

**Comissão da União Europeia**  
**Comité de Protecção Social**

*Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração*  
**RELATÓRIO PRELIMINAR**

**PORTUGAL**

**Ministério da Saúde**  
**Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social**  
**2005**

# ÍNDICE

---

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>ESTRUTURA DEMOGRÁFICA</b> .....	3
ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO .....	3
NATALIDADE E FECUNDIDADE.....	5
TAXA DE MORTALIDADE GERAL E PELAS PRINCIPAIS CAUSAS.....	5
ESPERANÇA DE VIDA .....	6
PERCEPÇÃO INDIVIDUAL DE SAÚDE E INCAPACIDADE.....	7
<b>RECURSOS</b> .....	8
RECURSOS FINANCEIROS .....	8
RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS .....	8
<b>DIREITOS</b> .....	9
DIREITOS FUNDAMENTAIS .....	9
DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES.....	10
<b>ACESSIBILIDADE</b> .....	11
<b>QUALIDADE</b> .....	13
<b>SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA</b> .....	14
<b>CONCLUSÃO</b> .....	16

## **Introdução**

O Comité de Protecção Social, da Comissão da União Europeia, solicitou aos Estados Membros, no âmbito da aplicação do método aberto de coordenação aos cuidados de saúde e cuidados de longa duração, a elaboração de um relatório preliminar sobre os desafios, nesta matéria, que os seus sistemas de saúde enfrentam, as reformas em curso e as políticas a implementar a médio prazo.

Os relatórios preliminares dos Estados Membros darão origem a um relatório global, que tem como objectivo não só dar a conhecer a realidade dos vários Estados Membros, como ser um instrumento para o início da implementação do método aberto de coordenação (*Open Method of Coordination*) aos cuidados de saúde e cuidados de longa duração, de forma a delinearem-se objectivos e indicadores comuns e disseminarem-se boas práticas em matéria de acessibilidade, qualidade e sustentabilidade financeira.

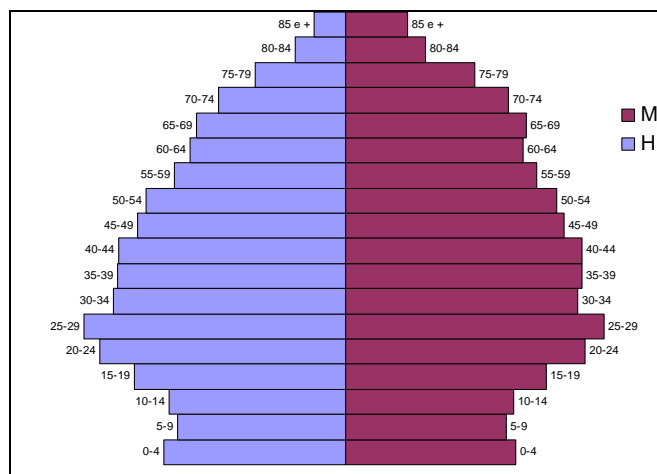
O presente relatório utiliza alguns dos indicadores constantes do documento *Indicators for the OMC on Health and Long-Term Care- Discussion Paper for ISG, meeting on 6 April 2005*, com base na informação disponível à presente data e pretende descrever o sistema de saúde português, bem como as grandes opções políticas para a sua evolução, em matéria de cuidados de saúde e de cuidados de longa duração, inscritas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e no Programa do XVII Governo Constitucional, o qual tomou posse em 12 de Março de 2005, na sequência de eleições legislativas realizadas, em Portugal, em 20 de Fevereiro do mesmo ano.

Para o actual Governo a saúde é um bem e um direito de todos os cidadãos, constituindo uma das políticas sociais que mais contribui para uma sociedade justa e solidária.

## **Estrutura Demográfica**

### *Estrutura etária da população*

O efeito conjunto da diminuição da mortalidade e da diminuição da natalidade tem-se traduzido no progressivo envelhecimento da população portuguesa, com um profundo estreitamento da base da pirâmide etária e um alargamento dos grupos etários intermédios.



Fonte: Censo de 2001, INE.

