A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS – A PRECARIDADE DAS VITÓRIAS ALCANÇADAS

THE EVOLUTION OF THE PORTUGUESE HEALTH SYSTEM - THE PRECARIOUS NATURE OF THE SUCCESSES ACHIEVED

L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE PORTUGAIS - LA PRECARITE DES SUCCES OBTENUS

André Beja[1]
Paulo Ferrinho[2]

1. andre.beja@ihmt.unl.pt. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

2. pferrinho@ihmt.unl.pt. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Ao longo dos últimos 50 anos, Portugal consolidou um Sistema de Serviços de Saúde (SSS) que tem no Serviço Nacional de Saúde (SNS) o seu pilar central, reservando aos atores privados e sociais um papel de complementaridade que tem vindo a variar com a expansão desses setores. Neste capítulo, fazemos uma revisão da evolução do SSS, dando especial atenção ao aparecimento do SNS no contexto das mudanças sociopolíticas iniciadas com o 25 de abril de 1974, e ao seu desenvolvimento no último meio século, procurando destacar, sem uma preocupação de exaustividade, as reformas mais significativas e alguns dos condicionalismos que marcaram este percurso. A afirmação do SNS contribuiu para a melhoria generalizada das condições socioeconômicas e para a redução das desigualdades sociais, permitindo a obtenção de ganhos em saúde que põem o país em um lugar de destaque no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos. Esses ganhos e essa consolidação fizeram-se de avanços e recuos, de consensos e desavenças, mas assentam em uma ampla aceitação pela sociedade de que a saúde é um bem público. Apesar da expansão observada na atividade e na capacidade instalada dos setores privado e social da saúde, são essa centralidade e esse consenso em torno do papel do setor público que ajudam a explicar que a análise da história do SSS português e a discussão sobre as suas reformas acabem por ter o SNS como enfoque principal. Embora nenhuma força política defenda abertamente a extinção do SNS nem ponha em causa o seu caráter universalista, o desejo de proceder à sua reforma foi sendo inscrito nos programas dos diferentes governos, motivando múltiplas iniciativas legislativas e intensos debates centrados, entre outros, sobre os elementos estruturantes do SNS, nomeadamente os cuidados de saúde primários; os cuidados diferenciados; a reorganização e expansão da rede hospitalar; as urgências, incluindo as pré-hospitalares; os cuidados continuados (desde 2006); e, mais recentemente, os cuidados paliativos; a sua organização em uma rede integrada, experimentada com recursos a vários modelos de governação do sistema de saúde, com maior ou menor centralização na tomada de decisão, em um contexto de crescimento de um setor privado comercial ligado à saúde; os fatores de produção em particular os recursos humanos do setor, os medicamentos, os meios de diagnóstico e terapêutica, as tecnologias de informação e comunicação e os sistemas de informação; os modelos de financiamento que, todos sem exceção, têm pecado pela falta de reconhecimento das despesas com a saúde como um investimento no desenvolvimento econômico, humano e social, reduzindo as contas da saúde a escrutínios financeiros que ignoram o verdadeiro impacto dessas despesas, em uma ausência de uma verdadeira análise de custo-benefício. O percurso descrito, as mudanças de prioridades e de estratégia e os atrasos constatados

nas reformas do setor da saúde refletem as prioridades de cada ciclo político, tendo sido influenciadas por fatores contextuais, pelas agendas políticas dos decisores e por condicionalismos externos, cada vez mais permeáveis à globalização do setor da saúde, em particular a sua integração em uma possível União Europeia da Saúde. No entanto, refletem também a disputa, sempre presente, em torno da natureza do SNS e da responsabilidade do Estado sobre a saúde das populações.

Palavras-chave: Portugal, Serviço Nacional de Saúde, cuidados de saúde primários, reformas do sistema de saúde, investimentos em saúde.

