



SALVAR O SNS – ESTAMOS DO LADO DA SOLUÇÃO

MANIFESTO



2020

MANIFESTO

SALVAR O SNS – ESTAMOS DO LADO DA SOLUÇÃO

Introdução

Um grupo de cidadãos, na maioria profissionais de Saúde, que avaliam positivamente a resposta pública à Covid-19, mas preocupados com a situação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e empenhados em contribuir para encontrar soluções, entende tornar público este Manifesto, depois de o ter entregue à Ministra da Saúde.

Vivemos tempos de pandemia que põem à prova a opção política adotada para a enfrentar, a vitalidade e o desgaste do SNS e o posicionamento dos prestadores privados. Apesar de terem decorrido apenas alguns meses desde o seu início, e de não existir uma avaliação definitiva, é já possível confrontar as políticas seguidas e o desempenho dos serviços de saúde de vários países com os seus resultados. As políticas neoliberais de desmantelamento dos serviços públicos de saúde ou a adoção da estratégia de não combate ao contágio para atingir rapidamente a imunidade de grupo acarretam enormes riscos para as pessoas mais fragilizadas e têm levado a maior mortalidade, desorientação e sofrimento das populações, com a inevitável afetação da economia em paralelo. Pelo contrário, como no caso português, estratégias de combate ao contágio, apostando na prevenção e no confinamento, apoiadas por serviços de saúde estruturados, articulados e coesos, têm conduzido a melhores resultados. Neste contexto, a resposta do SNS à Covid-19 foi completa, não podendo ser ignoradas as medidas de reconfiguração de serviços, desde a saúde pública aos hospitais. Quem apregoava o “caos” que se ia viver no SNS, quem tentou ser alarmista em tempo de ser sereno, perdeu a causa. Já os prestadores privados de serviços de saúde, ao fugirem a receber doentes contaminados no âmbito da sua atividade corrente, não sofreram o desgaste que a pandemia inflige no SNS e encontram-se agora disponíveis para “recuperar as listas de espera do SNS”. O SNS, fustigado por políticas de contenção, em particular desde a crise de 2010, tem apesar disso demonstrado a sua capacidade e importância como elemento de coesão e até de soberania nacional.

No entanto, entendemos estar a viver o tempo em que se decide a sobrevivência do SNS – ou o defendemos, valorizamos e reforçamos ou, no embate e “desnatação” para os privados, vai-se tornar um sistema minimalista de cuidados de Saúde, de tratamento da patologia não rentável, desvalorizado pelos cidadãos com rendimentos médios e altos e com missão assistencialista e residual para os cidadãos mais desfavorecidos.

Um sistema de cuidados de saúde sustentável, com custo acessível para o país e para os cidadãos, exige a conjugação de: 1) uma população saudável; 2) comunidades resilientes, com uma boa rede informal de cuidados; 3) políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas; 4) um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado

aos objetivos e eficiente e 5) recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa para prestar cuidados de saúde integrados. As questões financeiras e económicas devem ser encaradas como ferramentas necessárias para atingir os objetivos desejados, já que a despesa em saúde representa um investimento que a sociedade faz em si própria e que tem retorno óbvio em termos de ganhos económicos.

A sustentabilidade do SNS assenta na gestão dos seus recursos humanos, no financiamento operacional e no investimento em instalações e equipamentos de suporte à prestação de cuidados de saúde. A sustentabilidade a prazo exige constantes medidas de avaliação de custos, mas também um nível de financiamento minimamente adequado aos objetivos que social e eticamente se pretenda que o SNS continue a assegurar. As insuficiências de financiamento em recursos humanos e em instalações e equipamentos manifestam-se a prazo e são de difícil recuperação. São vertentes que, ao serem descuradas, mal geridas ou intencionalmente degradadas, inviabilizam os serviços e geram ineficiências e custos diretos e indiretos, desacreditando o SNS perante a população utilizadora e desmotivando os profissionais.

A gestão dos recursos disponíveis e a sua distribuição racional, de acordo com as necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos, passa por disponibilizar respostas de proximidade e efetiva articulação dos vários serviços do SNS, para assegurar o necessário descongestionamento das urgências e de cuidados hospitalares evitáveis.

Sabemos também que a realidade tem evoluído rapidamente: a **esperança de vida** aumentou 10 anos de 1980 a 2017, com acréscimo significativo da carga de doença na última década vivida; a **efetividade e os custos dos tratamentos** das doenças crónicas e agudas, particularmente das **oncológicas**, cresceram significativamente; a **demografia médica** mostra menor número de especialistas entre os 41 e os 50 anos, em consequência da redução de entrada para as faculdades nos anos 90 do século XX; tem-se assistido à **captação dos profissionais** desta faixa etária pelas empresas privadas de saúde, com remunerações que duplicam ou triplicam as do público; a introdução da **informatização dos serviços**, mesmo que geralmente benéfica, embora incompleta, tem gerado burocratização e quebra da relação médico-doente; a **suborçamentação crónica** em saúde agravou-se desde 2010.

Deste modo, destacamos a nossa reflexão sobre:

- A economia da saúde (investimento e orçamentação)
- As instalações e os equipamentos
- Os cuidados primários e cuidados continuados

- O trabalho em rede entre os cuidados primários, os cuidados continuados e os hospitais e a internalização dos exames auxiliares de diagnóstico
- O acesso às consultas de especialidade
- Os cuidados domiciliários, de convalescença e paliativos
- Os recursos humanos
- Os territórios profissionais / responsabilidades partilhadas /equipas

1. Economia do SNS (investimento e orçamentação)

É por todos reconhecida a necessidade de forte reforço do investimento no SNS. Existe um volume assustador de suborçamentação crónica do sector, que se agrava há uma década. Embora a nossa percentagem de despesa total em saúde no PIB esteja alinhada com a dos países desenvolvidos da OCDE com sistemas de saúde de base solidária e universal, a percentagem da despesa pública em saúde face ao PIB (66% versus 71%, em 2018) e a despesa em saúde per capita (2861 USD versus 3994 USD, em 2018) são inferiores às daqueles países, denotando o menor esforço relativo do Estado no sistema público de Saúde.

O Orçamento do Estado para 2020 (OE 2020) prevê o aumento de 941M€ para a saúde, no que parece igualar a execução orçamental final do ano de 2019 e permitir alguma redução da sua situação deficitária, constituindo uma boa notícia. Todavia, não permite anular o volume de dívida acumulada no passado, cuja responsabilidade se transfere para 2020.

Este facto, por si só, limita a autonomia das entidades do SNS, cuja capacidade de assunção de compromissos depende dos fundos disponíveis, por sua vez dependentes do volume de endividamento. Quais as prioridades que este orçamento não contempla? 1) Parece evidente que o "reforço" não permite a acomodação do necessário aumento de investimento em instalações e equipamentos do SNS, que não se renovam há anos; 2) o aumento assumido de despesa/investimento em recursos humanos (RH) do SNS é muito conservador, ao não permitir a acomodação de atualizações salariais, progressões, novas formas de remuneração ligadas ao desempenho ou aumento do número de profissionais; 3) também parece evidenciar-se a impossibilidade de acomodação de inovação terapêutica significativa.