**Figura 1 - Pirâmide etária portuguesa**

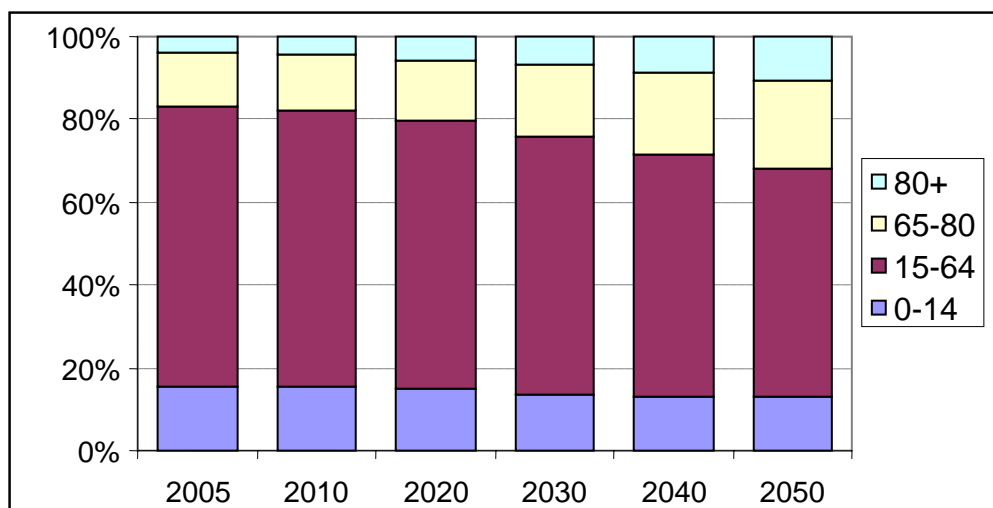
Em 1970 as pessoas com 65 ou mais anos representavam 9,7% do total da população portuguesa. Em 1990 eram 13,4% e em 2003 atingiam os 17% do total da população. Neste mesmo período a população menor de 15 anos declinava, passando de 28,5% do total da população para 20,4% em 1990 e 15,8% em 2003.

**Quadro 1 Índice de dependência dos idosos e dos jovens em 1970, 1980, 1990 e 2002**

	1970	1980	1990	2002
Índice de dependência dos idosos	15,3	18,0	20,1	24,6
Índice de dependência dos jovens	46,4	41,0	30,8	23,5

Fonte: Estatísticas demográficas, INE

Um outro modo de avaliar o envelhecimento da população é comparar a evolução dos índices de dependência dos jovens e dos idosos. Enquanto o primeiro declina cerca de 50% entre 1970 e 2002, o segundo aumenta cerca de 60% no mesmo período, de tal modo que o índice de dependência das pessoas idosas acaba por ser superior ao dos jovens em 2001.



Fonte: Eurostat

**Figura 2 – Projecções demográficas, Portugal 2005-2050**

O peso da população idosa, no total da população, passará de cerca de 17% no curto prazo para 32% em 2005, sendo que o peso da população extremamente idosa, de 80 e mais anos de idade, quase triplicará de 3,8% para 10,7%.

## *Natalidade e fecundidade*

Para o envelhecimento global da população tem contribuído a diminuição do número de nascimentos. Entre 1970 e 2003 passaram a nascer anualmente cerca de 60 000 crianças. A dificuldade em repor a população traduz-se na redução da taxa de fecundidade.

**Quadro 2 Número de nados-vivos e taxa de fecundidade em 1970, 1980, 1990 e 2003**

	1970	1980	1990	2003
Nados-vivos	172891	158352	116383	112589
Taxa de fecundidade	2,8	2,2	1,54	1,44

Fonte: Estatísticas demográficas, INE

## *Taxa de mortalidade geral e pelas principais causas*

A evolução da dimensão e padrão de mortalidade, em Portugal, revela uma melhoria da saúde da população no decorrer dos últimos 20 anos.

Entre 1980 e 2003 verificou-se uma descida acentuada na taxa de mortalidade padronizada para todas as causas.

A taxa de mortalidade padronizada por doenças cérebro-vasculares, apesar da tendência decrescente verificada, continua a ser a principal causa de morte e, no contexto da União Europeia, continua acima da média comunitária e permanece no grupo dos cinco países que apresentam esta taxa mais elevada.