Abstract

Over the last 50 years, Portugal has consolidated a Health Services System (HSS) that has the National Health Service (NHS) as its central pillar, reserving a complementary role for the private and social actors that has varied with the expansion of these sectors. In this chapter, we review the evolution of the HSS, paying special attention to the emergence of the NHS in the context of the socio-political changes that began with the 25th of April 1974, and its development over the last half century, trying to highlight, without being exhaustive, the most significant reforms and some of the constraints that have marked this journey. The strengthening of the NHS has contributed to a generalized improvement in socio-economic conditions and a reduction in social inequalities, making it possible to achieve health gains that put the country in a prominent position in terms of the quality of life of millions of citizens. These gains and consolidation have been the result of advances and setbacks, consensus and disagreements, but they are based on a broad acceptance by society that health is a public good. Despite the expansion observed in the activity and installed capacity of the private and social health sectors, it is this centrality and consensus around the role of the public sector that help explain why the analysis of the history of the Portuguese HSS and the discussion about its reforms end up having the NHS as the main focus. Although no political force openly defends the extinction of the NHS or questions its universalist nature, the desire to reform it has been included in the programs of different governments, motivating multiple legislative initiatives and intense debates centered, among others, on the structuring elements of the NHS, namely primary health care; differentiated care; the reorganization and expansion of the hospital network; emergency care, including pre-hospital care; long-term care (since 2006); and, more recently, palliative care; its organization into an integrated network, experimented with using various models of health system governance, with greater or lesser centralization in decision-making, in a context of the growth of a commercial priva-

te sector linked to health; the factors of production, in particular the sector's human resources, medicines, diagnostic and therapeutic means, information and communication technologies and information systems; the financing models which, all without exception, have failed to recognize health expenditure as an investment in economic, human and social development, reducing health accounts to financial scrutiny that ignores the true impact of this expenditure, in the absence of a true cost-benefit analysis. The path described, the changes in priorities and strategy, and the delays in health sector reforms reflect the priorities of each political cycle, having been influenced by contextual factors, the political agendas of decision-makers and external constraints, which are increasingly permeable to the globalization of the health sector, in particular its integration into a possible European Health Union. However, they also reflect the ever-present dispute over the nature of the SNS and the state's responsibility for people's health.

Keywords: Portugal, National Health Service, primary health care, health system reforms, investments in health.

Résumé

Au cours des 50 dernières années, le Portugal a consolidé un système de services de santé (SSS) dont le pilier central est le Service national de santé (SNS), réservant aux acteurs privés et sociaux un rôle complémentaire qui a varié en fonction de l'expansion de ces secteurs. Dans ce chapitre, nous passons en revue l'évolution du SSS, en accordant une attention particulière à l'émergence du SNS dans le contexte des changements sociopolitiques qui ont débuté le 25 avril 1974, et à son développement au cours du dernier demi-siècle, en essayant de mettre en évidence, sans être exhaustif, les réformes les plus significatives et certaines des contraintes qui ont marqué ce parcours. L'affirmation de la SNS a contribué à l'amélioration généralisée des conditions socio-économiques et à la réduction des inégalités sociales, permettant des gains de santé qui placent le pays dans une position de premier plan en termes de qualité de vie pour des millions de citoyens. Ces progrès et cette consolidation ont été faits d'avancées et de reculs, de consensus et de désaccords, mais ils reposent sur une large acceptation par la société que la santé est un bien public. Malgré l'expansion observée dans l'activité et la capacité installée des secteurs privé et social de la santé, c'est cette centralité et ce consensus autour du rôle du secteur public qui permettent d'expliquer pourquoi l'analyse de l'histoire du SSS portugais et la discussion de ses réformes finissent par avoir le SNS comme centre d'intérêt principal. Bien qu'aucune force politique ne prône ouvertement l'extinction du SNS ou ne remette en cause son caractère universaliste, la volonté de le

