 2024/2026 e a passagem para o novo triénio 2025/2027, nos termos do Despacho n.º 11241-C/2024 de 2024-09-24. No outro despacho que enquadra o PDO 2025 são exigidos às ULS planos locais para várias áreas incluindo a criação de Sistemas Locais de Saúde (Despacho n.º 11241-D/2024, de 24 de setembro), algumas sem qualquer enquadramento estratégico conhecido.

Mas, a principal questão para 2025 respeita ao modelo de governação do SNS, com impacto importante na definição do QGR, e ao papel a desempenhar pelas 2 entidades – DE-SNS e Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS):

- Em 2023, a DE-SNS liderou o processo de contratualização, desde logo, na elaboração dos termos de referência, no processo negocial com as EPE e no desenvolvimento de propostas de inovação organizacional, sendo que em 2024 perde claramente a liderança destes processos (ver alíneas e), i) e j) do n.º 6 do despacho n.º 11241)

- A ACSS volta a surgir como a principal entidade na gestão e acompanhamento operacional das EPE, em conjunto com a Secretaria de Estado da Gestão da Saúde (SEGS).

Por fim, uma mais recente legislação (Despacho n.º 11241-C/2024, de 24 de setembro) mantém as regras para 2025 e para os anos seguintes. Ou seja, assume este QGR para o triénio como está, não antevendo qualquer possibilidade de revisão das suas instruções. Esta decisão não deixa de ser estranha, tendo em conta o contexto de incerteza em que vivemos e a falta de instituições fortes na saúde.

A ser cumprido, independentemente dos valores apresentados, este documento é valiosíssimo enquanto contributo sério para uma melhor prestação de cuidados das entidades do SNS. Requer, no entanto, uma contratualização interna e uma monitorização exigentes, uma vez que são vários os indicadores e metas a alcançar no triénio 2024-2026.

Importa, portanto, realçar que este QGR apresenta uma racionalidade e atualidade de especial valor, caso efetivamente corresponda a uma aposta efetiva no SNS, pelo que se aguarda a sua concretização. Ora, como bem sabemos, nem sempre uma boa regulamentação nos tem trazido as realizações esperadas. E este documento não apresenta a adequada fundamentação para as metas, pelo que se teme que possa ser mais um documento bem-intencionado, que fique esquecido.

Ainda vamos a tempo?

Reiterando um pouco o que atrás foi referido, um QGR para o SNS deve ser claro em relação aos objetivos concretos que pretende atingir, deve ter uma visão a longo prazo e contribuir para a operacionalização dos princípios fundamentais do SNS, como consequência de um planeamento estratégico. Deve ainda responder aos principais desafios estruturais como o envelhecimento, a distribuição das doenças, a escassez de profissionais de saúde e as restrições orçamentais e, equacionar soluções que permitam transformar o SNS num serviço de qualidade e sustentável.

Neste documento sente-se, contudo, uma falta de estratégia e planeamento. Não apresenta uma visão prospetiva e orientadora para o SNS. Faltam abordar, pelo menos, os seguintes sete aspetos:

- Potenciar os cuidados de proximidade, realçando o papel dos cuidados de saúde primários.
- Dar enfoque na saúde pública, nomeadamente na prevenção e promoção da saúde, como fontes de melhoria da qualidade de vida e de redução da necessidade de cuidados.
- Orientar as contratações, tendo em conta o trabalho em equipa e a necessária flexibilização pretendida pelos profissionais.
- Incrementar a gestão participativa com maior envolvimento de utentes e profissionais.
- Investir na literacia em saúde, como forma de empoderamento dos cidadãos e melhor navegabilidade no SNS.
- Clarificar os mecanismos de contratualização, nomeadamente os indicadores nos

contratos com as entidades e os profissionais, os processos de medição e monitorização dos indicadores, e os modelos de responsabilização dos atores em função do cumprimento das metas.

- Realçar o papel da DE-SNS e maior enquadramento do QGR no âmbito das políticas de saúde, nomeadamente no Plano Nacional de Saúde (PNS).

PARTE IV

Das Expectativas à Realidade - Em Conclusão

Cinco temáticas distintas são abordadas nesta **Síntese Conclusiva**:

I. Impulsos transformadores insustentáveis relativos ao SNS

Os exemplos dessa insustentabilidade são muito ilustrativos. Sugerem a necessidade de novos instrumentos para a governação e governança na saúde.

II. A importância de um debate político de qualidade

Este depende principalmente de dois aspetos muito relevantes: **a)** da explicitação das construções ideológicas subjacentes ao posicionamento dos diferentes atores políticos e **b)** do controlo efetivo da representação de interesses particulares, nas decisões sobre as políticas públicas da saúde.

III. Desafios atuais

Chamam a atenção para três aspetos particularmente significativos: **a)** a importância do foco no acesso efetivo ao SNS, que supere a "crise no acesso" atualmente evidente; **b)** a necessidade de superar o estado ainda incipiente do plano plurianual de desenvolvimento do SNS (Quadro Global de Referência), fundamental para estabelecer, urgentemente, uma política para as profissões de saúde - principal responsável da atual crise no acesso ao SNS – entre outros aspetos; **c)** esclarecer se o "Plano de Emergência e Transformação na Saúde" se destina, de facto, a promover a necessária transformação do SNS ou se, pelo contrário, está desenhado para transformar a natureza do sistema de saúde português.

IV. Perspetivas futuras

É possível projetar dois cenários para a evolução, a prazo, do sistema de saúde português: **a)** um cenário soberano, centrado no desenvolvimento do SNS, em cooperação com os setores social e privado e **b)** em alternativa, um cenário de industrialização progressiva, através de redes transnacionais de prestação de cuidados de saúde, com centros de decisão algures.

V. Promover a democratização da saúde

Qualquer transformação do sistema de saúde português em benefício das pessoas não se fará sem promover a sua literacia e participação no aperfeiçoamento de um sistema de saúde de importância tão relevante para o seu bem-estar. E isso faz parte da missão da Fundação para a Saúde e do seu Observatório "SNS em Foco".

I. Impulsos transformadores insustentáveis relativos ao SNS

Da necessidade de novos princípios, instrumentos e processos de governação e governança na saúde.

Observa-se um contraste evidente entre a complexidade crescente dos sistemas de saúde e a capacidade de o sistema político gerir as mudanças necessárias. Especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento do SNS.

É importante analisá-lo em detalhe.

1. A génese de um SNS pensado à volta da ideia dos "centros de saúde"

Há cerca de 50 anos começou a desenvolver-se a ideia de um SNS centrado nas pessoas, no seu centro de saúde e nos apoios hospitalares de que precisam. A ideia de "centro de saúde" antecedeu a constituição do SNS e marcou a sua originalidade.

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro

Publicação: Diário do Governo n.º 228/1971, Série I de 1971-09-27, páginas 1406 - 1434
Emissor: Ministério da Saúde e Assistência
Data de Publicação: 1971-09-27

SUMÁRIO

Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas

Diploma que revoluciona a organização da saúde em Portugal. *"Os centros de saúde são serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, responsáveis pela integração e coordenação das atividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda".* O Ministro da Saúde e Assistência, é Baltazar Rebelo de Sousa.

A criação do SNS, há 45 anos, consolidou essa ideia, no contexto mais amplo de uma sociedade democrática e da democratização da saúde.

O centro de saúde, ponto de encontro da gestão do percurso das pessoas através dos cuidados de saúde de que necessitam e da proteção e promoção da sua saúde ao longo do seu percurso de vida, foi-se, progressivamente, esvaindo: **(a)** pelas dimensões dos agrupamento de centros de saúde (ACES) estabelecidas – confundindo o que é local e proximidade; **(b)** pela inevitável degradação da função de direção clínica e de saúde, que deve assegurar a articulação e coordenação das suas unidades funcionais e a avaliação dos resultados da sua ação; **(c)** pela persistente desigualdade no desenvolvimento dessas unidades funcionais.

A ideia de "centro de saúde" desapareceu do discurso político e da gestão do SNS. Pior, começou-se a designar "centros de saúde" ao que são simples "postos de consulta".

Será de esperar que as unidades locais de saúde (ULS) contribuam para melhorar substancialmente esta situação e não para a agravar.

2. “Contratualizar” em vez de “comandar” – remunerar pelo desempenho – uma rutura significativa

Há mais de um quarto de século introduziu-se o conceito de “autonomia com responsabilidade” no SNS, estabelecendo dispositivos e processos de contratualização para o efeito – um conceito fundamental para o desenvolvimento do SNS – acompanhados pela aprovação, pela primeira vez, de um regime remuneratório associado ao desempenho no SNS (para as Unidades de Saúde Familiar).

O “Regime Remuneratório Experimental” e as “Agências Regionais para a Contratualização” então criadas, faziam parte de um conjunto mais amplo de transformações significativas – desde a proteção e promoção da saúde até às reformas nos cuidados de saúde primários, hospitais e cuidados continuados, passando pela formação dos dirigentes do SNS.

“Saúde um Compromisso” – A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)”, abandonada a partir de 2000 pelo governo do mesmo primeiro-ministro que a tinha subscrito.

Tantos anos passados, observou-se que: **(a)** a contratualização anual é disfuncional (um horizonte de 2/3 anos com ajustamentos anuais seria indicado); **(b)** haveria de superar um processo puramente à distância sem atender às especificidades locais, **(c)** seria importante selecionar criteriosamente um número adequado de metas, sem excessos, suscetíveis de avaliação continuada e, também, valorizar devidamente a resposta à doença aguda**.**

2019. A importância da transição de uma contratualização à distância para um relacionamento colaborativo.

Nada disso aconteceu até ao presente.

3. Bem-estar e planos de saúde

Desde o ano 2000, a ONU propôs uma metalinguagem internacional, conhecida como “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, cuja principal mensagem reside na necessidade de definir objetivos de bem-estar, de uma forma clara, quantificada e calendarizada, mobilizadora para a sua real efetivação, a nível nacional e local.

A saúde é naturalmente um dos 17 domínios identificados, neste contexto.

Portugal ainda não adotou objetivos de desenvolvimento sustentável.

O Banco de Portugal divulgou, recentemente, um "índice de bem-estar" que não tem merecido relevância no espaço público. E, no entanto, o país necessita de objetivos explícitos de bem-estar, que dialoguem com aqueles que o OGE adota como metas económico-financeiras.