Daqui decorre que a pressão orçamental sobre o SNS se mantém muito elevada e que é praticamente inexistente a margem para a remuneração inteligente dos RH, com favorecimento da sua retenção e motivação e para investimento na renovação de instalações ou na modernização tecnológica e na inovação terapêutica. Deste modo, ainda que haja aumento do financiamento previsto e que a

suborçamentação implícita no OE mostre menor gravidade do que no passado, o OE 2020 constitui um verdadeiro desafio para o SNS.

Impõe-se, portanto, a tomada de um conjunto de medidas que assegurem que os cuidados de saúde são custo-efetivos e prestados nos níveis mais adequados: 1) qualificação dos cuidados primários, com retenção de utentes a este nível, com alívio da sobrecarga das urgências hospitalares; 2) investimento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e na melhoria das suas respostas, com inclusão do domínio da saúde mental; 3) cooperação eficaz entre a Saúde e a Segurança Social, com alívio da responsabilidade dos Hospitais na resolução de situações que não lhes cabem primariamente.

Por outro lado, é absolutamente crítico melhorar as condições de trabalho dos profissionais do SNS, Importa não só investir em meios de diagnóstico e tratamento modernizados, mas sobretudo introduzir mecanismos remuneratórios relacionados com a produtividade e qualidade dos cuidados prestados, para incentivo da autonomia organizacional e reconhecimento da penosidade do trabalho nalguns setores críticos, como as urgências hospitalares.

A existência de instalações e de equipamentos adequados em conforto, segurança e atualização tecnológica passa por investimento na construção em cuidados primários e hospitalar, nova ou de grande remodelação, pelo investimento no parque de ativos com substituição dos equipamentos amortizados e, obviamente, pela manutenção que garanta as funcionalidades e qualidade originais durante toda a sua vida útil.

2. As instalações e os equipamentos de saúde hospitalares

A situação atual em construção hospitalar e o OE 2020

A Lei 2011 de 2 de abril de 1946, que criou a Comissão de Construções Hospitalares (CCH), estabeleceu uma hierarquia hospitalar e um plano de construção de dezenas de hospitais concelhios e de alguns hospitais distritais, para entrega posterior às Misericórdias conforme a política da época, e dos dois hospitais escolares de Lisboa e do Porto, já em construção. **Foi o início da grande “Escola” de Engenharia e Arquitetura Hospitalar Portuguesa.** Pelo Decreto-Lei 130/71 de 6 de abril, foi extinta a CCH e criada a Direcção-Geral das Construções Hospitalares (DGCH), tutelada pelo Ministério das Obras Públicas.

Chegados ao 25 de Abril, a lotação hospitalar (incluindo os hospitais das Misericórdias) era de cerca de 21.700 camas. Com a oficialização dos hospitais das Misericórdias, o Estado passou a administrar os cuidados de saúde de uma rede hospitalar a nível nacional. Em 1979, **a Lei 56/79 criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS).** Em 1983 e 1984, os Serviços Médico-Sociais da Previdência foram integrados

nos Centros de Saúde e constituíram-se os Centros de Saúde de 2ª geração, definidos como unidades integradas e polivalentes, embora instaladas de forma qualitativamente desigual. **Então, todos os serviços públicos prestadores de cuidados de saúde passaram e integrar o Serviço Nacional de Saúde.**

Entre 1959 e 1992, pela CCH e pela DGCH, foram construídos 18 hospitais em regime público, com mais de 7.000 camas, na média de 212 camas /ano. Em 1993 **foi extinta a Direcção-Geral de Construções Hospitalares (DGCH) e foi criada a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES)** que acabou com a modalidade de construção em regime público e iniciou o regime da chamada “chave na mão”, com adjudicação da conceção e da construção. Até 2006 foram construídos 13 novos hospitais com 4.400 camas, na média de 338 camas/ano. Esta metodologia, já liberalizante, foi posta em causa e deu lugar ao regime de **parceria público-privada (PPP)**. Esta opção política, **através da extinção da DGIES**, teve como consequência a **retirada ao Estado da capacidade de controlo da construção hospitalar**. Dos cerca de 130 engenheiros e arquitetos existentes àquela data restam hoje 40, dispersos pelas ARS’s e pela ACSS. O País perdeu a capacidade e o saber acumulados durante quase 60 anos no planeamento, programação e projeto da construção hospitalar. Entre 2010 e 2013, foram construídos em regime de PPP de 1ª geração, que inclui a gestão clínica, os hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira, com o total de 1680 camas. Entretanto é sucessivamente anunciada e adiada a construção dos hospitais do Seixal, de Sintra, de Évora e Oriental de Lisboa. A realidade é que em 1995 estavam integradas no SNS cerca de 25.000 camas de doentes agudos enquanto hoje contabilizamos cerca de 21.000. Desta redução de cerca de 4.000 camas resultam taxas de ocupação médias nacionais superiores a 90% e regionais de 95%, visíveis no internamento em macas nos corredores hospitalares. Paralelamente, assistimos ao crescimento da hospitalização privada, em aceleração desde 2005, com mais de 2000 camas, instaladas pelos quatro maiores grupos económicos.

Em resumo podemos afirmar que a destruição da DGIES, efetiva em 2003 e formal em 2006, e a adoção alternativa da metodologia PPP determinaram a estagnação da renovação da rede hospitalar portuguesa. Portugal apresenta-se com o total de 3,3 camas por mil habitantes, das quais 2,1 camas são de agudos e do SNS. A título de exemplo, a França e a Alemanha possuem 6,2 e 8,2 camas totais por mil habitantes, respetivamente (Fonte Eurostat 2017). Por outro lado, constatamos que 62,4% das camas hospitalares existentes tem idade superior a 30 anos e 31% tem idade superior a 50 anos.

Idade	Hospitais	Camas	%
Ate 10 anos	6	1902	9,1%
de 11 a 20 anos	8	2289	10,9%
de 21 a 30 anos	9	3700	17,6%
de 31 a 40 anos	12	4412	21,0%
de 41 a 50 anos	12	2193	10,4%
de 51 a 60 anos	12	2570	12,2%
acima de 61 anos	26	3945	18,8%
Total	85	21011	100,0%

Fonte: Diversas Ministério Saúde

O Relatório do OE2020 enuncia “Grandes investimentos em infraestruturas”, o que demonstra a intenção de investimento na rede hospitalar portuguesa. Os 102 M€ em 2020 e 950 M€ propostos para a legislatura estão sobrevalorizados, não são exequíveis ou não respondem às necessidades efetivas de investimento. Decisão tão relevante para a política de saúde tem de assentar no conhecimento da rede nacional e em critérios que atendam à idade das instalações existentes, ao retorno do investimento e, obviamente, às limitações financeiras atuais. A satisfação destas condições é possível através de um plano de investimento em infraestruturas bem mais abrangente e racional, com investimento de 77 M€ em 2020 e 860M€ na legislatura (Vide proposta no Quadro 2).