**Quadro 3 Taxas de mortalidade padronizada (método directo) geral e por algumas causas seleccionadas em 1980, 1990 e 2002**

	1980	1990	2002
TMP geral	1123,8	924,6	728,9
TMP por doenças cérebro-vasculares	277,3	210,2	122,2
TMP por doença isquémica cardíaca	93,1	82,7	63,7
TMP por tumores malignos	161,5	164,0	161,6
TMP por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão	16,2	20,3	23,0
TMP por tumores malignos do estômago	33,0	26,8	18,0
TMP por tumores malignos do cólon, recto e ânus	15,7	20,0	21,9
TMP por tumores malignos da próstata	24,5	23,9	27,2
TMP por acidentes com veículos a motor	28,0	26,6	19,0
TMP por sinais, sintomas e outras afecções mal definidas	176,0	113,0	65,4

Fonte: INE e DGS

A taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca permanece abaixo da média da União Europeia e revela uma tendência decrescente.

Entre 1980 e 2002 assistiu-se a uma inversão das posições relativas da mortalidade por tumores malignos do pulmão e do estômago. Apesar de Portugal ser um dos quatro países da União Europeia com as mais elevadas taxas de mortalidade por tumor maligno do estômago, aquela tem vindo a decrescer paralelamente à da média da União Europeia, não se prevendo que, nos próximos anos, possa descer abaixo desta.

A taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmões teve um crescimento de mais de 50% desde 2000, passando, no sexo masculino, de sexta a quarta causa de morte.

A mortalidade por todos os tumores malignos tem-se mantido estável e abaixo da média comunitária.

Apesar do decréscimo que se tem verificado, a mortalidade por acidentes de viação com veículos a motor mantém-se acima da média da União Europeia. Em 2001 e 2002 verificou-se um aumento na sua taxa o que poderá ser fruto do plano de melhoria da qualidade nas estatísticas de mortalidade, iniciado em 2001. Este plano permitiu que muitos óbitos por acidentes de viação deixassem de ser codificados como causa mal definida e passassem a ser codificados correctamente.

A taxa de mortalidade padronizada por sinais, sintomas e outras afecções mal definidas tem constituído a segunda ou terceira causa de morte. Este facto traduz problemas na qualidade das estatísticas de mortalidade que, tendo sido identificados, levaram ao desenvolvimento de um programa de melhoria da sua qualidade tendo reduzido a mortalidade proporcional por estas causas para baixo dos 10%.

**Quadro 4 Taxas de mortalidade infantil, neonatal, materna e de 1 aos 4 anos em Portugal em 1960, 1970, 1980, 1990 e 2002**

	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2002</b>
TM infantil (por 1000 NV)	77,5	58,0	24,3	11,0	5,1
TM neonatal (por 1000 NV)	27,9	25,4	15,5	7,0	3,4
TM neonatal precoce (por 1000 NV)	15,0	16,0	12,3	5,7	2,1
TM neonatal tardia (por 1000 NV)	12,9	8,6	3,1	1,3	0,8
TM pós-neonatal (por 1000 NV)	49,5	32,6	10,3	4,0	2,1
TM infantil por malformações congénitas (por 1000 NV)	2,3	3,0	3,9	2,8	1,6*
TM infantil traumatismos de parto (por 1000 NV)	1,95	2,67	0,66	0,10	0,03*
TM por materna (por 100 000 hab.)	2,79	1,46	0,25	0,09	0,04
TM de 1 aos 4 anos (por 1000 hab.)	6,91	3,16	1,27	0,68	0,37

\* 2001

Fonte: INE e DGS

Têm-se verificado evidentes melhorias em alguns indicadores da saúde reprodutiva. A taxa de mortalidade infantil, em 40 anos, diminuiu 50% três vezes: uma vez entre 1960 e 1980; uma segunda entre 1980 e 1990 e, finalmente, entre 1990 e 2000.

De igual modo, a maioria das taxas relacionadas com a saúde da criança tiveram evoluções que traduziram a melhoria global da saúde da população.

É interessante notar a evolução das taxas de mortalidade infantil por malformações congénitas e por traumatismos do parto, que reflectem a melhoria dos cuidados de saúde reprodutiva.

#### *Esperança de vida*

A esperança de vida à nascença é outro indicador demográfico que espelha a melhoria do nível de saúde nos últimos 40 anos em Portugal. Apesar do País se encontrar, ainda, em posição inferior à média comunitária, tem apresentado uma evolução positiva neste indicador, tanto no sexo masculino, como no sexo feminino. No entanto, a distância entre homens e mulheres tem tido tendência em aumentar em favor destas.