réformer a été inscrite dans les programmes des différents gouvernements, motivant de multiples initiatives législatives et d'intenses débats centrés, entre autres, sur les éléments structurants du SNS, à savoir les soins de santé primaire; les soins différenciés; la réorganisation et l'expansion du réseau hospitalier; les soins d'urgence, y compris les soins préhospitaliers; les soins de longue durée (depuis 2006); et, plus récemment, les soins palliatifs; son organisation en réseau intégré, expérimentée selon différents modèles de gouvernance du système de santé, avec une centralisation plus ou moins grande de la prise de décision, dans un contexte de croissance du secteur privé commercial lié à la santé; les facteurs de production, notamment les ressources humaines du secteur, les médicaments, les moyens diagnostiques et thérapeutiques, les technologies de l'information et de la communication et les systèmes d'information; les modèles de financement qui, tous sans exception, ont péché en ne reconnaissant pas les dépenses de santé comme un investissement dans le développement économique, humain et social, réduisant les comptes de la santé à un examen financier qui ignore l'impact réel de ces dépenses, en l'absence d'une véritable analyse coût-bénéfice. Le parcours décrit, les changements de priorités et de stratégie et les retards dans les réformes du secteur de la santé reflètent les priorités de chaque cycle politique, ayant été influencés par des facteurs contextuels, les agendas politiques des décideurs et les contraintes externes, qui sont de plus en plus perméables à la mondialisation du secteur de la santé, en particulier à son intégration dans une éventuelle Union européenne de la santé. Cependant, elles reflètent également le conflit permanent sur la nature de la SNS et la responsabilité de l'État en matière de santé publique.

Mots clés: Portugal, services nationaux de santé, soins de santé primaires, réformes du système de santé, investissements dans la santé.

INTRODUÇÃO

O Estado português tem a obrigação constitucional de garantir o acesso aos cuidados de saúde, com cobertura efetiva do país e justiça nas contribuições financeiras, bem como de regular a adequação da prestação empresarial e privada de cuidados de saúde, a utilização de produtos de saúde e o desempenho das profissões[1].

Além de consagrar de forma explícita a saúde como um direito de cidadania, a Constituição democrática de 1976 instituiu a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como pilar do Sistema de Serviços de Saúde (SSS) e da responsabilidade cres-

cente do Estado nessa matéria, reservando aos profissionais liberais e às entidades privadas, com e sem fins lucrativos (também designados de setor social), um papel supletivo da resposta pública[1].

Ao longo das últimas décadas, o SSS português tem-se desenvolvido em torno dessa arquitetura, sendo atualmente constituído por quatro componentes coexistentes:

- O SNS, que pode ser definido como o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, sendo maioritariamente financiado por impostos diretos e indiretos;
- Três subsistemas de caráter público com elevado nível de autonomia e diferenciação na capacidade de prestar cuidados que, em estreita articulação com o SNS, dão resposta a populações e contextos específicos
  - » Os serviços de saúde das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, tutelados pelos respetivos governos regionais;
  - » Os serviços de saúde prisionais, tutelados pelo Ministério da Justiça;
  - » O sistema de saúde militar, tutelado pelo Ministério da Defesa.
- Diversos subsistemas de saúde, públicos e privados, estruturados em torno de regimes especiais de seguro obrigatório para determinadas profissões;
- Um complexo de serviços prestados por profissionais liberais ou por entidades do setor privado e social, financiados por mecanismos de convenção com o SNS ou por meio de pagamentos diretos por parte dos utentes e/ou por seguros de saúde privados, de caráter voluntário.

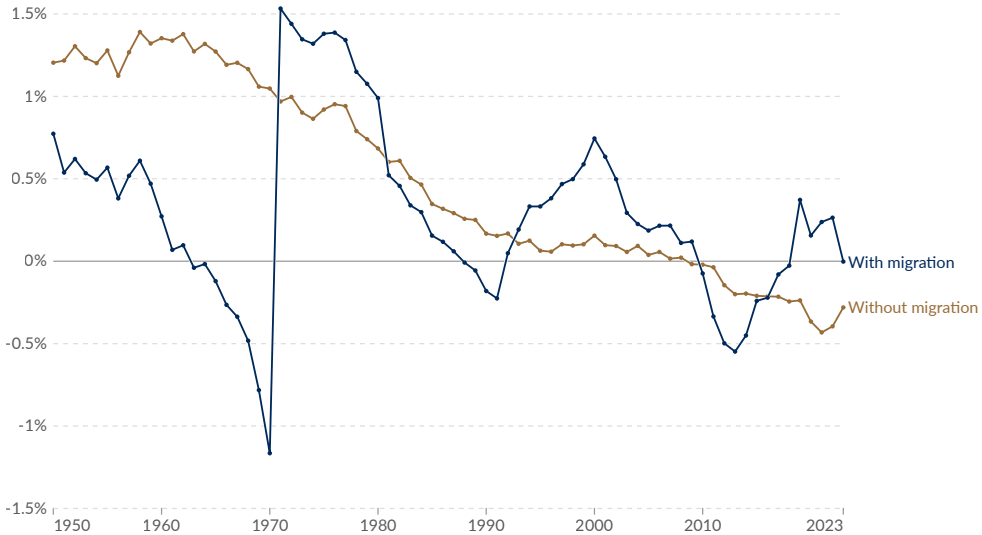
Neste capítulo, fazemos uma revisão da evolução do SSS em Portugal com um enfoque especial nos últimos 50 anos e no desenvolvimento do SNS, desde a revolução de 25 de abril de 1974, procurando destacar, sem uma preocupação de exaustividade, as reformas mais significativas e alguns dos condicionalismos que marcaram esse percurso.