Objetivos explícitos e quantificados para o bem-estar são, naturalmente, o enquadramento desejável para os planos de saúde para o país. Pelo que se espera que estes planos estabeleçam também metas para a saúde, explícitas, quantificadas e calendarizadas, a nível nacional e local (para além das que constam dos diversos programas que o integram).

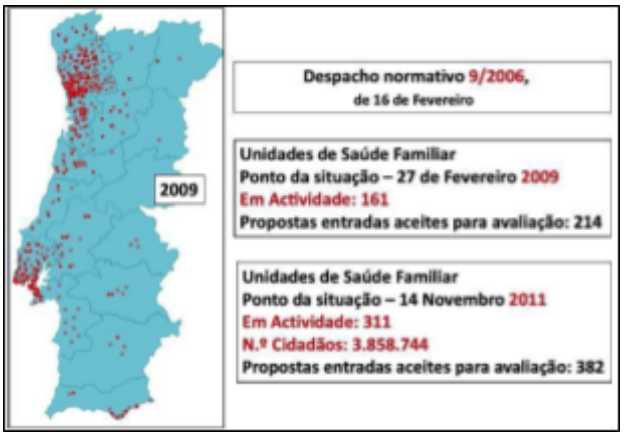
Ainda não aconteceu.

Sem compromissos concretos, a que possam aderir todos os atores sociais relevantes, é mais difícil mobilizá-los.

Sem uma avaliação rigorosa e participada de resultados não se aprende.

4. Reforma dos cuidados de saúde primários

Há 18 anos, teve início, à escala nacional, a reforma dos cuidados de saúde primários, que progrediu rapidamente nos anos que imediatamente se seguiram.



A disponibilidade dos profissionais de saúde de aderirem voluntariamente à criação de novas unidades funcionais, nomeadamente às Unidades de Saúde Familiar (USF), foi muito considerável. Esperava-se que, subsequentemente, a reforma chegaria, nos mesmos moldes, às restantes unidades funcionais dos centros de saúde.

O que ainda não aconteceu.

Ao longo dos anos seguintes, sucessivos governos foram restringindo o desenvolvimento das "USF modelo B" – aquelas que assumem a plenitude de todos os atributos esperados de uma unidade de saúde familiar.

Há 5 anos, a "Comissão Nacional para Reforma do SNS – Área dos Cuidados de Saúde Primários", do Ministérios da Saúde, propôs, no seu Relatório Final (novembro de 2019), "a criação de uma **"direção estratégica e executiva"**, uma equipa de missão, com um mandato "explicito e temporalmente finito", para assegurar o necessário aperfeiçoamento da reforma dos cuidados de saúde primários.

Nada disso aconteceu.

Fonte: BI dos CSP, 2022

A referida Comissão deixou, também, em pleno funcionamento, um sistema de informação que permite facilmente localizar as situações mais problemáticas e atuar em conformidade.

Não serviu para antecipar e gerir as necessidades em recursos humanos nos cuidados de saúde primários.

5. Acesso aos cuidados de saúde no SNS

Há 17 anos, o Parlamento português aprovou uma importante legislação sobre o acesso ao SNS – uma "lei de garantias": todos os anos, o governo publicaria "tempos máximos de espera garantidos" para consultas, meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas, intensamente publicitados para ajudar ao seu cumprimento. Esperavam-se, assim, melhorias de um ano para o seguinte. E pensava-se, também, que este procedimento resultasse numa espécie de "sistema de alerta" sobre as disfunções que dificultassem o cumprimento das garantias dadas – como o déficit crescente de profissionais de saúde. Nada disso aconteceu – as "garantias" têm sido grosseiramente incumpridas desde então. Perante a passividade do Parlamento que aprovou a Lei.

Lei n.º 41/2007

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde

.....

2 — A Carta dos Direitos de Acesso define:

a) **Os tempos máximos de resposta garantidos;**

b) **O direito dos utentes à informação sobre esses tempos.**

3 — A Carta dos Direitos de Acesso é **publicada anualmente** em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos.

4 — A Carta dos Direitos de Acesso **é divulgada** no portal da saúde e obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde ...

A crise do acesso ao SNS mereceu especial atenção no Programa do Governo atualmente em funções.

6. Integração de cuidados – sistema de informação de saúde centrado nas pessoas

Há 15 anos, foi criado o primeiro grupo de trabalho para a criação de um Registo de Saúde Eletrónico (RSE) para os dados de saúde de cada pessoa, facilmente partilháveis com os seus cuidadores. Previa-se que estaria em completo funcionamento em 2015. Ainda está por acontecer. Mais tarde, já na segunda metade da última década, voltou-se à ideia, agora atualizada pela adoção de um "Plano Individual de Cuidados", de importância crítica principalmente para as pessoas com multimorbilidade. O projeto foi descontinuado, já na parte final do período experimental.

Sistemas de Informação centrados nas pessoas

2009 – Grupo de Trabalho para o Registo de Saúde Eletrónico (RSE)

Meta 1: 2012 – RSE resumido

Meta 2: 2015 – RSE completo e integrado no contexto da união europeia

2011 – Comissão Nacional do RSE

Projeto Interrompido antes de atingir qualquer das metas

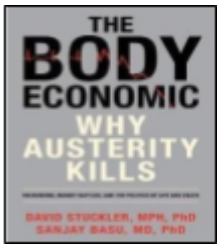
2016-18 – Plano Individual de Cuidados (PIC) num registo de saúde eletrónico

Projeto interrompido numa fase avançada do período experimental

O atual governo deu indicações concretas de que em meados de 2025, o sistema de saúde português contará com Registo de Saúde Eletrónico.

É, no entanto, importante acrescentar que a portabilidade da informação de saúde não cumpre por si só o objetivo da integração de cuidados.

7. Crise financeira – agravamento do déficit de profissionais de saúde no SNS e das suas condições de trabalho por falta de investimento no SNS



Há 13 anos, o "Programa de Ajustamento Económico e Financeiro 2011-2014" resultou em empobrecimento, desemprego e grandes constrangimentos para o SNS e seus profissionais. Seria obrigatório fazer uma avaliação do seu impacto *(health impact assessment)* sobre o sistema de saúde, de forma a assumir, atempadamente, as medidas corretivas e preventivas necessárias. E aprender com isso.

Nada disso aconteceu.

Antes dessa crise financeira (e mais ainda durante e depois dela) já era visível o abandono crescente do SNS por parte dos profissionais de saúde – as causas eram evidentes. E, no entanto, em parte alguma parece ter soado o alarme: não se acenderam luzes vermelhas ou tocaram os sinos a rebate para atalhar de imediato uma ameaça vital óbvia. Porquê?

8. Ensinamentos sobre a gestão da mudança na saúde – a inscrição do conhecimento

Há 10 anos, a Fundação Calouste Gulbenkian publicou um estudo, detalhado e amplamente participado, sobre **"Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar".**

Entre muitos outros aspetos, chama a atenção para a imperiosa necessidade de uma gestão da mudança para o sistema de saúde português e para a necessidade de se financiar a transição necessária. Este estudo foi apresentado a todos os partidos políticos na Assembleia da República. Ficou esquecido. Não existe um mecanismo que faça a "inscrição do conhecimento" na governação da saúde.

9. Participação pública em saúde

Há 5 anos foi aprovada pela Assembleia da República, com o alto patrocínio da Presidência da República, a **"Carta para a Participação Pública em Saúde".**

Não se falou mais nisso. E a República nunca mais perguntou porquê.

10. Prospetiva, planeamento e políticas públicas – competências na Administração Pública

Só há cerca de 3 anos o governo da República decidiu criar um "Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva" (PLANAPP).

Durante o corrente ano, o PLANAPP publicou um importante conjunto de trabalhos nos domínios das suas competências.

O PLANAPP, agora denominado "Centro de Planeamento e Avaliação de Políticas Públicas".

O PLANAPP valoriza, e bem, o facto de ter tido "um papel ativo na identificação das intervenções específicas e financeiramente mensuráveis que contribuem para a implementação de determinado(s) Objetivos de Desenvolvimento Sustentável", no âmbito do OGE.

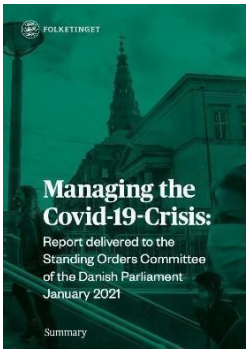
Este é seguramente um passo positivo.

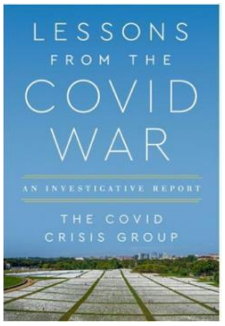
Seria, também, desejável que o PLANAPP incluísse nas suas prioridades a importante questão das "Políticas de Bem-Estar".

11. Saúde Pública: Crise pandémica – que aprendizagem?

Entre 2020 e 2022, o país e o mundo foram atingidos por uma pandemia com efeitos dramáticos. A condução política, incluindo o consenso político conseguido no país, e também a atuação da Saúde Pública em cooperação com as autarquias e com o SNS asseguraram o controlo possível da situação em Portugal. No entanto, ao contrário de outros países, não fizemos ainda uma avaliação independente da gestão da COVID-19, tirando os ensinamentos necessários dessa experiência marcante para o futuro.

Vale a pena apontar alguns exemplos relevantes.





(1) 2021 **(2) 2022** **(3) 2023**

(1) Uma das primeiras avaliações independentes da gestão da pandemia, por iniciativa do Parlamento dinamarquês, publicada em janeiro de 2022.

(2) Uma das avaliações mais exaustivas, iniciadas em 2022.

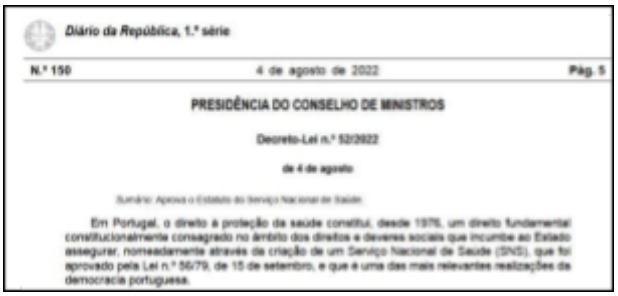
(3) Uma das avaliações mais recentes. Este relatório independente (2023), sobre a gestão da pandemia nos Estados Unidos, foi financiado por um conjunto de fundações norte-americanas, por omissão de qualquer iniciativa oficial nesse sentido. Segundo os seus autores, a gestão em apreço poderia caracterizar-se como uma "Reflection Deficit Disorder".