**Quadro 5 Esperança de vida à nascença em Portugal em 1960, 1970, 1980, 1990 e 2002**

	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2002</b>
Homens	61,2	64,2	67,5	70,6	73,8

Mulheres	66,8	70,8	74,6	77,6	80,3
----------	------	------	------	------	------

Fonte: HFA-DB, OMS 2005

### *Percepção individual de saúde e incapacidade*

Em comparação com a União Europeia (15 países), a população portuguesa percepção como pior a sua saúde. Em 2001, 19,4% dos portugueses consideravam que a sua saúde era má ou muito má, contra 11,4% no conjunto da União Europeia, embora se tenha verificado uma ligeira tendência de diminuição nesse valor entre 1998 e 2001 (Quadro 6) com conseqüente aproximação dos valores europeus.

De acordo com o *Eurostat*, em 2001, 47,5% dos portugueses consideraram a sua saúde como boa ou muito boa, contra 60,9% do conjunto dos europeus.

De igual modo, nos maiores de 64 anos verifica-se um situação semelhante, sendo que os portugueses idosos percebem o estado da sua saúde de modo pior que os europeus idosos. Em 2001, 44,6% dos portugueses com 65 ou mais anos consideravam que a sua saúde era má ou muito má, enquanto que, no conjunto europeu, 25,8% tinham a mesma percepção do estado da sua saúde.

Em 2001, 8,2% dos inquiridos em Portugal, com 65 ou mais anos, consideraram a sua saúde como boa ou muito boa, enquanto, no conjunto da Europa, 31,3% consideram o mesmo.

**Quadro 6 Auto-apreciação do estado de saúde em Portugal e União Europeia (15 países)**

	1998		1999		2000		2001	
	UE15	PT	UE15	PT	UE15	PT	UE15	PT
<b>Toda a população</b>								
Muito boa	16,4	3,3	14,8	3,1	15,7	3,0	16,3	3,5
Boa	44,2	43,8	42,3	44,4	44,6	43,8	44,6	44,0
Razoável	27,4	31,3	29,5	32,1	28,3	32,9	27,7	33,1
Má	9,0	17,3	10,2	15,9	8,8	16,6	8,8	15,8
Muito Má	3,0	4,3	3,2	4,5	2,6	3,7	2,6	3,6
<b>65 ou mais anos</b>								
Muito boa	5,0	0,2	3,8	0,0	4,2	0,2	4,3	0,1
Boa	26,3	9,4	24,3	8,7	26,1	6,9	27,0	8,1
Razoável	41,4	35,1	42,6	37,9	44,1	39,0	42,9	37,3
Má	19,6	42,4	21,3	40,8	19,0	42,4	19,6	43,2
Muito Má	7,7	12,9	8,0	12,6	6,6	11,5	6,2	11,4

UE – União Europeia PT – Portugal  
Fonte: Indicadores Estruturais, Eurostat

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde, 1,5% dos inquiridos com 10 ou mais anos de idade declarou incapacidade permanente, que obrigava a estar sempre acamado, sentado ou limitado à sua casa, sendo de 1,0% no sexo masculino e de 1,9% no sexo feminino.

## Recursos

### *Recursos financeiros*

Portugal é, actualmente, o sétimo país da OCDE em despesa na saúde *per capita*, sendo ultrapassado, por ordem decrescente, pelos Estados Unidos da América (EUA), Suíça, Alemanha, Canadá, França e Grécia, não estando muito distante dos países deste grupo, com excepção dos EUA.

A percentagem da despesa pública é, no entanto, de 70%, situando-se abaixo da média dos países da OCDE e na metade inferior dos países da União Europeia.

Por outro lado, a percentagem da despesa total aplicada em medicamentos e outros produtos não duráveis é das mais altas da União Europeia e apresenta tendência de crescimento.