Quadro 2: Investimentos recomendados na legislatura para infraestruturas de saúde

Hospital	Tipo	Custo total OE	Cronograma financeiro					Lotação	
			XIV Legislatura				Seguintes		
			2020	2021	2022	2023	2024		Restantes
Hospital Oriental de Lisboa (****)	Substituição	99 150 460 €			40 000 000 €	59 150 460 €		782	
Reconversão Hospital de São José	Remodelação	43 050 000 €					20 000 000 €	230	
Hospital do Seical	Novo	74 183 561 €	2 000 000 €	20 000 000 €	30 000 000 €	22 183 561 €		300	
Hospital de Évora	Substituição	185 018 724 €	40 000 000 €	50 000 000 €	50 000 000 €	45 018 724 €		351	
Hospital de Sintra (**)	Novo	67 344 527 €	0 €	25 000 000 €	20 000 000 €	22 344 527 €		350	
Hospital do Funchal (**)	Substituição	155 041 500 €	16 350 000 €	24 550 000 €	24 550 000 €	27 050 000 €	37 050 000 €	558	
Hospital do Oeste	Substituição	163 677 857 €	3 200 000 €	10 000 000 €	10 000 000 €	50 000 000 €	60 477 857 €	414	
Maternidade de Coimbra	Substituição	31 180 500 €	750 000 €	5 000 000 €	20 000 000 €	5 430 500 €		121	
Hospital de São João	Remodelação	86 100 000 €	10 000 000 €	25 000 000 €	25 000 000 €	26 100 000 €		1042	
Hospital de Santa Maria	Remodelação	190 650 000 €	5 000 000 €	20 000 000 €	50 000 000 €	50 000 000 €	65 650 000 €	1037	
Plano de remodelação da rede (***)	Novo	200 000 000 €					100 000 000 €	100 000 000 €	
Soma		1 295 397 129 €	77 300 000 €	179 550 000 €	299 550 000 €	307 277 771 €	283 177 857 €	148 541 500 €	
Total proposto			863 677 771 €				431 719 357 €	2985	

Fonte: Diversas

(*) Autarquia financia 30 M€ em 2020.

(**) Financiamento de 50%.

(***) A remodelação da rede para além dos hospitais listados acima deve obedecer a um plano com execução permanente e custo estimado de 100M€ por ano.

(****) Em regime de PPP de 2ª geração com propostas entregues. Renda anual de cerca de 16 M€. Investimento público só para equipamento.

A construção de hospitais de substituição e a remodelação de hospitais com mais de 50 anos de idade gera reduções significativas nos orçamentos de exploração.

O **Hospital Oriental**, desde que se mantenha o Hospital de São José como unidade de proximidade, terá um custo de funcionamento inferior em cerca de 56M€ em comparação com os hospitais substituídos.

O **Hospital do Oeste** terá um custo semelhante ao atual conjunto de hospitais. No entanto, a recuperação da sua quota de mercado terá como consequência a redução de doentes tratados em Lisboa e uma poupança anual de cerca de 15M

A **Maternidade de Coimbra**, para substituição das maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto, foi objeto de estudo que demonstrou uma poupança corrente de 5M€ por ano.

A remodelação do **Hospital de Santa Maria**, de acordo com os estudos efetuados e publicados, terá impacto na qualidade e eficiência económica, com ganhos operacionais estimados em 27 M€ por ano.

Fica completamente demonstrada não só a necessidade do investimento em infraestruturas hospitalares como também as suas vantagens na redução dos custos operacionais.

A situação atual quanto ao investimento de amortização em equipamento e o OE 2020

O atraso na substituição dos equipamentos médico-cirúrgicos e a sua conseqüente desatualização tecnológica tem sido uma constante dos serviços públicos de saúde, situação que se agravou com o Memorando de Entendimento e que se manteve depois de 2014, através de sucessivas medidas de contenção do investimento. A redução dos valores das amortizações, a redução dos fluxos de investimento, os despachos do Secretário de Estado da Saúde a impor a necessidade de autorização para investimentos, a não autorização dos pedidos dos hospitais, a Lei dos Compromissos e, por fim, o veto de gaveta do Ministério das Finanças, tiveram como consequência a irrelevância do investimento efetivo, mantido persistentemente durante os últimos oito anos em nível muito inferior ao consumo de capital fixo nesta área. Em consequência desta opção, os serviços públicos têm sido confrontados com a necessidade de compra de serviços privados no exterior.

Até ao ano 2011, os investimentos globais corresponderam em média a 5% dos custos operacionais. Nos anos da *troika*, a redução de investimento foi dissimulada com valores menores das amortizações e dos fluxos de caixa em investimento. A partir de 2014 os valores do investimento deixaram de ser reais, já que passaram a estar sujeitos a despacho dos Ministérios da Saúde e das Finanças, passando ao valor médio de 1% dos custos operacionais.

É imperioso corrigir o desinvestimento acumulado e passar no futuro ao valor de 2,5% dos custos operacionais. Para que esta medida seja efetiva, a sua gestão deve competir exclusivamente ao Ministério da Saúde. Este tema não é sequer afluído no OE 2020.

A manutenção dos equipamentos e das instalações de saúde

As instalações e os equipamentos de saúde, sobretudo nos hospitais, devem ter um desempenho caracterizado por elevada fiabilidade, isto é, reduzidas taxas de falha, grande disponibilidade operacional e custos controlados. Estes objetivos só podem ser atingidos através de um serviço de manutenção dotado de recursos humanos qualificados, com recursos informáticos potentes e integração de aplicações informáticas de gestão financeira.

Os recursos devem ter em atenção a região, tanto ao nível hospitalar como dos cuidados primários. Modelo a adotar: utilização de meios próprios ou recurso ao contrato externo? Nos hospitais portugueses não existe uniformidade de procedimento quanto ao regime de contrato, vulgo *outsourcing*. Há hospitais que contratam um serviço global de manutenção e outros que recorrem à aquisição parcial de serviços. Chega-se ao extremo da inexistência de capacidade própria, tanto para o processo de contratação, como para a fiscalização da execução. A decisão de contratação global é tomada por ausência de recursos próprios, por razões ideológicas ou simplesmente porque está “na moda” e nos manuais dos gestores. Deve ser feita a avaliação dos ativos a manter e do custo dos recursos a alocar em cada caso.