Não foi possível aproveitar as lições da pandemia para se dar um novo impulso ao desenvolvimento da Saúde Pública portuguesa.

12. Novo Estatuto do SNS – O SNS como Instituto Público Especial

Só há dois anos o governo aprova um novo Estatuto para o SNS, que consagra a autonomia de gestão do SNS, agora como Instituto Público Especial.

O governo aprovou, em agosto de 2022, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Três anos após a aprovação da Lei da Bases da Saúde, em 2019.


Diário da República, 1.ª série

N.º 150 4 de agosto de 2022 Pág. 5

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Decreto-Lei n.º 52/2022

de 4 de agosto

Sumário: Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental constitucionalmente consagrado no âmbito dos direitos e deveres sociais que incumbe ao Estado assegurar, nomeadamente através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), que foi aprovado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e que é uma das mais relevantes realizações da democracia portuguesa.

E, contudo, o princípio da autonomia de gestão já constava na Lei do SNS de 1979, aprovada há 45 anos, naturalmente num contexto diferente do atual:

Artigo 18.º:

"O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados".

Esta disposição, fundamental para o desenvolvimento do SNS, suscita, no entanto, na cultura política portuguesa, muitas incomodidades. Os responsáveis políticos da saúde sentem, frequentemente, que o seu poder no exercício do cargo está diretamente dependente da sua intervenção direta na gestão do SNS, quando lhes parece conveniente.

Nomeações de alta responsabilidade no SNS de candidatos sem as condições curriculares mínimas para o desempenho dos respetivos cargos têm resultado em múltiplos embaraços. E constituem uma séria desconsideração para quem trabalha no SNS e para quem recorre aos seus cuidados.

13. Plano Plurianual Desenvolvimento do SNS, denominado "Quadro Global de Referência do SNS" (QGR)

Quadro Global de Referência do SNS para 2024

Posted on 18/06/2024 by A Enfermagem e as Leis

DIÁRIO DA REPÚBLICA

Despacho n.º 6770/2024 – Diário da República n.º 116/2024, Série II de 2024-06-18

Finanças e Saúde – Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças e Gabinete da Ministra da Saúde

Aprova o quadro global de referência do Serviço Nacional de Saúde para 2024, elaborado em conformidade com as instruções definidas, mantendo-as válidas para os exercícios de 2025 e 2026.

Só há um ano, uma primeira versão, ainda incipiente desse plano, aparece, pela primeira vez, como parte integrante do OGE de 2024. Esta é uma iniciativa muito importante para o futuro do SNS. No entanto, não é possível localizar qualquer documento que fundamente minimamente as metas adotadas neste "plano".

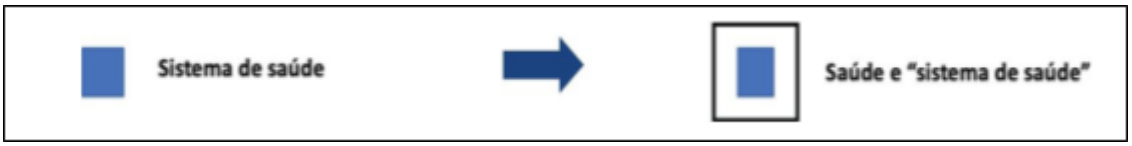
É de esperar que o QGR do SNS passe rapidamente de um estado incipiente e formal, e assuma o seu papel como plano enquadrador de um efetivo desenvolvimento do SNS.

Duas observações decorrem destes exemplos.

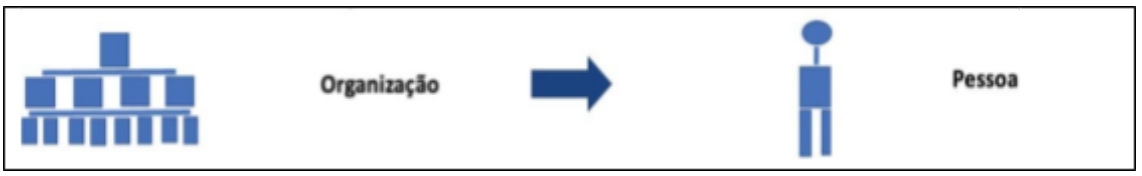
Primeira: Os múltiplos impulsos transformadores observados no decurso das últimas décadas tendem a não ser sustentáveis. Perdem força com o decorrer do tempo.

Segunda: A possibilidade de o sistema político superar esta incapacidade de sustentação dos impulsos transformadores, depende da adoção de novos princípios, processos e instrumentos de governação e governança na saúde.

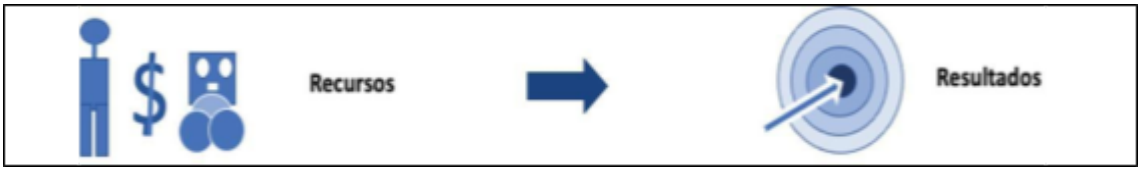
Estes podem resumir-se da seguinte forma:



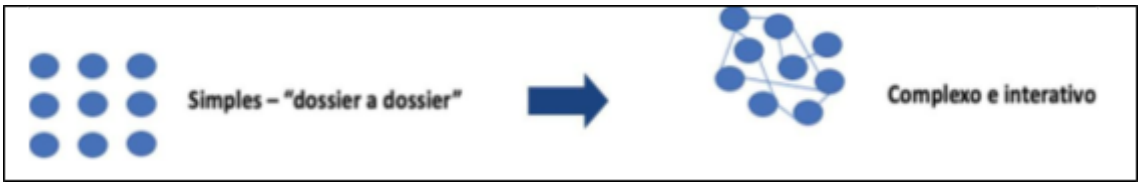
O primeiro destes princípios afirma que há necessidade de distinguir a promoção do bem-estar e da saúde, do sistema prestador de cuidados de saúde. A primeira depende do conjunto do governo. O segundo, do Ministério da Saúde.



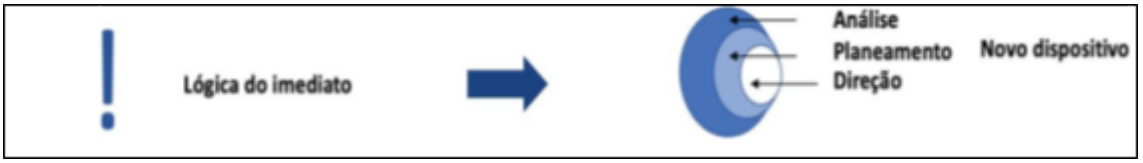
A noção centralidade das pessoas, inclui os profissionais de saúde, e tem a ver com o seu protagonismo na proteção e promoção da sua saúde, ao longo do seu percurso de vida e na gestão do seu percurso através dos cuidados de que necessitam.



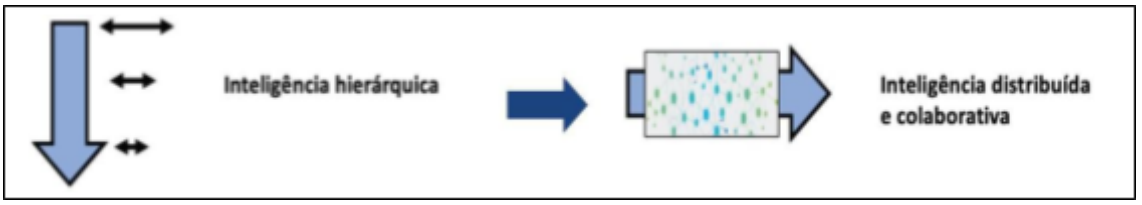
É necessário encetar a transição nas análises e debates sobre a saúde, da distribuição dos recursos para os resultados associados ao bom desempenho do SNS e do conjunto do sistema de saúde.



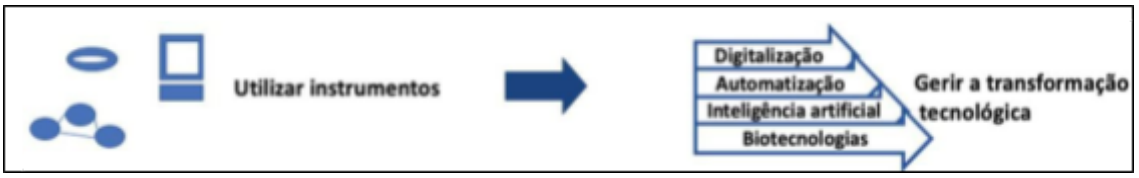
O sistema de saúde é o sistema social mais complexo que existe num país. Não pode ser governado "dossier a dossier". Requer uma abordagem sistémica.



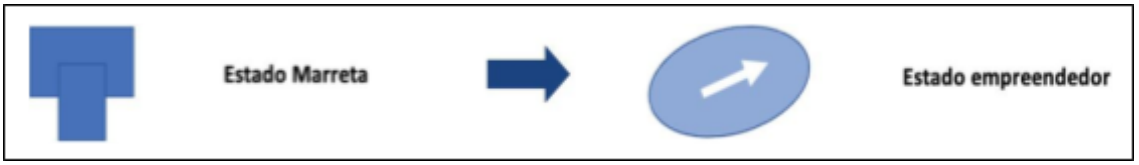
Para "chegar a tempo ao futuro" é indispensável desenvolver no sistema de saúde e no SNS um dispositivo de análise, planeamento e direção estratégicos (ver Anexo II para aprofundamento desta temática).