**Quadro 7 Total da despesa com a saúde em 1970, 1980, 1990 e 2003 (%)**

	1970	1980	1990	Último ano disponível
Total da despesa com a saúde em percentagem do PIB	2,6	5,6	6,2	9,6*
Total da despesa pública em percentagem do total da despesa com a saúde	59,0	64,3	65,5	69,7*
Total da despesa com medicamentos e outros produtos não duráveis em percentagem dos gastos com a saúde	ND	19,9	24,9	23,8**

\* 2003 \*\* 1997 Fonte: OCDE, 2005, IGIF, Contas Globais do SNS 2003

### *Recursos materiais e humanos*

Portugal possui uma rede nacional de centros de saúde, para a prestação de cuidados primários, onde se inclui a medicina geral e familiar, as acções de saúde pública e a intervenção comunitária, que cobre todo o território.

O número de camas hospitalares por 100 000 habitantes tem-se mantido abaixo da média comunitária e evidenciando declínio. Este valor está, no entanto, muito próximo dos valores de países como o Reino Unido, Espanha, Irlanda, Dinamarca e Itália.

Relativamente aos recursos humanos, verifica-se aumento do número total de médicos por habitante, estando este número, actualmente, muito próximo da média comunitária. Portugal possui, no entanto, a mais elevada percentagem da União Europeia em médicos hospitalares e com tendência de crescimento.

Portugal é, simultaneamente, dos países da União Europeia com menor número de clínicos gerais por habitante, situando-se este indicador bastante longe da média comunitária e com tendência decrescente.

Por outro lado, tem-se verificado um movimento acelerado de crescimento do número de médicos dentistas por habitante, sendo previsível que, nos próximos anos, ultrapasse a média comunitária.

O País apresenta, ainda, no contexto comunitário, um dos mais baixos números de enfermeiros por habitante, apesar da tendência crescente. No entanto, tendo em conta o número de estudantes de enfermagem, actualmente existente, é previsível que os valores nacionais comecem a aproximar-se da média da União Europeia.

**Quadro 8 Recursos de saúde em Portugal em 1980, 1990 e 2002**

	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2002</b>
Nº de camas hospitalares por 100 000 hab.	518,6	451,5	363,7
Nº de médicos por 100 000 hab.	195,6	280,6	325,5
Nº de clínicos gerais/médico de família por 100 000 hab.	ND	70,1	55,0
% de médicos hospitalares	64,5*	62,8	73,4**
Nº de dentistas por 100 000 hab.	11,0	16,9	49,7
Nº de enfermeiros por 100 000 hab.	224,0	277,0	403,1

\* 1984 \*\* 2001

Fonte: HFA-DB, OMS 2005

## **Direitos**

### *Direitos fundamentais*

A Constituição da República Portuguesa define e consagra no artigo 64º:

1. Todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção da saúde é realizado:
  - a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;
  - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e, ainda, pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.
3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
  - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
  - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
  - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
  - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

#### *Direitos e deveres dos doentes*

A Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) estabelece que a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.

A Base V da Lei de Bases da Saúde estabelece, ainda, os seguintes direitos e deveres dos cidadãos:

1. Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.
2. Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.

Por sua vez a Base XIV consagra os seguintes direitos dos utentes dos serviços de saúde:

1. Os utentes têm direito a:
  - a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
  - b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
  - c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
  - d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
  - e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
  - f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
  - g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
  - h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
  - i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.
2. Os utentes devem:

- a) Respeitar os direitos dos outros utentes;
- b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;
- c) Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;
- d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- e) Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

## **Acessibilidade**

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 defende o investimento na saúde em todas as fases do ciclo da vida, desde o nascimento até à morte.

Por esta razão criou e está a desenvolver, em todo o Serviço Nacional de Saúde, programas nacionais de saúde, nomeadamente de prevenção e controlo de doenças crónicas, como diabetes, asma, cancro, doenças cardíaco-cerebrovasculares, doença pulmonar obstrutiva crónica, obesidade e depressão. Está, ainda, a desenvolver programas nacionais para a saúde da visão e para a saúde das pessoas idosas, em paralelo com o desenvolvimento de unidades de tratamento da dor e de unidades de cuidados paliativos.

O mesmo Plano realça a importância do grupo etário com mais de 65 anos, que está a crescer nos países mais desenvolvidos devido à melhoria dos sistemas de saúde e das condições de vida e é o maior consumidor de recursos na saúde.