Os profissionais de engenharia, fundamentais para a boa gestão de recursos, sofrem os problemas que hoje afetam os profissionais de saúde em geral, desde a ausência de carreiras e salários inadequados, à insuficiência de profissionais e à desestruturação dos serviços. Existem casos de maior sucesso, mas são ignorados. Calcula-se que uma política equilibrada na utilização de recursos próprios e contratados se pode traduzir num índice de produção de 35€ de custo de manutenção global por cada 1.000€ de serviços de saúde produzidos. Torna-se evidente a necessidade da assunção das responsabilidades do Ministério da Saúde na direção desta atividade.

O papel do Ministério da Saúde

Dos cerca de 130 engenheiros e arquitetos existentes em 2006, restam hoje 40, distribuídos pelas ARS's e pela Unidade de Instalações e Equipamentos da ACSS, esta com funções de coordenação e gestão de instalações e equipamentos de saúde do SNS. A partir da opção liberalizante, mantém-se a incapacidade técnica do Estado para o exercício das funções que legalmente lhe estão

atribuídas nesta área e o consequente recurso sistemático à contratação privada.

Uma política efetiva de defesa do SNS e a concretização das medidas propostas de reestruturação da rede hospitalar e da rede de Cuidados Primários e Continuados, de investimento e manutenção em equipamento médico exige dotar o Ministério da Saúde de capacidade de planeamento, programação e execução. Será necessário criar um serviço, ou desenvolver o existente na ACSS, responsável pelas atividades acima descritas, que integre profissionais de engenharia e de arquitetura com reconhecida experiência, para formação de novas equipas a contratar externamente durante o ano de 2020 e proceder à instalação do serviço.

3. Cuidados de saúde primários

Os cuidados de saúde primários (CSP) têm um potencial enorme de resolução de vários dos problemas com que se confronta o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Vários estudos dos anos 90 e 2000 (Barbara Starfield, da Universidade Johns Hopkins) demonstram que os países com forte investimento nos CSP têm sistemas de saúde mais eficientes e equitativos. Em Portugal temos todos os instrumentos para que os CSP cumpram o seu contributo para o sistema. De facto, existe, hoje em dia, uma rede de 908 “unidades funcionais”, ou seja, e utilizando o termo tradicional, 908 serviços dos centros de saúde espalhados pelo país. Assim, cada cidadão tem, na proximidade da sua casa, um centro de saúde onde pode ser tratado por uma taxa moderadora de 4,5 euros, caso não faça parte dos 59% da população com direito a isenção, de acordo com a nova Lei de Bases da Saúde.

Desde 2006, os CSP têm sido alvo da mais ambiciosa reforma do SNS desde a sua criação, com a implementação do modelo de Unidade de Saúde Familiar (USF). As USF são constituídas por pequenas equipas multidisciplinares (médico de família, enfermeiro e secretário clínico) onde cada utente e família tem o seu médico e enfermeiro de família, onde existe o compromisso de dar resposta no próprio dia a todos os pedidos de situações agudas, onde existe um sistema de marcação de consultas programadas em todas as áreas (Saúde Infantil, Saúde da Mulher, Diabetes, Hipertensos, Doentes com multipatologia, Saúde do Adulto e do Idoso e Cuidados Domiciliários) e possibilidade de horários alargados, com incentivos institucionais (orçamento participativo) e financeiros para a equipa, em

função do seu desempenho qualitativo e quantitativo. Esta reforma tem permitido atenuar com sucesso, nos CSP, várias das graves dificuldades do SNS, tais como a revalorização da especialidade de Medicina Geral e Familiar, a criação da especialidade de enfermagem de família, a forte resiliência no período da Grande Recessão de 2008 e a elevada satisfação e capacidade de retenção dos profissionais e dos utentes das USF no SNS. Não há no SNS nenhum lugar vago para profissionais em USF de modelo B e não se conhecem profissionais pertencentes a este tipo de USF em processo de emigração. A evidência demonstra: o modelo tem permitido melhorias substanciais na qualidade dos cuidados e na eficiência / há um efeito de “puxar para cima” todas as Unidades de Saúde dos CSP, em particular nas unidades tradicionais (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas) que se candidatam a USF. O processo de candidatura a USF exige uma candidatura voluntária dos profissionais, passando por um exigente processo de avaliação e seleção.

Passados já treze anos sobre o início da reforma dos CSP verificamos, no entanto, que esta precisa de novo impulso: prosseguimento das melhorias alcançadas / uma ótica de maior integração de cuidados / o trabalho em rede de proximidade, nomeadamente com as Unidades Hospitalares.

De facto, não se justifica, na atualidade, que a população que tem equipa de saúde familiar possa continuar a recorrer às urgências hospitalares (nestas a triagem revela que 40% são “azuis” ou “verdes” e portanto poderiam ser atendidas nos Cuidados Primários) sem ser referenciada pela Saúde 24, pelo INEM ou pela sua USF; não se justifica que doentes crónicos controlados continuem em vigilância nos Hospitais; não se justifica que os CSP não consigam realizar exames simples, na hora, em estruturas de proximidade; não se justifica que continuemos a não vislumbrar a generalização do modelo e, talvez o ponto mais importante, não se justifica o que se passa em Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve, onde 550 mil cidadãos continuam sem ter acesso a uma equipa de saúde familiar. Antes de mais, necessitamos de um plano de emergência para o Sul do país: dar resposta adequada aos cidadãos sem equipa de saúde familiar e criar condições para formar e fixar médicos especialistas. Precisamos de CSP com mais capacidade de resolução de problemas agudos menores (p. ex., suturação, remoção de cerúmen, etc.), com capacidade de realização de pequenos testes e exames (p. ex., análise de sangue, análises bacteriológicas, Raio X, Ecografias, ECG e Ecocardiograma, MAPA e Espirometrias); capacidade de seguimento de doentes crónicos controlados; capacidade de tratamentos noutras áreas essenciais da prevenção (p. ex., nutrição, saúde mental, fisioterapia, atividade física, prescrição social).

Fica patente que o modelo de um SNS centrado no hospital, independentemente da sua gestão, não se adequa às necessidades atuais, porque está principalmente qualificado para o tratamento de doenças agudas graves ou de doenças crónicas de grande severidade; porque os hospitais se

concentram cada vez mais nas periferias, perdendo-se o fator de proximidade; e porque a sua utilização indevida para problemas de saúde menores ou gestão da doença crónica é geradora de ineficiências e aumento de custos.

Já vivemos em Portugal a transição demográfica e epidemiológica . Chegou a altura de implementar a transição assistencial, assente em unidades de proximidade, acessíveis e capazes de responder com celeridade aos problemas de saúde menores, de assegurar o seguimento em saúde das famílias nas várias fases da vida, de garantir a continuidade dos cuidados aos doentes crónicos e de articular a sua atuação para, quando for necessário, reencaminhar os utentes para cuidados hospitalares ou outros. É para esta transição que devemos caminhar, começando por uma forte reforma e investimento nos CSP que permita, a termo, reorientar os hospitais para o seu verdadeiro papel de prestador de cuidados pontuais para situações agudas ou crónicas graves.