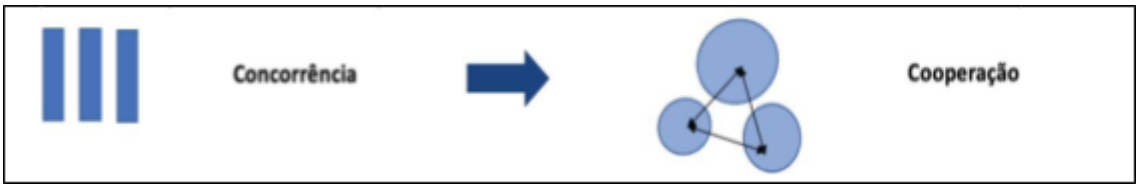
O reconhecimento de uma inteligência distributiva na sociedade e no sistema de saúde, transformada em inteligência coletiva e colaborativa, é absolutamente necessária para uma gestão produtiva do conhecimento e da mudança.



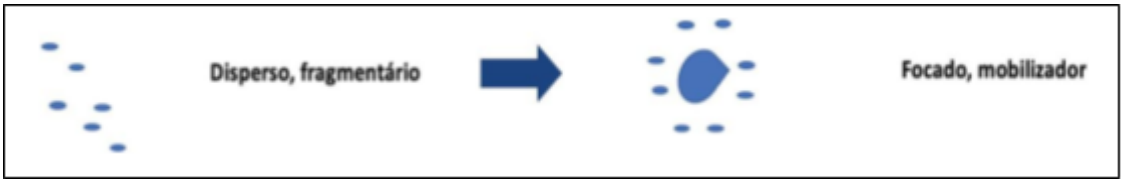
Face à revolução tecnológica em curso, há que assumir uma postura prospetiva, identificando necessidades de inovação tecnológica e adotando-as expeditamente.



As transformações necessárias no SNS não são possíveis sem um Estado empreendedor, criativo e inteligente, com uma "abordagem de missão", transversal aos diferentes setores do Estado.



Necessita-se de uma estratégia plurianual, explicita e transparente, de cooperação entre os setores público, social e privado, perfeitamente enquadrada num plano, também plurianual, de investimento e desenvolvimento do SNS.



É importante que as diferentes medidas que vão sendo anunciadas relativas ao desenvolvimento do sistema de saúde, façam parte, de forma percetível, de uma narrativa coerente sobre o seu lugar no processo de mudança em curso.

II. A IMPORTÂNCIA DE UM DEBATE POLÍTICO DE QUALIDADE – AGENDAS POLÍTICAS E REPRESENTAÇÃO DE INTERESSES PARTICULARES

As dificuldades de gerir a mudança necessária no sistema de saúde português não se poderão imputar, exclusivamente, a um déficit de boa governação e governança.

Haverá uma análise e um debate político a fazer, nas instâncias apropriadas, sobre **(a)** a necessidade de explicitar as agendas político-ideológicas, e sobre **(b)** a importância de estabelecer um controlo rigoroso, relativamente à representação de interesses particulares na governação da saúde.

É importante reconhecer que as democracias liberais operam através de formações **políticas (partidos) que se distinguem por aderirem a distintas construções ideológicas**, que informam o seu posicionamento na sociedade. Não explicitar referências ideológicas, substituindo-as por expressões vazias de significado como "o bem do país", torna o debate político sobre a saúde opaco e incompreensível, e desanima a participação das pessoas neste debate.

E isso é atualmente notório.

É indispensável promover um controlo efetivo, atualmente inexistente, da representação de interesses particulares – e de conflitos de interesses óbvios – nas políticas de saúde. A situação atual tem consequências sérias, claramente patentes.

Nesse contexto, o debate sobre a Lei de Bases da Saúde oferece significativos elementos de análise.

O principal objetivo de uma Lei de Bases é de estabelecer os princípios fundamentais que regem o desenvolvimento do sistema de saúde, com particular relevância para as relações entre os setores público, social e privado com fins lucrativos, dentro do quadro constitucional vigente. Não deve conter prescrições concretas sobre como realizar esses princípios.

Lei de Bases da Saúde I – 1990

Distingue-se essencialmente por duas características relevantes:

- **Substitui a complementaridade pela coocorrência entre os diversos setores;**
- **Prescreve a adoção de Parcerias Público-Privadas (PPPs) no sistema de saúde português e normas de apoio ao setor privado com fins lucrativos, em prejuízo do SNS.**

A Base XXXVII da referida Lei é particularmente ilustrativa.

Base XXXVII

Apoio ao sector privado

1 — O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em função das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.

2 — O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.

Lei de Bases da Saúde de 1990 – Base XXXVII. O Estado apoia, não a complementaridade, mas a concorrência ao SNS.

Lei de Bases da Saúde II – 2019

Regressa ao princípio da complementaridade e elimina prescrições no seu articulado. Não oferece fórmulas particulares para efetivar aqueles princípios.

Apesar disso, o debate à volta das propostas para uma nova Lei de Bases (2019) acabou por se

centrar, sem necessidade, na questão das PPPs. E na fase final deste debate, figuras eminentes da política portuguesa correlacionam, erradamente, o desacordo da "solução PPP" com a negação do papel do setor privado com fins lucrativos no sistema de saúde português.

O debate não contribuiu, em nada, para um melhor entendimento, por parte das pessoas, dos desafios que o sistema de saúde português precisa de superar.

III. Desafios atuais

Governar a saúde é cada vez mais difícil

Os portugueses têm razões suficientes para estarem preocupados com a evolução do seu sistema de saúde.

Os fatores que determinam as dificuldades percebidas na saúde não são imediatamente evidentes. Consequentemente, a "personalização das culpas" substitui a indispensável análise sistémica das causas. Continua a haver, manifestamente, pouco investimento na literacia da população portuguesa – e na sua efetiva participação – no que diz respeito ao sistema de saúde e ao seu SNS. Isso é evidente nos debates sobre a saúde.

A análise dos resultados da atual política de saúde é fortemente limitada pelo facto do Governo estar em funções há muito pouco tempo. O tempo de observação limita-se a 7 meses. Esta circunstância não permite uma análise suficientemente aprofundada das implicações dos dados observados. O que prejudica uma interpretação suficientemente precisa.

1. A questão crítica do acesso aos cuidados de saúde

(a) O que as pessoas mais valorizam num sistema de saúde é o **acesso oportuno aos cuidados de que precisam. Um sistema de saúde que não deixe ninguém de fora.**

É evidente que há uma crise de acesso ao SNS.

É igualmente evidente que esta crise de acesso tem como causa principal a incapacidade crescente de atrair e reter profissionais de saúde.

O Governo incluiu, justamente, no seu programa o desenho e implementação de um "Plano de Emergência do SNS". E deu, também, justo relevo público a esta iniciativa.

Dada a referida insuficiência de profissionais de saúde no SNS, seria razoável esperar que uma política para as profissões de saúde no SNS teria especial proeminência nesse Plano de Emergência.

Sabendo que essa política para as profissões depende, fortemente, de um plano plurianual de desenvolvimento do SNS ("Quadro Global de Referência do SNS, 2024-26" (QGR), seria, igualmente, de esperar que este teria uma forte referência no desenho e implementação do referido Plano de Emergência.

(b) De facto, o Plano que acabou por ser apresentado, na data prevista, incluía um importante

componente de **combate das listas de espera cirúrgicas**, começando pelas oncológicas, acompanhado de incentivos para o aumento da produção nos hospitais do SNS.

A informação disponível parece indicar que este aumento de produção já teve lugar, apesar de não ter sido possível evitar o aumento das esperas.

Também há que referir, como medida positiva, a nova componente obstétrica da linha de atendimento "SNS24".

2. Do Plano de Emergência do SNS para o "Plano de Emergência e Transformação da Saúde" (PETS)

Esta súbita mudança de designação no ato da apresentação do plano poderia significar, simplesmente, um salutar aumento de ambição na rápida recuperação das condições de trabalho no SNS para superar a crise do acesso.

Mas uma análise, mesmo que ainda superficial do referido plano, mostra que não é, de todo, aquilo que ocorreu. O que se observou foi uma substancial reorientação na lógica do plano – já não se trata de dar os primeiros passos, passos decisivos, para melhorar, transformando o SNS, mas antes transformar a natureza do sistema de saúde.

(a) O PETS foi preparado no curto período de algumas semanas. Isso aconselharia alguma prudência na expectativa de delinear uma estratégia transformadora para o sistema de saúde e para o SNS. E aconselharia, também, uma inteligente utilização dos recursos técnicos de análise e planeamento da DGS, ACSS, INSA e PLANAPP.

A ausência de qualquer desenho estratégico nas categorias que estruturam o PETS e as insuficiências técnicas dos seus conteúdos – nada é minimamente fundamentado e não há qualquer indicação da magnitude e origem dos recursos associados ao "plano" (aspetos essenciais para um plano ser um plano) – indicam que os recursos de planeamento do Ministério da Saúde e da Administração Pública ou não foram utilizados, ou o foram muito insuficientemente.

(b) O PETS não dá qualquer relevo à prioridade evidente de tomar medidas urgentes para atrair e reter profissionais de saúde no SNS. Nem estabelece nenhuma conexão com QGR do SNS, naturalmente indispensável.

(c) Quais são de facto as transformações que o PETS prescreve para o sistema de saúde português?

A resposta é simples e fácil de constatar:

- A criação 20 USF Modelo C no setor social e privado;
- O estabelecimento de Centros de Atendimento Clínico (CAC) – públicos ou privados, começando por Lisboa e Porto;
- A implementação de consultas de cuidados de saúde primários no Hospital de Cascais (único hospital português em Parceria Público-Privado).

Estas três iniciativas têm em comum alguns aspetos que importa salientar:

- Procuram melhorar o acesso aos cuidados de saúde, com particular incidência na resposta à doença aguda. O que beneficia, no imediato, as populações que delas irão beneficiar;
- Constituem, na sua grande maioria, uma "oferta" ao setor social e privado de competências que não dispunham, criadas e financiadas pelo próprio Estado, concorrendo com as unidades existentes no SNS no recrutamento de recursos humanos muito escassos;
- Considerando que a organização dos cuidados de saúde primários no SNS é vista como uma das mais avançadas da Europa, não se regista nenhuma iniciativa visível de recuperar o impulso transformador que lhe deu origem, investindo fortemente na captação dos recursos humanos de que o SNS carece, em simultâneo com as iniciativas acima referidas.

Não parece aceitável o argumento de que "como as unidades do SNS deixaram de ser atrativas para os profissionais" então há que promover a soluções privadas, sem recorrer aos instrumentos disponíveis para corrigir rapidamente problemas há muito identificados.