Estima, também, que, nas próximas décadas, as necessidades de saúde desta população aumentem substancialmente em Portugal, paralelamente a um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e risco de perda de funcionalidade, com doenças de evolução prolongada e de elevado potencial incapacitante. Neste contexto, deverá inserir-se o conceito e a prática de cuidados continuados ou de longa duração, onde deverá existir complementaridade entre as famílias e o apoio público.

Por tal razão, o Plano Nacional de Saúde alerta para o facto do sistema de saúde ter que se adaptar para dar resposta às novas necessidades desta população, incluindo as decorrentes da última fase da vida, desenvolvendo o tratamento da dor e os cuidados paliativos. Refere, ainda, que a melhoria de acesso aos cuidados de saúde, passa, inevitavelmente, pelo desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas à saúde, designadamente a telemedicina e *call centers*.

A acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde constitui, assim, uma prioridade do actual Governo, em especial no que se refere à população com mais de 65 anos, dando continuidade ao esforço de implementação de respostas, em matéria de cuidados de longa duração, iniciado em governos anteriores.

A estratégia da Rede de Cuidados Continuados está a ser avaliada por uma Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, criada pelo actual Governo e constituída por elementos do sector da saúde e

da segurança social, a funcionar na dependência do Ministro da Saúde e do Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social.

A referida Comissão tem por missão elaborar propostas, até final de 2005, que visem a obtenção mais rápida de ganhos de saúde da população idosa e das pessoas em situação de dependência, que garantam a prática integrada de cuidados de longa duração, através da criação de serviços comunitários de proximidade e da indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e serviços e instituições de apoio social.

Neste sentido a Resolução de Conselho de Ministros nº 84/2005, de 27 de Abril, resolve adoptar as seguintes orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência:

1. Respeito pela dignidade da pessoa idosa ou em situação de dependência;
2. Incentivo ao exercício da cidadania;
3. Participação das pessoas idosas ou em situação de dependência, ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento;
4. Respeito pela integridade física e moral da pessoa idosa ou em situação de dependência, assegurando o seu consentimento informado ou do respectivo representante legal nas intervenções ou prestação de cuidados;
5. Envolvimento da família na prestação de cuidados;
6. Promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores;
7. Proximidade na prestação dos cuidados.

O actual Governo visa assim, no seu Programa, continuar a considerar os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde e dar prioridade ao objectivo de promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida, de forma a vir a aumentar a qualidade dos anos de vida das pessoas mais idosas, intervindo:

1. Na promoção da criação de serviços comunitários de proximidade, sob a forma de parcerias entre centros de saúde e instituições de apoio social;
2. Na articulação entre centros de saúde, hospitais de agudos, cuidados de longa duração e instituições de apoio social;
3. No desenvolvimento da capacidade dos hospitais de agudos para reabilitação imediata do paciente crónico e idoso, logo após o episódio agudo de doença e sua inserção na família através dos serviços comunitários de proximidade;
4. No planeamento correcto dos equipamentos de cuidados de longa duração, a fim de prevenir lacunas e redundâncias e incentivando o desenvolvimento de cuidados paliativos;

5. Na reactivação dos cuidados de saúde no domicílio, em articulação com os serviços comunitários de proximidade;
6. No reforço do apoio às famílias, através de internamentos temporários e prolongados, apoio domiciliário de saúde e recurso a *call centers*.

Por outro lado, o actual Governo decidiu implementar um plano de reforma dos cuidados de saúde primários, com definição de frentes de trabalho e metas operacionais, a ser apresentado por um Grupo de Trabalho, técnico e multidisciplinar, a funcionar na dependência directa do Ministro da Saúde.

O referido Grupo de Trabalho tem por missão específica propor a metodologia para a criação de Unidades de Saúde Familiar, tendo os centros de saúde como suas entidades enquadradoras.

Neste sentido, o actual Governo propõe-se reestruturar os centros de saúde através da criação de unidades de saúde familiar, as quais devem obedecer aos princípios seguintes:

1. Pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas;
2. Autonomia organizativa, funcional e técnica;
3. Contratualização de uma carteira básica de serviços;
4. Meios de diagnóstico descentralizados;
5. Sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade;
6. Contacto directo paciente-profissional, via telefone e correio electrónico.

O Governo pretende, ainda, promover oportunidades para o aumento da efectividade e eficiência dos hospitais de agudos, através:

1. da revisão do planeamento dos recursos hospitalares, sobretudo nas duas grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, reconvertendo hospitais à medida que termina a construção de novas unidades hospitalares;
2. do incentivo da criação de hospitais de dia, cirurgia de ambulatório, gestão comum de camas e lotações variáveis.