Reconhecendo o impulso que significou a implementação das USF e, progressivamente, das restantes unidades funcionais, nomeadamente das Unidades de Cuidados Continuados (UCC), Unidades de Recursos Partilhados (URAP) e Saúde Pública (SP), a articulação deficiente entre as mesmas não tem permitido um investimento harmonioso, potenciador da necessária articulação para uma efetiva rentabilização dos recursos disponíveis para as respostas de proximidade que se impõem, traduzindo-se antes por mais burocracia.

Se atendermos a que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) correspondem a uma área geodemográfica definida que agrupa os CS, enquanto estruturas físicas de proximidade, organizados em Unidades Funcionais, deverá reconhecer-se que a realidade diversificada que caracteriza o território nacional exige a flexibilidade necessária para as respostas mais adequadas às necessidades e à acessibilidade da população. As unidades móveis, já existentes em algumas regiões, devem estender-se a todo o território com menor densidade populacional.

Assim, considera-se urgente:

- a) A atribuição, de facto, de médico de família a cada cidadão.
- b) O reforço do investimento em RH e equipamentos, com prioridade para as regiões de maior carência, em obediência a um plano de emergência (ARSLVT e Algarve).

c) A alteração do quadro legislativo dos ACES que dê suporte à implementação de autonomia gestonária, enquanto poder, reconhecido pela administração, de tomar decisões nos domínios estratégico, funcional, administrativo, financeiro e organizacional.

d) A elaboração e aprovação de um plano estratégico para os CSP, a 5 anos, que suporte as necessárias mudanças organizacionais, nomeadamente:

I - O funcionamento em rede das diferentes Unidades Funcionais dos Centros de Saúde promovendo a necessária articulação das mesmas, potenciadoras da integração de cuidados e do trabalho com a comunidade;

II - As novas respostas em cuidados que os CSP podem oferecer e os recursos para a sua implementação;

III - A criação de uma estrutura intermédia de Governação Clínica nos CS escolhida pelos profissionais das várias unidades e com representação na estrutura do ACES;

IV - O alargamento das competências do Conselho Clínico como órgão de responsabilidade técnica, com os meios necessários ao desempenho das suas competências e de suporte às diferentes Unidades Funcionais;

V - A definição clara da área geográfica de intervenção do ACES e dos CS que o compõem, balizando de forma inequívoca as responsabilidades do poder central e local.

4. Trabalho em rede entre os cuidados primários e os hospitais

Internalização dos exames complementares de diagnóstico

Atualmente, os custos para pagamento dos exames auxiliares de diagnóstico pedidos pelos serviços públicos (cuidados primários e hospitais) e executados por empresas privadas de Saúde são da ordem de *471 milhões de Euros por ano, acrescidos de 262 em hemodiálise*, constituindo uma das portas giratórias do orçamento do Estado para o negócio privado. Representa, juntamente com os serviços prestados à ADSE e em menor escala os seguros, um dos sustentáculos das empresas privadas. Estes serviços compreendem várias áreas e requerem diversos tipos de pessoal e de equipamento. Trata-se de patologia clínica (análises), radiologia, endoscopias e outros exames, para além da citada hemodiálise. Neste momento, os serviços públicos não têm capacidade para dar resposta a todos estes serviços, tanto mais que na evolução desde 2011 se tem assistido ao decréscimo do investimento nos equipamentos públicos e ao aumento do fluxo para os privados. No entanto, se for decidida uma tendência inversa, poder-se-á progressivamente poupar dinheiro ao Estado, fornecendo serviços que agora são pagos ao exterior e cuja poupança pode servir para o necessário investimento em equipamento.

Entre 2005 e 2009 houve investimento do orçamento da Saúde nos serviços dos Hospitais, nomeadamente nos Centrais (designados por E) e nos conhecidos como distritais (B, C e D). Em face disso, alguns hospitais resolveram prestar serviços de patologia clínica junto dos Centros de Saúde da sua área, abrindo delegações de colheita de produtos para análise no laboratório hospitalar, o que ocorreu durante alguns meses. No entanto, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), baseada na Lei de Bases da Saúde então em vigor, considerou que era concorrência ilícita e proibiu que a existência dessas delegações fosse publicitada junto dos utentes e sujeitou-as a uma rigorosa fiscalização, sem comparação com a aplicada nos laboratórios privados. Face à persistência nessa atividade meritória, foi instaurado um processo ao Hospital da Guarda e o Centro Hospitalar Lisboa Norte recebeu cartas precatórias para instauração de processo.

**Centro de Diagnóstico Integrado nas ULS
ou na articulação Cuidados Primários - Cuidados Hospitalares**

A resposta rápida (menos de 2h) em patologia clínica ou radiologia convencional poderia ser executada por um centro de diagnóstico integrado que servisse várias USF's e UCSP's ou pelo hospital da área. Este centro ou hospital da área serviriam os serviços de urgência dos Cuidados Primários, com resposta por *e-mail*.

Abertura de postos de colheita de **Patologia Clínica** junto das USF's ou UCP's e envio de resultados por via eletrónica. Devem efetuar-se experiências-piloto.

Os MCDT's, tais como imagiologia, ECG, *Holter*, MAPA e espirometria, poderão ser executado por centros de diagnóstico integrados, servindo várias UCF's e UCSP's, ou pelo hospital da área, relativamente aos quais se recomenda um levantamento para saber da sua capacidade de resposta, com resultados enviados eletronicamente.

Salienta-se o projeto do **Centro Integrado de Diagnostico e Terapêutica** (CIDT) já planeado para Lisboa e Vale do Tejo (localização no Hospital de Pulido Valente), sendo de considerar a sua réplica em Coimbra e no Porto, em plano de maior amplitude.

Deve ser analisada a atividade das Unidades Locais de Saúde e lançadas experiências-piloto neste âmbito.

Recurso a convencionados, apenas como suplementar, tal como está escrito na Lei de Bases da Saúde, quando nem o Centro Integrado nem o Centro Hospitalar puderem dar resposta em tempo e o acesso for distante.

Uma vez que as atuais condições legais (nova Lei de Bases da Saúde) já permitem a aplicação destes procedimentos pela ERS, os Centros Hospitalares podem reativar este projeto. Com base no seu estatuto, a Unidade Local de Matosinhos está desde já a fazê-lo. O Hospital de Évora também está a

responder às solicitações de Patologia Clínica e de Radiologia dos Cuidados Primários da sua região, embora sem carácter obrigatório.

Trata-se, portanto, de proceder à avaliação da capacidade dos grandes e médios Centros Hospitalares para a realização deste programa e aplicá-lo, se e onde houver recursos em equipamento e pessoal.