(d) Adotou-se o princípio de transferir para o setor privado situações de espera excessiva, uma vez esgotada a capacidade de resposta dos hospitais do SNS. Isso é esperado que aconteça em benefício dos doentes, e está de acordo com o disposto na Lei do Acesso aos Cuidados de Saúde no SNS (2007).

No entanto, não se pode deixar de observar que, na situação atual, é absolutamente necessário dar um passo para além "da capacidade existente", para se falar de um investimento indispensável no SNS de forma a poder evoluir rapidamente para a "capacidade necessária".

Caso contrário, atrás dos doentes transferidos para o setor privado irão os recursos financeiros necessários, e atrás de ambos irão os profissionais de saúde do SNS**.**

3. A urgência de um plano de desenvolvimento do SNS – o "Quadro Global de Referência do SNS" (QGR)

O governo tomou a decisão acertada de adotar o QGR do SNS veiculado pelo OGE 2024, através de uma decisão conjunta do Ministério da Saúde e das Finanças.

No entanto, esta decisão limita-se a repetir o conteúdo QGR do SNS, sem qualquer monitorização conhecida em relação a 2024, e sem qualquer esforço patente de aprofundamento e validação da base de evidência das suas metas para 2024, 2025 e 2026.

Este plano é essencial para o desenvolvimento do SNS – adequação e previsibilidade orçamental, ao abrigo de cativações disfuncionais; uma política para as profissões de saúde que permita atrair e reter profissionais no SNS; garantia da autonomia de gestão do SNS; inovação tecnológica que permita responder aos desafios da atualidade; estratégia de cooperação com os setores privados e social e autarquias locais.

No que diz respeito à capacidade do SNS atrair e reter profissionais de saúde de que necessita, a situação não para de se agravar – abertura equivocada de concursos necessários, atrasos nas contratações, negociações sindicais insuficientes e continuação do abandono do SNS.

Apesar disso, o QGR do SNS não tem suscitado qualquer atenção ou debate público. Quer da parte do Governo quer das oposições. Nunca, ou raramente, é referido a propósito da política de saúde. Não se encontram reflexos evidentes da sua existência no OGE para 2025. Ninguém se interessou por esta matéria.

Aparentemente, não existe.

4. Reforma organizacional do SNS – o SNS como Instituto Público Especial; a reforma das Unidades Locais de Saúde

O governo optou, apropriadamente, por não retroceder na reforma organizacional do SNS, através da implementação das Unidades Locais de Saúde. Decidiu antes manter e reforçar processos avaliativos que permitirão, a seu tempo, fazer as correções e ajustamentos necessários.

É preciso acentuar a importância em superar velhos hábitos de irracionalidade e conveniência na **designação das lideranças públicas** no SNS e de assegurar **competências técnicas comprovadas** onde elas são necessárias.

5. Política de Saúde

É de assinalar a valorização do "Plano Nacional de Saúde" através da iniciativa "PNS em Movimento".

Neste aspeto, há outras questões relevantes a assinalar, mas não é de esperar que pudessem ter sido já abordadas em 7 meses de governação.

IV. Perspetivas futuras

Cenários alternativos para a evolução do sistema de saúde e do SNS

Contemplam-se dois cenários alternativos para o desenvolvimento do sistema de saúde: **(1)** soberano, centrado num SNS de qualidade; **(2)** transnacional, caracterizado pela industrialização da prestação de cuidados de saúde, com centros de decisão algures no espaço transnacional.

Cenário 1 - A ideia de "centro de saúde" constitui a principal dimensão soberana do SNS

David Tejada de Rivero (1929-2018), peruano, foi o subdiretor geral da Organização Mundial de Saúde que organizou a grande conferência global sobre sistemas de saúde centrados nos cuidados e saúde primários, realizada em Alma-Ata, em 1978.

Escreveu mais de vinte anos depois, refletindo sobre a importância daquilo que a promoção dos cuidados de saúde primários representou para os sistemas de saúde de cada país:

"No mundo de hoje onde a soberania nacional está a ser cada vez mais ameaçada, uma das poucas formas que os países têm de ainda controlarem o seu destino, é o de desenvolverem

democracias genuínas, descentralizadas e participativas... Cuidados de saúde integrais, para odos, por todos ... é uma necessidade não só para a saúde, mas também para o futuro dos países que aspiram a manter-se soberanos, num mundo cada vez mais injusto".

Daron Acemoglu (1967), investigador do MIT que, em conjunto com dois dos seus coautores, recebeu o Nobel 2024 de Economia acentua, na vertente institucionalista do seu pensamento, a importância da predominância das instituições inclusivas sobre as extrativas no desenvolvimento das nações.

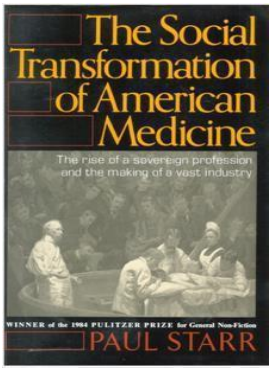
O SNS é tipicamente uma instituição inclusiva.

Elizabeth Teisberg, colaboradora de Michael Porter, da Universidade de Harvard, que defende a ideia de um sistema de saúde que crie objetivamente valor - melhor saúde, por unidade de custo
- esteve recentemente em Portugal. Durante a sua estadia não deixou de reconhecer, publicamente, que o SNS português, principalmente através da organização dos seus cuidados de saúde primários, que juntam à sua vocação de integrar cuidados de saúde, ações de prevenção da doença e de proteção e promoção da saúde, é um exemplo a seguir.

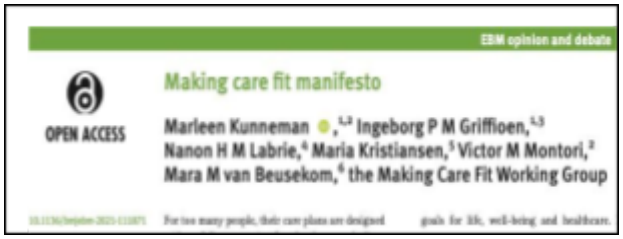
O enfraquecimento da ideia de "centro de saúde", que se tem observado nos últimos anos, é, a um prazo não muito distante, fatal para o futuro do SNS.

Cenário 2 - Regressão progressiva do SNS e sua substituição por um setor privado de prestação de cuidados

A contínua degradação do SNS levará, a seu tempo, no domínio da prestação dos cuidados de saúde – de forma similar ao que já ocorre em relação a outras situações como o tratamento da insuficiência renal crónica – à expansão de cadeias transnacionais "industrializadas" na prestação de cuidados de saúde.



Paul Starr, sociólogo norte-americano, publicou em 1982, uma obra magistral intitulada apropriadamente *"The Social Transformation of American Medicine - the raise of a sovereign profession and the making of a vast industry",* onde caracteriza, de uma forma bem documentada, a industrialização do sistema de saúde do seu país.



Mais recentemente (2021), um conjunto de personalidades académicas, provenientes dos Estados Unidos, Reino Unido, Países Baixos e Dinamarca, que se tem dedicado à análise da evolução dos sistemas de saúde nos Estados Unidos e na Europa, lançou um **Manifesto contra a Industrialização dos serviços de saúde** – "*The care fit Manifesto".*

Mais recente ainda (2024), também nos Estados Unidos, Joseph Bruch, Victor Roy, e Colleen Grogan, chamam a atenção para a "financeirização" dos sistemas de saúde, e das suas implicações, partindo da constatação da crescente intervenção do setor financeiro – mercados e instituições – neste domínio.

A industrialização, em larga escala dos serviços de saúde, comporta, essencialmente, os seguintes elementos: (a) **Normas universais**, que determinam o "percurso eficiente nos cuidados de saúde necessários", desanimando qualquer "decisão partilhada" quanto a opções alternativas; (b) N**íveis de rendimentos**, associados, outra vez, à promoção da "eficiência dos serviços" e de padrões de incorporação técnica e tecnológica, determinados internamente; (c) **Centros de decisão "algures",** inacessíveis às pessoas e às comunidades onde atuam. Tendem a ser organizações ativas em vários mercados, incluindo os financeiros, com uma capacidade real de influenciar, de várias formas, predominantemente indiretas, as políticas nacionais; (d) **Espaços de dados individuais de saúde transnacionais,** como os atualmente em desenvolvimento na União Europeia, favorecem esta "industrialização" (a não ser que dê prioridade à centralidade de planos individuais de cuidados, resultantes de decisão partilhada entre pessoas e profissionais de saúde, num contexto que os valorizem, permitam e promovam);
(e) **Organizações transnacionais** que operam transversalmente, simultaneamente, em vários mercados, incluindo o financeiro, particularmente influentes no espaço global.

A existência, em Portugal, de um SNS capaz é o principal obstáculo à industrialização da prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde português.

V. Promover a democratização da saúde

Não há uma boa alternativa à mobilização das pessoas para se interessarem pelo sistema de saúde de que precisam e pelo seu SNS. Para que possam promover, apoiar e participar numa governação da saúde com "*a cultura, a imaginação e a vontade necessárias para canalizar, para soluções de interesse comum, o enorme potencial de inteligência, conhecimento e inovação disponíveis na sociedade atual".*

"*As imperfeições da democracia combatem-se com mais democracia, não com menos*"

É esta a missão que anima o Observatório da Fundação para a Saúde e a produção deste "SNS em Foco 2024".

ANEXOS

Anexo I - Novos princípios, instrumentos e processos de governação e governança

No sistema político, os partidos preparam-se para ganhar eleições, mas não se preparam o suficiente para governar.

Isso não aparenta ser um problema de uma formação política ou de um governante em particular.

Os programas eleitorais e de governo indicam o que é necessário fazer, mas não é possível fazê- lo, na sociedade contemporânea, com princípios, processos e instrumentos de governação de há 50 anos.

Precisa-se de um novo modelo de governação e governança para a saúde.

Este pode resumir-se em 10 princípios, processos e instrumentos fundamentais.