## **Qualidade**

O Plano Nacional de Saúde identifica a necessidade de ser melhorada a qualidade em diferentes áreas do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no que se refere à melhoria dos indicadores que permitem uma avaliação mais rigorosa da qualidade das prestações de cuidados de saúde e da sua organização. É dentro deste contexto que o Instituto da Qualidade em Saúde tem vindo, progressivamente, a desenvolver a sua acção.

O Plano Nacional de Saúde salienta, ainda, a importância da humanização na melhoria contínua da qualidade, através, nomeadamente, do desenvolvimento da vertente da ética no

sistema de saúde e através de maior formação das comissões de ética existentes nos serviços prestadores de cuidados de saúde.

O Governo considera, por outro lado, a promoção da qualidade fundamental para a adequação dos cuidados de saúde às novas necessidades da população mais idosa e vulnerável, tornando-os cada vez mais adaptados às expectativas crescentes desta população.

Neste sentido, a prestação de cuidados de longa duração, por se dirigir a uma população em situação de especial vulnerabilidade, deve estar condicionada à aplicação de um modelo de avaliação da qualidade, definido a nível nacional.

O Programa do Governo salienta, assim, que os utentes têm direito de esperar, do sistema de saúde, acolhimento e cuidados de elevada qualidade e segurança, independentemente do local onde vivem, do meio económico e social a que pertencem e do serviço que utilizam.

Para concretizar estes princípios o Governo visa adoptar as seguintes medidas:

1. Implementar uma Carta de Ética que promova a responsabilidade e profissionalismo individual e institucional, o rigor de boas práticas, a transparência, a solidariedade e o respeito pelos utentes;
2. Promover a melhoria contínua da qualidade, através do desenvolvimento do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, do Programa Nacional de Qualificação de Centros de Saúde, do Programa Nacional de Auditoria Clínica e do desenvolvimento de normas nacionais de orientação e gestão clínica;
3. Promover a segurança dos doentes, através de uma efectiva gestão dos riscos, da qualidade da prescrição médica e da prevenção e luta contra a infecção, o erro profissional, a insegurança de locais e práticas e através da revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos;
4. Promover a formação dos quadros em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade e liderança.

### **Sustentabilidade Financeira**

O Serviço Nacional de Saúde tem o crédito de ter conseguido harmonizar em cerca de trinta anos, entre cidadãos portugueses e restantes europeus, os principais indicadores de saúde.

No entanto, é, hoje, uma evidência o facto do Serviço Nacional de Saúde português se ter tornado pesado, pouco ágil, desarticulado, gastador e relutante em acolher a inovação. Tornou-se, igualmente, presa fácil de interesses particulares.

Por todas estas razões, o Serviço Nacional de Saúde tem que ser reforçado na sua competência estratégica e, para isso, tem que ser modernizado e centrado nas prioridades e na garantia de separação entre financiador e prestador.

Sem quebra do princípio da solidariedade e para que este se torne mais equitativo, o Governo propõe-se criar condições para que, de forma progressiva, haja separação rigorosa

dos três sectores constitucionalmente previstos - o público, o social e o privado – de forma a garantir a sua articulação em termos de ganhos de saúde e de ganhos de eficiência, pagando serviços previamente contratualizados e avaliando-os por critérios quantitativos e qualitativos.

Por outro lado, a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde está associada à sua capacidade de regulação da oferta de cuidados. O pleno funcionamento da Entidade Reguladora da Saúde, a nível nacional, é central neste processo.

Do mesmo modo, o desenvolvimento de redes de texto voz e imagem, em banda larga, serão fundamentais para a optimização do Serviço Nacional de Saúde, pois possibilitarão a consulta a partir do domicílio do doente, consultas de referência para especialistas a partir do médico de família e transferência de informação digitalizada que acompanhe o doente.