A resposta ao nível da imagiologia é mais complexa, porque vai desde os equipamentos mais simples (por ex. ecografia), mas com exigência presencial do médico na execução, aos mais complexos, com exigência de especialistas tanto nos Hospitais Centrais (Hospital Amadora-Sintra), como nos distritais (Évora). Está-se a poupar a montante para gastar a jusante. No entanto, admite-se a existência de um grande Centro de Imagiologia ao nível das Administrações Regionais para apoio aos Cuidados Primários.

Quanto à resposta interna e externa aos exames do foro endoscópico (gastroenterologia, sobretudo) a sua capacidade está dependente da reposição e manutenção do equipamento e da dedicação plena dos especialistas.

5. Acesso às consultas da Especialidade

Propõe-se desde já a ida do especialista hospitalar às consultas dos Cuidados Primários. Há que fazer o levantamento das especialidades hospitalares com lista de espera que exceda o tempo médio aceitável (v.g. Ortopedia, Dermatologia, Urologia ou Otorrinolaringologia). Nestas especialidades deve ser decidida, com orientação e decisão da ARS da região, a deslocação do especialista a uma consulta de triagem regular organizada e com a presença do Médico de Medicina Geral e Familiar (MGF). A triagem presencial deve substituir nestes casos, por razões demonstráveis, a triagem no computador. Com este método evita-se grande número de consultas hospitalares e reduz-se consideravelmente, portanto, a lista de espera. Deste modo também se promove o contacto direto entre o MGF e o especialista hospitalar. Esta rede será apoiada por telemóveis internos com cobertura da área. Os bons resultados deste esquema foram comprovados e validados no Centro Hospitalar Lisboa Norte, nas Consultas de Endocrinologia e Psiquiatria, e nos Hospitais de Garcia de Orta e de Santo António em Endocrinologia, entre outros.

6. Cuidados domiciliários e cuidados de internamento de convalescença (curta duração), de recuperação (média duração), de manutenção (longa duração) e paliativos

Os **cuidados domiciliários** são de duas naturezas: 1) dependentes dos cuidados primários e que necessitam essencialmente de equipas de enfermagem, envolvendo custos muito reduzidos de equipamento; o seu reforço tende a evitar muitos internamentos e/ou reinternamentos hospitalares, em modelo de investimento a montante para poupança a jusante; 2) prestados por equipas multidisciplinares hospitalares, atualmente em fase de ensaio, na perspetiva de encurtamento do tempo de ocupação das camas hospitalares e de reintegração mais rápida no meio familiar e social.

Os **cuidados de curta, média e longa duração**, dependentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) também necessitam de grande incremento, para bem-estar dos doentes e das famílias, a par da agilização das altas hospitalares. Em 79 % da sua estrutura a RNCCI baseia-se em acordos com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), sendo que apenas 41% destas instituições dispõem das necessárias equipas multidisciplinares de cuidados continuados integrados. Daqui decorre falta de coerência no seguimento dos doentes, bem evidenciada durante a crise epidemiológica. Apesar de se situar na Região de Lisboa e Vale do Tejo a percentagem mais elevada de referência a partir das altas hospitalares, é nesta região que se observa a menor cobertura relativamente à população abrangida.

Nos **cuidados paliativos** (UCP), entre 2015 e 2018 verificou-se um decréscimo de internamentos, de 2.115 para 1.489. Não se percebe este desinvestimento, visto que houve um decréscimo de 626 doentes. Estima-se que existam em Portugal 71 a 85 mil doentes com necessidades de cuidados paliativos. Segundo as recomendações da *European Association for Palliative Care*, deveriam estar constituídas 100 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) para apoiar as 926 camas de UCP necessárias. Na realidade, em 31 de dezembro de 2018 existiam apenas 21 ECSCP para as 381 camas de UCP existentes. Por outro lado, as equipas intra-hospitalares de UCP são apenas 43, o que significa que muitos hospitais terão apenas uma. A carência de UCP, somada à citada escassez de cuidados domiciliários, restringe seriamente a possibilidade de acompanhamento próximo dos doentes pelos seus familiares na fase do fim da vida. Importa reapreciar e contrariar a ocorrência de morte isolada numa cama hospitalar de agudos, particularmente angustiante nos grandes centros urbanos.

7. Recursos Humanos

Um dos principais efeitos da política de austeridade tem sido a restrição de contratações e das progressões remuneratórias dos funcionários do SNS. É altamente plausível que estas restrições

representem uma das principais causas da diminuição, quantitativa e qualitativa, da capacidade de resposta de muitos setores do SNS.

Parece-nos errada a orientação de que se obtém diminuição da despesa do SNS através de restrições na área dos recursos humanos, por duas ordens de razões:

- A diminuição da resposta interna obriga a contratação externa, com compromisso da qualidade e da coerência das prestações e com custos mais elevados;
- O aperfeiçoamento organizativo, a melhoria da qualidade, a avaliação e controlo da atividade e a investigação metodológica e científica encerram grande potencial económico, por serem indispensáveis à racionalização e otimização das atividades, mas dependem da disponibilidade dos profissionais. É ilusória a perspectiva de que a reorganização se pode substituir à maior e mais qualificada dotação de pessoal. Na realidade, a primeira necessita da segunda.

Os ganhos de eficiência de cada estabelecimento e do SNS na globalidade não serão obtidos à custa da simples diminuição dos custos com pessoal ou impedindo que estes aumentem. Pelo contrário, há importantes fatores de eficiência que só se manifestarão se o SNS dispuser de profissionais em número e com disponibilidade suficientes para corresponder tanto à produção direta de cuidados de saúde como às múltiplas tarefas que, coordenadamente, multiplicam o valor do Serviço. Na situação atual do SNS, eventuais poupanças em recursos humanos não produzem ganhos em eficiência. Têm como consequência a degradação do Serviço, com custos sociais e consumo do financiamento público na remuneração de prestadores privados.

O SNS precisa de corpos profissionais dedicados às especificidades do serviço público. As carreiras e remunerações no SNS devem consignar e premiar a maior dedicação que o serviço público exige relativamente ao sector privado. A mimetização pelo SNS dos padrões produtivistas de gestão e remuneração de pessoal dos estabelecimentos privados é um obstáculo ao cumprimento da sua missão. As finalidades não são as mesmas. Os ganhos em saúde a obter pelo SNS transcendem, em muito, a comercialização de atos característica da atividade privada, como se demonstrou na crise da Covid-19. Portanto, os objetivos, a complexidade e a hierarquização das tarefas e dos contributos dos profissionais são diferentes no SNS. O cometimento e responsabilização que lhes são exigíveis para o funcionamento e para os resultados do Serviço são também de outra ordem. Tudo isso tem de ser refletido em organização, remunerações e estímulos adequados a essa diferenciação.