DE	PARA

É importante distinguir a governação para a saúde da do sistema prestador de cuidados de saúde: a primeira, tem a ver com a prosperidade e o bem-estar de todos (metas a médio e longo prazo), implica os setores sociais e económicos, e é da responsabilidade do governo (que tem de se organizar para o efeito) – a aprovação do Plano Nacional de Saúde 2030, em sede de Conselho de Ministros (agosto de 2023), com a determinação de que "as entidades envolvidas na monitorização e execução do PNS 2030 devem colaborar entre si no sentido de desenvolver as ações necessárias à sua prossecução", é um passo importante na direção certa. O segundo, refere-se aos serviços de saúde e ao acesso a cuidados de saúde de qualidade, dos quais se ocupa, predominantemente, o Ministério da Saúde, não deixando, naturalmente, de ter também uma contribuição fundamental na promoção e proteção da saúde.

A ação e coordenação efetiva destes dois níveis não é assunto trivial.

Duas questões merecem especial destaque.

A primeira, tem a ver com a necessidade de uma economia que "faça bem a todos".

Uma nova economia para o bem-estar (***Health for All – transforming economies to deliver what matters****: final report of the WHO Council on the Economics of Health for All, 2023).*

A saúde é um direito humano fundamental e o bem-estar das pessoas deve ser encarado como o fim último da atividade económica.

A segunda questão refere-se aos desafios ambientais e à luta contra as alterações climáticas.

Saúde, clima e meio ambiente

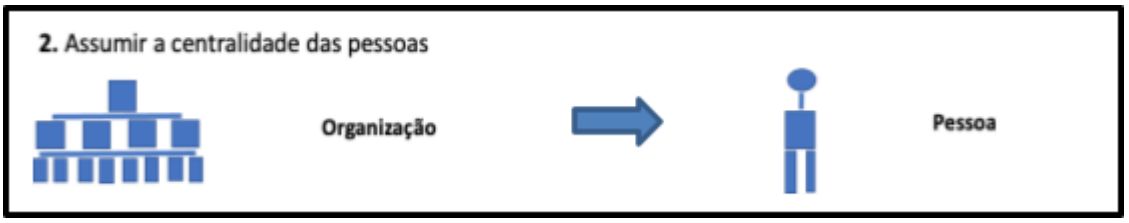
"Numa mobilização sem precedentes, na COP28 (Dubai, 2023), a OMS e mais de 40 milhões de profissionais de saúde requerem dos governos a realização dos compromissos já assumidos no Acordo de Paris, acelerando o abandono dos combustíveis fósseis e elevando a sua ambição para um futuro mais saudável para a humanidade, justo e verde. Sistemas de saúde fortes e resilientes são indispensáveis para proteger as populações dos impactos negativos das alterações climáticas na sua saúde. Construir sistemas de saúde resilientes às alterações climáticas e com uma baixa pegada carbónica deve ser uma prioridade..." (OMS, dezembro, 2023)

A COP28 abriu o diálogo com as indústrias fósseis – e elas vieram em massa. Há mais de 2450 representantes de empresas de petróleo /gás e grupos de interesse desta indústria na COP28, no Dubai – quase quatro vezes mais do que se estima terem estado na última COP, no Egipto.

A COP28 terminou, talvez inesperadamente, com a decisão de se iniciar o processo de acabar com a utilização de combustíveis fósseis no planeta. Não foi, no entanto, estabelecido ainda um calendário preciso para o efeito.

Em Portugal foi criado, em 2022, o Conselho Português para a Saúde e Ambiente (CPSA).

DE	PARA



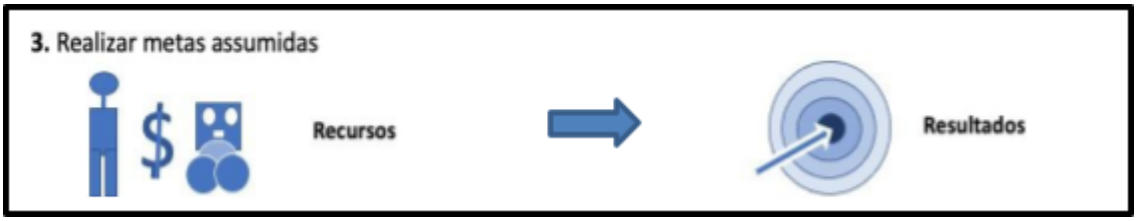
A noção da centralidade das pessoas, nos sistemas de saúde, deixou de fazer parte de uma "poética de cidadania" para ter um significado preciso: **(a)** a ideia de **personalização** – respostas específicas para cada pessoa (genética, fisiológica, clínica, psicológica, comportamental, ambiental); **(b)** e pertinência dos seus **valores, pontos de vista e expectativas** nas decisões que lhes dizem respeito; **(c)** a possibilidade **de fazer escolhas** na prestação de cuidados de saúde, no enquadramento do compromisso social onde se inclui **(d)** a expectativa de que as diferentes prescrições nos cuidados de saúde tenham em consideração as suas circunstâncias, limitações e modos de vida; **(e)** o investimento em **literacia em saúde** e no desenvolvimentos das suas capacidades para poderem viver de acordo com as suas aspirações; **(f)** "**a propriedade da sua informação de saúde**", para gerirem os seu percursos de vida com saúde e os seus percursos através dos distintos serviços de saúde de que necessitam.

Esta preocupação com as pessoas aplica-se também aos profissionais de saúde (os "cidadãos internos"). Necessitam do apreço pela sua missão insubstituível, condições de trabalho e remuneração adequadas e tempo para "viver a vida". Uma política para as profissões é

indispensável para a sobrevivência e desenvolvimento do SNS.

Mais que qualquer outra organização, o SNS, pelos seus objetivos, natureza e características, tem o potencial de assegurar estes princípios da centralidade do cidadão.

DE	PARA



Necessitamos de uma análise e discussão orçamental que discuta a distribuição dos recursos financeiros do país, em função dos resultados que se querem alcançar no bem-estar dos portugueses.

Anualmente, discutem-se os recursos necessários para a saúde e o SNS. O que parece predominar nesse exercício é saber "qual é o acréscimo em relação ao ano anterior", e "que atividades são beneficiadas com esse acréscimo".

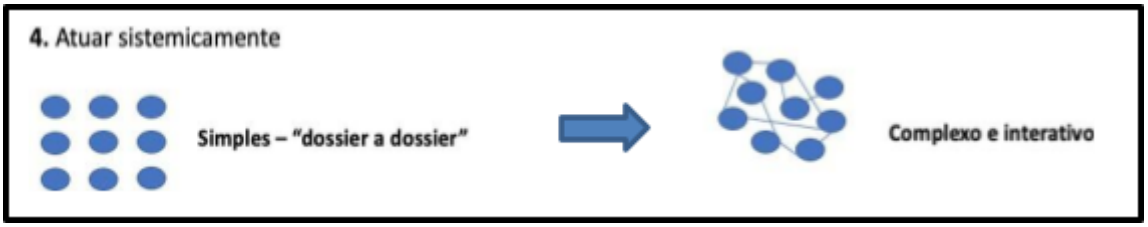
Não sobressaem as perguntas que mais interessam: Com os recursos que se pretendem disponibilizar, que resultados se esperam conseguir? Que fatores condicionam o desempenho esperado e qual é a melhor forma de os influenciar? Como lidar com as limitações reconhecidas no financiamento da saúde?

O debate sobre a mudança no modelo de financiamento foi iniciado em alguns países, como a Nova Zelândia, o Canadá, a Austrália, a Escócia e a Finlândia – um Orçamentos do Estado orientado para a criação de valor, medida através de indicadores de sucesso.

Orçamento para o bem-estar
Nova Zelândia 2019

Saúde Mental	Acesso **+ serviços** **$455m**	**Suicídio** Prevenção **+ $40m**	**Formação** Enfermeiros	**S/ Abrigo** + casas
Crianças	**Família: abusos, violência** + serviços	**Emprego jovem** Pr. Capacitação **3.000 jovens**	**Escolas** + apoio	**Famílias** incentivos fiscais
Minorias	**Saúde e reinserção social** + serviços	**Língua e cultura** + apoio	**Emprego** + apoio **2.200 jovens**	**Febre reumática** + apoio **$12m**
Nação produtiva	**Strat-ups** + apoio **$300m**	**Futuro s/carbono** Inovação **$130m**	**Formação** Instituições	**Aprendizagem** Oportunidades
Nova Economia	**Caminho-de-ferro** Desenvolvimento **+ $1b**	**Alterações climática** Agricultura resiliente	**O solo** Utiliz. Sustentável **$229m**	**A água** Qualidade
Investir na NZ	**Hospitais** Investimento **$1.7b (2 anos)**	**Escolas** Investimento **$1.2b (10 anos)**	**Cancro do cólon** Rastreios **Incluir + 5 distritos**	**Cuidado de saúde** Investimento **$2.9b/ 20 "distritos"**

DE	PARA

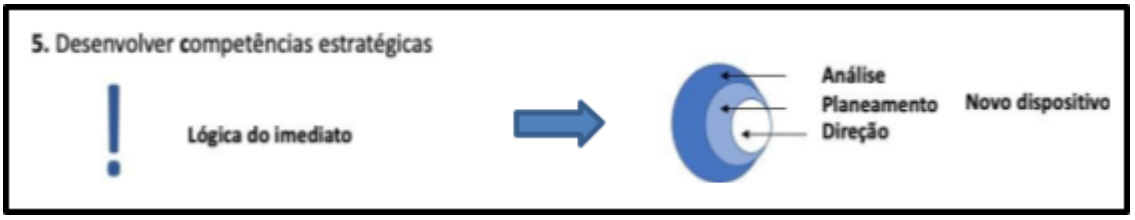


Hoje, já é amplamente reconhecido que o desenvolvimento dos sistemas de saúde tem de ter em conta, não só as incertezas do contexto onde se insere, mas também a sua grande complexidade, resultante das intensas interações entre as suas diferentes componentes. E por isso, é necessário prestar especial atenção a essas interações. A gestão dos recursos humanos e financeiros, a inovação tecnológica, as distintas reformas organizacionais do SNS e as múltiplas interações com o setor privado e social, têm de ser tratadas conjuntamente.

Observa Daniel Innerarity, em "Uma Teoria da Democracia Complexa", que a falta de entendimento das implicações da complexidade leva a "*uma prática política que sobrevive pelas vantagens da simplificação num mundo que não compreende, compensando a penúria analítica com a prescrição fácil*".

A intensidade das interações que dão vida a um sistema social complexo, explica a falência da governação "dossier" a "dossier", que hoje predomina. É necessário substituí-la por ações sistémicas – tocar todas as "notas críticas ao mesmo tempo, articuladamente". Só assim é possível fazer "dançar o elefante".