O Governo propõe-se, ainda, proceder à venda de alguns medicamentos fora das farmácias, com controlo e supervisão efectuados por técnicos especializados, nomeadamente os que não necessitam de receita médica, dados os benefícios proporcionados aos consumidores, quer em termos de acessibilidade pelo aumento do número de pontos de venda, quer em termos da concorrência. Esta medida terá, ainda, como efeito, o alargamento do mercado de emprego para os jovens farmacêuticos e técnicos de farmácia, criando novas oportunidades de trabalho. No entanto, a dispensa de tais medicamentos deve continuar a ser efectuada em respeito pelas regras e procedimentos em vigor, que suportam o sistema de regulação dos medicamentos, de forma a garantir a qualidade e a segurança da sua utilização. Para tal, os medicamentos passíveis de comercialização fora das farmácias devem continuar, desde a sua entrada no mercado, a reger-se pela legislação atinente e os postos de venda devem ser objecto de registo prévio junto do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, ficando sujeitos à respectiva fiscalização.

Atendendo a que os medicamentos são um importante sector do Serviço Nacional de Saúde, tanto do ponto de vista financeiro como na forma como afectam o doente, a acção do Governo é orientada para os seguintes objectivos e medidas:

1. Acelerar a revisão do actual sistema de comparticipação estatal do preço dos medicamentos, com ênfase na evidência da eficácia dos princípios activos e por preços de referência em função da experiência acumulada;
2. Alargar, progressivamente, a prescrição por denominação comum internacional (DCI) a todos os medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde;
3. Reanalisar, em colaboração com o Ministério da Economia e com o apoio da autoridade reguladora da concorrência, as regras de comercialização dos medicamentos;
4. Negociar um protocolo, entre o Estado e os representantes da indústria farmacêutica, para o controlo do crescimento do mercado dos medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde;
5. Adoptar a prescrição electrónica de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico, associada a auxiliares de decisão clínica e informação sobre custos de dose média diária;

6. Criar um Formulário Nacional de Medicamentos para Ambulatório;
7. Estabelecer vigilância sobre ações de promoção do medicamento, junto de médicos e farmácias de oficina;
8. Lançar um programa nacional de melhoria da qualidade da prescrição medicamentosa;
9. Tornar a indústria farmacêutica nacional numa área estratégica na relação entre a economia e a saúde.

No que se refere aos equipamentos de saúde salienta-se:

1. O desenvolvimento do Programa de Melhoria e Ampliação de Instalações de Saúde, que atenderá às áreas prioritárias consignadas no Plano Nacional de Saúde;
2. A actualização da Carta Nacional de Equipamentos de Saúde, tendo em conta as redes de referência hospitalar definidas, sendo que as novas aquisições de equipamentos serão precedidas de análise custo/benefício e análise da sua sustentabilidade.

## **Conclusão**

Portugal tem uma população envelhecida, como a maioria dos países da União Europeia, com uma acentuada diminuição da taxa de fecundidade.

A taxa de mortalidade, para todas as causas, tem vindo a decrescer de forma acentuada, assim como a mortalidade infantil, que passou de 77,5/1000 em 1960 para 5,1/1000 em 2002.

A esperança de vida à nascença, que em 1960 era de 61,2 anos para homens e 66,8 para mulheres, aumentou para 73,8 e 80,3, respectivamente, em 2002.

Apesar do sucesso na melhoria da esperança de vida, o sistema de saúde português ainda tem carências, nomeadamente a nível dos cuidados de longa duração e dos cuidados paliativos, o que aliado ao aumento da esperança de vida com o respectivo crescimento da incidência de doenças crónicas incapacitantes, torna esta questão ainda mais premente.

O Governo considera prioritários:

1. O investimento no desenvolvimento de cuidados de longa duração, de forma a colmatar a deficiência do sistema nesta área;
2. A adequação da organização e da prática dos cuidados de longa duração às necessidades das próximas décadas, nomeadamente tentando adiar o início das incapacidades decorrentes das complicações da patologia crónica;
3. A garantia da qualidade dos cuidados de longa duração prestados aos utentes;
4. A garantia da sustentabilidade financeira, através da reorganização, em curso, dos centros de saúde e hospitais, com a criação de serviços comunitários de

proximidade e de unidades locais de saúde, com o objectivo de aumentar a eficiência e eficácia do Serviço Nacional de Saúde.

Para a concretização dos objectivos acima identificados, a Comissão interministerial designada pelos Ministros da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, está a desenvolver o plano de acção necessário à prossecução da política de cuidados de longa duração definida pelo actual Governo.