Apesar da resposta e coesão magníficas demonstradas durante a crise da Covid-19, não se pode esperar que, sobrecarregados pelas dotações de pessoal insuficientes, pelas remunerações persistentemente baixas e pelo congelamento da evolução na carreira (com perspectivas frustradas pelo administrativismo de sucessivos regimes, muitas vezes mal compatibilizados entre si e pelo vazio de sistemas de avaliação inadequados), os profissionais criem um sentimento de pertença ao SNS. Sentem, pelo contrário, que não é convenientemente reconhecida e premiada a sua opção pela contribuição profissional para o serviço público.

Da ausência deste sentimento de pertença e de fatores que confirmam e reforcem o espírito e a satisfação de ser servidor público, decorre, quando muito, um trabalho dissociado da missão do SNS, sem empenho na modificação positiva das instituições, confundindo muitas vezes os objetivos com os de qualquer instituição privada.

Nestas condições, é também compreensível a eventual dificuldade em exigir aos profissionais o cometimento e a assunção de risco, inerentes aos corretos modelos de gestão que se pretende disseminar, como são as Unidades de Saúde Familiar e os Centros de Responsabilidade Integrada.

As óbvias transversalidades da gestão dos recursos humanos, a par das insuficiências e inadequações acumuladas dentro do SNS, tornam urgente a reconsideração da política nesta área, sob pena de invalidar ou condenar ao insucesso muitas das iniciativas de melhoria e de incremento da eficiência.

Mencionam-se seguidamente alguns pontos que se consideram de maior relevância nessa política:

- Reconhecimento da especificidade, responsabilidade acrescida e transcendência do trabalho no serviço público de saúde, inerentes ao seu carácter social e decorrentes da Constituição da República e da Lei de Bases da Saúde.
- Disseminação, pelas entidades do SNS, de formas de organização e gestão que enquadrem a participação dos profissionais na gestão dos estabelecimentos e dos serviços, com promoção da partilha dos inerentes benefícios e riscos - governança clínica.
- Valorização e desenvolvimento correto e atempado das carreiras profissionais, entendidas como trajeto de consagração da diferenciação e de reconhecimento técnico-profissional, regulado inter pares mediante a prestação de provas públicas, com a decorrente hierarquização de competências
- Revalorização geral das remunerações.
- Discriminação positiva da dedicação exclusiva.

- Desenvolvimento de métodos de remuneração mistos de salário e compensação em função da atividade.
- Criação de formas de remuneração de atividades indispensáveis à melhoria da qualidade, à avaliação e à reorganização dos serviços, entre outros não diretamente ligados à dispensa de cuidados, mas indispensáveis ao funcionamento e melhoria das entidades do SNS.
- Criação de incentivos, pecuniários e outros, que premeiem o mérito e o empenho.

8. Territórios profissionais / responsabilidades partilhadas / equipas

Alguns dos problemas que se colocam:

a) A evolução das várias profissões de saúde ao longo dos últimos 30 anos face à organização e gestão do processo de produção de cuidados

Nos últimos 30 anos houve alteração profunda das qualificações e competências dos profissionais de saúde (tradicionalmente médicos e enfermeiros), a que se somou a emergência de novas (velhas) profissões que hoje são parte integrante do processo de cuidados. Muitas vezes, este novo quadro, em vez de induzir as desejadas mais-valias, gera “competição” na procura da conquista de territórios que atropelam processos, que não permitem a rentabilização dos recursos disponíveis e que criam barreiras na procura das melhores soluções para resposta às necessidades de quem é objeto dos cuidados – os cidadãos.

Acresce a esta situação o facto de as organizações do SNS, nomeadamente os hospitais, manterem modelos organizacionais que têm no mínimo 50 anos e são inevitavelmente potenciadores de entropia, bloqueadoras de inovação e alimentadores de desperdício.

b) A autorregulação das profissões face à complementaridade funcional com igual dignidade

A autorregulação das profissões de saúde, sendo uma competência delegada nas Ordens e vinculativa para os profissionais das várias profissões, tornou-se suporte da autonomia dos atos pelos quais cada um é responsável, mas também tem possibilitado por vezes a utilização ilegítima deste poder por estas entidades, em atuações do âmbito sindical.

Até há pouco mais de 20 anos esta autorregulação só existia para os médicos, sendo que a determinação e avaliação dos atos praticados pelos restantes profissionais era fortemente condicionada pela lógica de dependência médica.

Com a alteração desta realidade, nos contextos da prática clínica, o ordenamento jurídico das profissões tem feito caminho nem sempre saudável para a complementaridade e muito menos para a clarificação da dignidade funcional, que se confunde com os meandros legislativos seja das carreiras, seja da orgânica das organizações, seja de legislação mais abrangente de que foi exemplo a definição do "Acto de Saúde" pela Assembleia da República.

Em consequência, os novos modelos de organização e gestão de cuidados continuam a esbarrar em culturas corporativas que só lideranças fortes e centradas no essencial têm conseguido ultrapassar, com desenvolvimento de relações de corresponsabilização em equipas multiprofissionais que assumem o que a cada um compete em função das necessidades identificadas. São ainda nichos, nomeadamente nos cuidados hospitalares.

c) A valorização do trabalho e a harmonização relativa de todos os intervenientes

A última década foi marcada pela efetiva desvalorização do trabalho dos profissionais de saúde, seja por corte nos rendimentos (aumento de horários sem compensação remuneratória, supressão dos subsídios de férias e de natal, redução do número e valor das horas de qualidade e extraordinárias, etc.), seja pela desregulação das carreiras profissionais, mas também pela proliferação de desigualdades decorrentes de vínculos laborais distintos (Contratos de Trabalho em Funções Públicas e Contratos Individuais de Trabalho – CTFP e CIT), o que tem deixado sem expectativas de desenvolvimento os profissionais que se dedicam ao SNS.

Acresce, ainda, a redução (vide Quadro 3) e incorreta distribuição de efetivos, que agrava a penosidade da prestação e gestão dos cuidados e a permanente degradação de estruturas e tecnologias.

Quadro 3: Evolução recursos humanos no SNS

	Médicos	Enfermeiros	TSDT *	As. Técnicos	As. Operac.
2015	26 918	40 615	7 955	15 870	24 560
2018	29 543	44 932	8 568	16 580	26 740
Diferença	2 625	4 317	613	710	2 180
Horas totais 2015	51 682 560	79 980 800	15 273 600	30 470 400	47 155 200
Horas totais 2018	56 722 560	75 485 760	14 394 240	27 854 400	44 923 200
Diferença	5 040 000	-4 495 040	-879 360	-2 616 000	-2 232 000
ETC **	2 625	-2 676	-523	-1 557	-1 329

Fonte: Relatórios sociais da ACSS
 (*) Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
 (**) Equivalente Tempo Completo

Apesar do esforço para a reversão desta situação, desenvolvido nos últimos quatro anos, e da dedicação dos milhares de profissionais dos serviços públicos, as consequências da desregulação laboral decorrentes do período da *troika* estão na origem da desmotivação, da consequente desresponsabilização e da desconstrução de equipas. A reposição da normalidade levará tempo e exige-se arte e engenho para que se atinja a necessária estabilidade

No Quadro 4, publicado no Balanço Social do Ministério da Saúde de 2014, podemos verificar os níveis salariais do SNS e constatamos que **81,6% (97.161)** dos profissionais **têm salários ilíquidos até 2.000 €**, 2% (2.339) até 500€ e 3% (3.599) acima de 5.000€. Salienta-se que 65% dos mesmos profissionais de saúde tem habilitações de nível superior.