DE	PARA



Para fazer face à complexidade do sistema de saúde, responder ao imediato e, ao mesmo tempo, pensar o país à distância, no médio e longo prazo, é necessário criar, na saúde, um **dispositivo de análise, planeamento e direção estratégicos**. Um dispositivo que seja capaz de fazer, pelo menos, o seguinte:

(a) entender a evolução dos "fatores de contexto", nacionais e internacionais, que afetam o desenvolvimento do sistema de saúde português;

(b) analisar contínua e prospectivamente a agenda dos principais atores sociais da saúde e as suas implicações para o SNS;

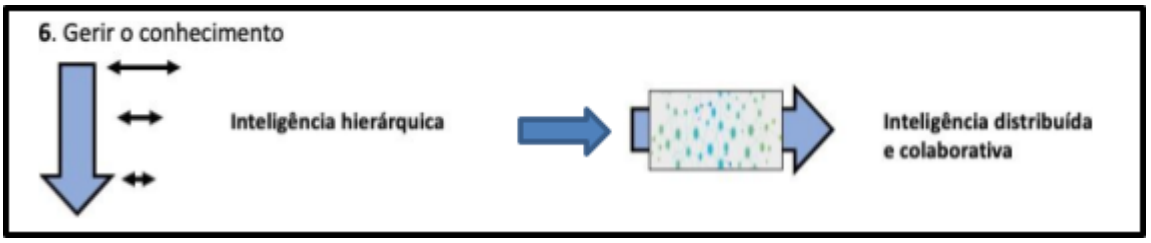
(c) assegurar a sustentação científica, o desenho apropriado e a convergência harmoniosa das várias políticas públicas do setor;

(d) influenciar a mudança gerindo, sistemicamente, os instrumentos "hard" e "soft" do poder, de forma a assegurar a realização oportuna dos seus objetivos; monitorizar, avaliar e interpretar resultados, promovendo uma cultura de aprendizagem contínua através da experiência acumulada;

(e) partilhar, amplamente, essa aprendizagem de forma a facilitar as cumplicidades necessárias a essa gestão da mudança.

A criação, em 2021, do "Centro de Competências de Planeamento, Políticas e Prospetiva da Administração Pública" (PLANAPP), agora denominado "Centro de Planeamento e Avaliação de Políticas Públicas", permite antecipar o progressivo desenvolvimento na saúde dessas competências (ver Anexo II).

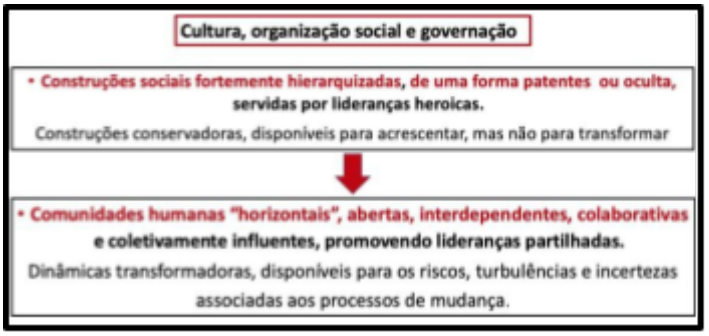
DE	PARA



Na atualidade existe uma inteligência amplamente **distribuída,** por **múltiplas fontes de iniciativa** que **interagem** intensamente entre si. Esta pode ser efetivamente **enquadrada e direcionada** através de um **conjunto de instrumentos,** frequentemente de natureza **subtil, utilizados simultânea e combinadamente**, no sentido de promover uma efetiva inteligência coletiva e colaborativa, no sistema de saúde e no conjunto da sociedade.

Nestas circunstâncias, há que reconhecer as óbvias limitações da clássica "inteligência hierárquica", os de cima sabem muito, os do meio alguma coisa, os de baixo pouco – a velha lógica do "comando e controle".

Há que promover a transição de construções sociais fortemente hierarquizadas para comunidades humanas, abertas, interdependentes e colaborativas.



DE	PARA

Vivemos uma era de extraordinários progressos tecnológicos, não só no domínio das biotecnologias, mas também, na digitalização, automatização e inteligência artificial (IA), já para já não falar dos progressos previstos para a computação quântica.

Duas questões são hoje particularmente importantes em relação a estas transformações tecnológicas.

A **primeira** tem a ver com a sua produção, custos, licenciamento e regulação. Estes aspetos são particularmente importantes, naquilo que diz respeito à sua boa utilização, às vantagens que proporcionam e também à sua segurança e aos riscos que podem comportar.

A **segunda** questão refere-se à importância de perspetivar a revolução tecnológica em curso, prospectivamente e não com utilizadores expectantes.

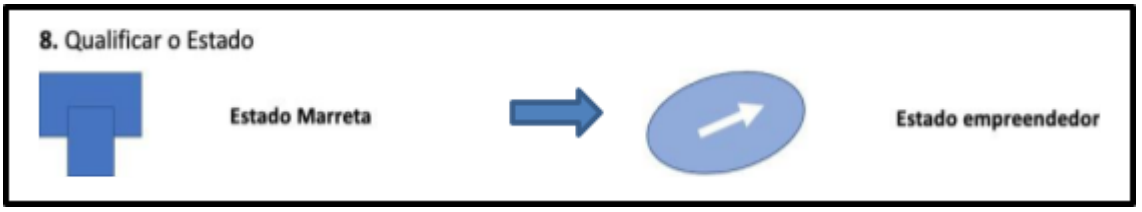
No caso particular do extraordinário desenvolvimento da inteligência artificial, incluindo a mais recente IA generativa, uma boa pareceria entre a "inteligência natural" e a IA é especialmente relevante – como aconteceu quando "os lobos foram domesticados como animais de companhia".

Acemoglu e Johnson (2023), analisaram as diversas "revoluções tecnológicas" através da história. Chamam a atenção para o facto de "*mil anos de história e a evidencia contemporânea tornam abundantemente claro que não há nada de automático na transformação das novas tecnologias em prosperidade generalizada*". Isso acontecerá ou não, em função de escolhas económicas, sociais e políticas.

Na saúde, como noutros domínios, não se pode assumir simplesmente a postura de meros consumidores. Há que trabalhar no sentido de desenhar a melhor forma de incorporar no sistema de saúde, a revolução tecnológica em curso, como instrumento essencial para a valorização e desenvolvimento do SNS.

Este é um desafio exigente – como acentua João Caraça em (Rui Malhó, coord. Complexidade, implicações e políticas globais, 2020):"*estamos a viver um período de enorme desajuste entre as mudanças tecnológicas e a mudança social. A capacidade de transformação material da realidade tornou-se incomensurável em relação à capacidade de adaptação e aprendizagem imaterial, cultural, institucional, existente. Há que dominar este desajuste, tomando decisões corajosas para o futuro*".

DE	PARA



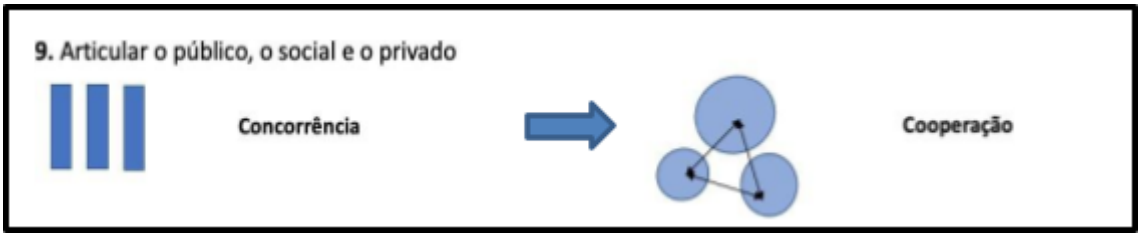
Para tudo isso necessitamos um Estado mais inteligente, como salientam vários autores dedicados ao estudo dos processos de governação, entre os quais Mariana Mazzucato, em **"**Economia de Missão: Um guia ousado e inovador para mudar o capitalismo", (2021), e em *"*The Entrepreneurial State: Debunking Public vs Private Sector Myths*"*, (2018).

Refere que não podemos ter um Estado sem cérebro próprio – externalizando massivamente, a produção do conhecimento de que necessita. Precisamos de um Estado inteligente e criativo, orientado para uma missão estratégica. Necessitamos de um contrato social a prazo, transversal, não por sectores, mas sim por "missões", que aceitem os desafios do nosso tempo e se comprometam com resultados concretos para as ações a empreender.

E aqueles que servem o Estado (os "funcionários") têm que passar a ser, necessariamente, "empreendedores públicos", compenetrados pela importância e generosidade da sua missão.

O SNS dificilmente terá futuro se as "regras do jogo" do Estado em que se insere não evoluírem para um Estado mais descentralizado, flexível e adaptativo, colaborativo e empreendedor.

DE	PARA



As instituições públicas não foram instituídas para competir com as privadas, mas para cooperar com elas. Não existe ainda uma **estratégia explícita e transparente de cooperação entre o público, o social e privado.**

Boas práticas na articulação entre o público, o social e o privado

No sistema de saúde português, o SNS é complementado por um setor privado social e outro privado, com fins lucrativos. Estes têm hoje um importante papel a desempenhar no sistema de saúde português. A complementaridade entre os diversos setores, requer uma estratégia transparente e fundamentada de cooperação entre o SNS e esses setores, que por razões óbvias, deve ser enquadrada por um plano plurianual de investimento no SNS.

Por outro lado, a autorregulação e uma competente hétero-regulação das atividades privadas devem assegurar, pelo menos:

(a) Respeito pelas regras da concorrência, não incorrendo em práticas de concertação face aos financiadores públicos ou privados;

(b) Não discriminação no acesso aos cuidados de saúde, em função das fontes do financiamento das pessoas;

(c) Adoção de procedimentos adequados para eliminar o risco de sobre utilização de procedimentos dispensáveis, favorecedoras de vantagens financeiras;

(d) Obrigatoriedade de implementar procedimentos de garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados, publicitando regularmente os resultados observados.