Quadro 4: Distribuição da estrutura remuneratória ilíquida no SNS				
Escalão de remuneração	Género		Total	
	Masculino	Feminino	Nº	%
Até 500€	478	1 861	2 339	2,0%
501-1000€	8 085	29 196	37 281	31,3%
1001-1250€	4 847	20 488	25 335	21,3%
1251-1500€	2 754	12 348	15 102	12,7%
1501-1750€	1 824	5 714	7 538	6,3%
1751-2000€	2 855	6 711	9 566	8,0%
2001-2250€	905	2 435	3 340	2,8%
2251-2500€	609	1 068	1 677	1,4%
2501-2750€	1 371	2 453	3 824	3,2%
2751-3000€	807	914	1 721	1,4%
3001-3250€	559	897	1 456	1,2%
3251-3500€	523	732	1 255	1,1%
3251-3750€	425	762	1 187	1,0%
3751-4000€	265	394	659	0,6%
4001-4250€	393	713	1 106	0,9%
4251-4500€	144	208	352	0,3%
4501-4750€	258	384	642	0,5%
4751-5000€	421	709	1 130	0,9%
5001-5250€	479	707	1 186	1,0%
5251-5500€	184	270	454	0,4%
5501-5750€	118	199	317	0,3%
5751-6000€	92	245	337	0,3%
Mais de 6000€	508	797	1 305	1,1%
Total	28904	90 205	119 109	100%

Fonte: Balanço Social do Ministério da Saúde e SNS

Este cenário é seguramente determinante de que o custo *per capita* em cuidados de saúde se situe 1/3 abaixo da média europeia¹ e é igualmente a principal causa da procura de melhores condições por parte de milhares de médicos e enfermeiros, através da emigração ou da transferência para o setor privado, ao que acrescem os constrangimentos anteriormente referidos.

De tudo o que aqui se refere podemos concluir da necessidade de uma política para as profissões que suporte a indispensável planificação e adaptação às necessidades, com valorização e harmonização efetivas.

Em conclusão:

- Embora em contracorrente com a mercantilização da Saúde a nível europeu no que diz respeito à nova Lei de Bases da Saúde, o SNS sofre as consequências de vários anos de evolução mercantil, tal como se verifica noutros serviços europeus, que se encontram em sobressalto.
- Há questões novas que dizem respeito à Saúde dos cidadãos, porque a realidade demográfica e técnica evoluiu.
- Reconhece-se o reforço financeiro da Saúde no OE 2020, mas este não apaga a diferença da despesa total em Saúde face ao PIB ou *per capita* quando comparada com outros países da OCDE.
- Os equipamentos de Saúde têm vindo a revelar decréscimo e envelhecimento das camas hospitalares e dos equipamentos da Saúde em geral, assim como redução dos técnicos superiores da área, propondo-se que o Ministério da Saúde assuma o seu planeamento e execução nesta área, com construção de novos hospitais, de novas Unidades de Saúde Familiar (USF's), de novos Centro de Diagnóstico Integrados.
- Reconhecendo o grande impulso que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm tido desde 2006, propõe-se que haja uma transição assistencial de modo a serem estes a resolver cerca de 40 por cento das urgências hospitalares, desde que equipados nesse sentido e que sejam eles a base da Saúde dos portugueses, na concretização do princípio de que todos os cidadãos têm de ter acesso a um Médico de Família.

¹ EU Perfil da saúde 2018 - Portugal

- Os CSP devem trabalhar em rede entre si e com os Centros Hospitalares, nomeadamente na realização de Meios Complementares de Diagnóstico, de modo a poupar ao Estado milhões de euros anualmente pagos a privados.
- Os especialistas hospitalares devem deslocar-se aos Centros de Cuidados Primários, nomeadamente naquelas especialidades com atraso de acesso à consulta hospitalar, de modo a encurtar os tempos e as listas de espera.
- Os cuidados preventivos, domiciliários, de convalescença e prolongados, tal como os paliativos devem ter grande implementação, investindo a montante para não gastar a jusante (mais de 6 milhões de urgências hospitalares só no ano 2018, somam decerto muitos reinternamentos).
- A todos os níveis do SNS, os recursos humanos têm de ser objeto de reconhecimento, traduzido também em novas formas de remuneração e regimes de trabalho, sob pena de esvaziamento dos serviços, nomeadamente dos seus profissionais mais jovens e mais especializados.
- As profissões e os seus territórios devem ser repensados, de acordo com a evolução das Ciências da Saúde e da Sociedade.

Lisboa, 30 de junho de 2020

Ana Raposo Marques – médica de família, Unidade de Saúde Familiar (USF) Sado, Setúbal

Ana Sofia Ferreira – economista, gestora hospitalar, Hospital Garcia de Orta, EPE

António Rodrigues – médico de família, Coimbra

Bruno Maia – médico neurologista, Hospital de S. José, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE

Durão Carvalho – engenheiro, ex-diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos do CHLN e membro da direção da Associação de Técnicos de Engenharia Hospitalar Portugueses (ATEHP)

Filipe Froes – médico pneumologista, Coordenador da UCIMC do Hospital Pulido Valente, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Hugo Esteves – médico de saúde pública, professor universitário e dirigente sindical

Isabel do Carmo – médica endocrinologista, ex-diretora de Serviço do CHLN, ex-coordenadora da articulação CHLN-CSP Lisboa Norte

Jaime Teixeira Mendes – cirurgião pediátrico, presidente da Associação de Médicos Pelo Direito à Saúde (AMPDS)

João Correia da Cunha – médico cardiologista, ex-presidente e ex-diretor clínico do CHLN

João Oliveira – médico oncologista, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE

João Rodrigues – médico de família, USF Coimbra Celas

João Rodrigues Inácio – médico radiologista, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Manuela Silva – médica psiquiatra, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Maria Augusta Sousa – enfermeira, ex-Bastonária da Ordem dos Enfermeiros

Martins Guerreiro – almirante, diretor da Revista da Associação 25 de Abril

Nelson Baltazar – engenheiro, ex-Secretário de Estado da Saúde

Patrícia Carrilho – médico nefrologista, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

Ricardo Paes Mamede – economista, professor do ISCTE

Teresa Gago – médica dentista, membro da coordenação da Plataforma Cascais - movimento cívico