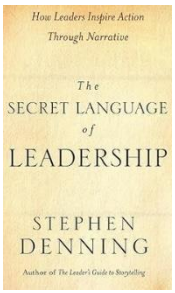
DE	PARA

É necessário um discurso que promova uma visão sobre um futuro desejável, envolvendo simultaneamente **(a)** os valores fundamentais do contrato social para saúde, como a solidariedade e a universalidade; **(b)** soluções tangíveis para os problemas concretos sentidos pelas pessoas e **(c)** conceções e instrumentos de governação capazes de as realizar **(d) apelo** à não-acomodação e à participação **na resposta** a problemas de interesse comum e à **confiança** nas instituições que trabalham para esse fim.

”A *transformação não pode acontecer sem confiança e a confiança está dependente da transparência. É essencial que todos os atores sociais se apercebam do desempenho do sistema de saúde, onde se situam as suas debilidades e como estas podem ser superadas*” (2023).

É importante que as diferentes medidas que vão sendo anunciadas na governação da saúde, façam sempre parte integrante, de forma percetível, de uma narrativa consistente sobre o seu lugar no processo de mudança em curso.

“Inteligência de narrativa”



“É verdade que pensamos através de estórias ... o que quer dizer que ***todas as formas de comunicação dirigidas à decisão … são efetivas na medida em que derem origem a uma nova estória na mente de quem ouve*****”**

Denning S. The Secret Language of Leadership, 2013

Anexo II - Dispositivo de análise, planeamento e direção estratégicos em saúde

Analisar, planear e dirigir

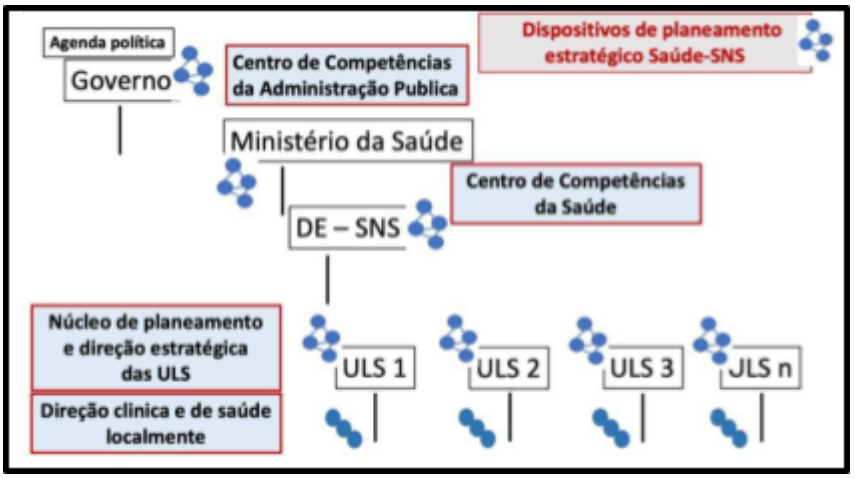
É imediatamente necessário: um dispositivo de análise, planeamento e direção estratégica em saúde, com as seguintes componentes essenciais:

- **Bases de dados e capacidade analítica;**
- **Novos dispositivos organizacionais de planeamento;**
- **Processos apropriados de direção estratégica.**
-

A criação em 2021 do Centro de Competências de Planeamento, Políticas e Prospetiva da Administração Pública (PLANAPP), agora denominado Centro de Planeamento e Avaliação de Políticas Públicas, foi um passo importante na qualificação da Administração Pública nesses domínios (Quadro 1).

Quadro 1: O Centro de Competências de Planeamento, Políticas e Prospetiva da Administração Pública (PLANAPP), agora designado poe Centro de Planeamento e Avaliação de Políticas Públicas

Nesta perspetiva, importará agora **(a)** estabelecer um dispositivo de planeamento na saúde, associado ao PLANAPP (Quadro 2), assim como **(b)** o desenvolvimento de uma rede de direção estratégica que permita gerir, monitorizar, avaliar e ajustar os múltiplos planos relevantes para a saúde (Quadro 3).



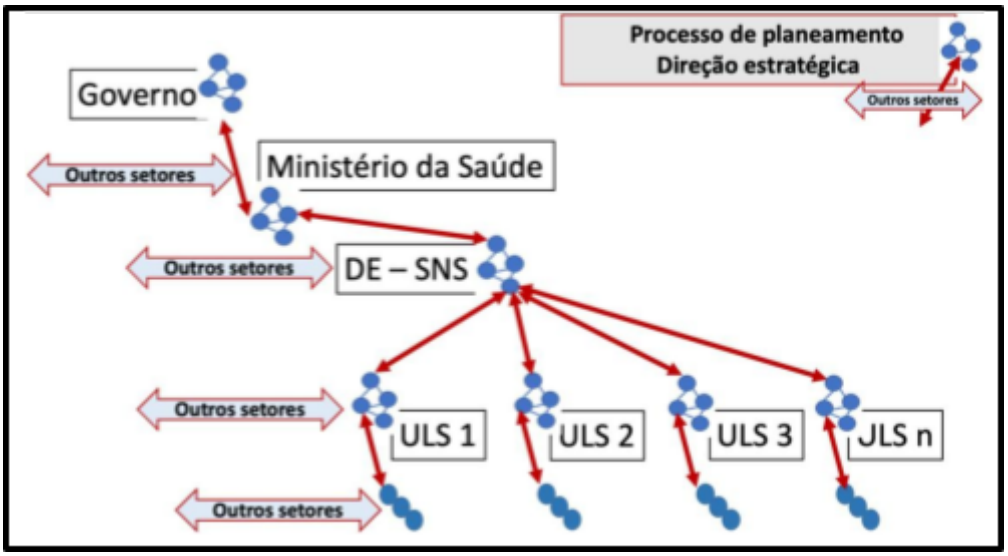
Quadro 2: É necessário um conjunto de dispositivos de planeamento Saúde-SNS. Há que estabelecer um PLANAPP da saúde, que beneficie das competências da DGS e da ACSS, e que se articule com o PLANAPP da Administração Pública, por um lado, e com as estruturas locais de planeamento e de governação clínica e de saúde, por outro

No âmbito do PLANAPP foi publicado, em 2024, um inventário dos instrumentos de planeamento na administração pública portuguesa em 2023.

Naquilo que diz respeito à saúde, é possível identificar mais de duas dezenas de planos relevantes, dentro e fora do âmbito do Ministérios da Saúde.

Alguns exemplos: Plano Nacional de Saúde; Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar; Plano Nacional para a Segurança dos Doentes; Programa Nacional de Diabetes; Plano Nacional para a Redução dos Comportamento Aditivos; Plano Nacional para a Promoção da Saúde Oral; Plano Nacional da Prevenção e Controlo de Doenças Transmitidas por Vetores; Plano de Contingência Saúde Sazonal; Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável; Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência; Plano de Ação da Garantia para a Infância; Estratégia para a Inovação e Modernização da Administração Pública; Estratégia para a Transformação Digital na Administração Pública; Plano de Recuperação e Resiliência (PRR); Estratégia Nacional de Combate à Pobreza.

Neste contexto, a questão essencial é a de saber como fazer chegar todas estas prescrições ao terreno, de uma forma apropriada. Compreensível, harmónica, no sítio certo, suscetíveis de serem geridas. Como alimentar este processo continuamente com informação, conhecimentos e fundamentações relevantes. Como assegurar a aprendizagem resultante da implementação, monitorização e avaliação dos planos.



Quadro 3: Não basta elaborar "planos". É indispensável uma "rede de direção estratégica" que "metabolize" os inúmeros planos que impendem sobre as diversas unidades do SNS, orientem, monitorizem e avaliem a sua execução, e permitam uma retroação continua para o conjunto do dispositivo de planeamento, para assegurar a aprendizagem e os ajustamentos necessários

A importância da cooperação intersectorial nos processos de planeamento da saúde e o SNS, como parte da rede de direção estratégica.

Um exemplo – o desenho, implementação, monitorização, reajustamento e avaliação do Plano Nacional de Saúde (Quadro 4).

Quadro 4: Plano Nacional de Saúde, em movimento

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença
APAH	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
ARS	Administração Regional de Saúde
CAC	Centro de Atendimento Clínico
CCDR	Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional
CLAS	Conselho Local de Ação Social
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
COP	Conference of the Parties
CPSA	Conselho Português para a Saúde Ambiente
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DE SNS	Direção (ou Diretor) Executiva do Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECG	Electrocardiograma
ELS	Estratégia Local de Saúde
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EU/UE	União Europeia
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA	Instituto Nacional de Saúde
LCPA	Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MGF	Medicina Geral e Familiar
OCDE/OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
PESNS	Plano de Emergência do SNS
PETS	Plano de Emergência e Transformação da Saúde

PIC	Plano Individual de Cuidados
PLANAPP	Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública
PLS	Plano Local de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPD	Plano Plurianual de Desenvolvimento
PPP	Parceria Público-Privada
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
QGR	Quadro Global de Referência
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SASU	Serviço de Atendimento de Situações Urgentes
SLS	Sistema Local de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviço de Urgência
SUB	Serviço de urgência Básica
UF	Unidade Funcional
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSC	Unidade Local de Saúde de Coimbra
ULSM	Unidade Local de Saúde de Matosinhos
USF	Unidade de Saúde Familiar
VVS	Via Verde Saúde
WONCA	World Organization of Family Doctors

FICHA TÉCNICA

SNS em Foco 2024

Expectativas e Realidade

Observatório da Fundação para a Saúde, dezembro de 2024

Autores:

Anabela Coelho (Enfermeira. Doutorada)

Ana Escoval (Administradora Hospitalar. Doutorada)

António Leuschner (Médico)

Constantino Sakellarides (Médico. Doutorado)

José Aranda da Silva (Farmacêutico. Ex Bastonário)

Julian Perelman (Economista. Doutorado)

Manuel Lopes (Enfermeiro. Doutorado)

Maria Augusta Sousa (Enfermeira. Ex Bastonária)

Mirieme Ferreira (Socióloga)

Patrícia Barbosa (Assistente Social. Doutorada)

Pedro Lopes Ferreira (Economista. Doutorado)

Pedro Maciel Barbosa (Fisioterapeuta. Doutorado)

Rui Monteiro (Médico)

Colaboradores

Ana Paula Gato (Enfermeira. Doutorada)

Ana Tito Lívio (Gestora de Projetos)

Celeste Gonçalves (Médica)

Dulce Trindade (Médica)

José Luís Biscaia (Médico)

Victor Ramos (Médico)

SNS EM FOCO
OBSERVATÓRIO
FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE

FUNDAÇÃO
PARA A
SAÚDE