COMO EVOLUIU O PAÍS

Nesses 50 anos, a população aumentou de 9,06 para 10,64 milhões de habitantes. Foi na segunda metade nos anos 1970 que o crescimento populacional foi mais intenso, devido ao impacto do final da guerra que, há mais de uma década, decorria no território das, até então, colónias portuguesas de Angola, Guiné Bissau e Moçambique, com a dinâmica populacional a ser afetada pela redução verificada na emigração e pela chegada de cerca de 600 mil pessoas oriundas de África, na sequência do processo de descolonização. Em 2023, a taxa de crescimento populacional foi de 1,16% devido a um saldo migratório positivo, verificando-se que a imigração não só ajuda a contrariar o

envelhecimento demográfico (Figura 1) como também contribui significativamente para suster alguns setores da economia e para garantir a sustentabilidade dos sistemas de segurança social[2-4].

Figura 1. Taxa de crescimento populacional com e sem imigrantes (Portugal 1950-2023)

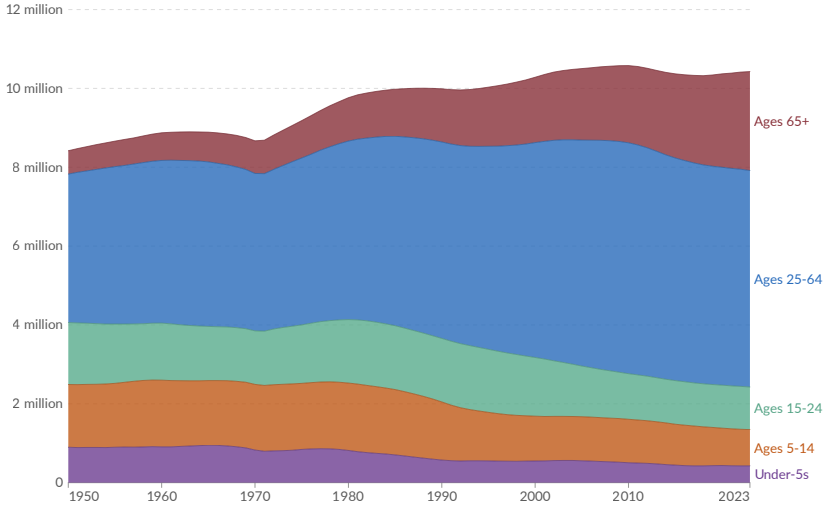


Fonte: UN – World Population Prospects 2024. Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Essa população vive cada vez mais em zonas urbanas, com um aumento de 40% para 67% entre 1974 e 2022, particularmente no litoral, fenômeno acompanhado pela melhoria generalizada das condições de habitabilidade. Em 1970, mais de 36% dos alojamentos familiares não possuíam eletricidade, cerca de 42% não tinham esgotos e quase 53% não tinham água canalizada, realidades que, não tendo sido completamente erradicadas, são hoje residuais[3-5].

O crescimento da população foi acompanhado por uma acentuada diminuição da taxa de natalidade, que passou de 19,6‰ em 1974 para 8,1‰ em 2022. Paralelamente, a taxa de mortalidade registou ligeiras variações ao longo desse período, sendo de 11,1‰ em 1974 e 11,2‰ em 2022, tendo-se mantido sempre abaixo de 10‰ entre 1975 e 2020. A variação desses indicadores traduziu-se no envelhecimento da estrutura etária da população, tendo a percentagem de habitantes com 65 anos ou mais crescido de cerca de 10% em 1974 para 24% em 2023 (Figura 2)[3-5].

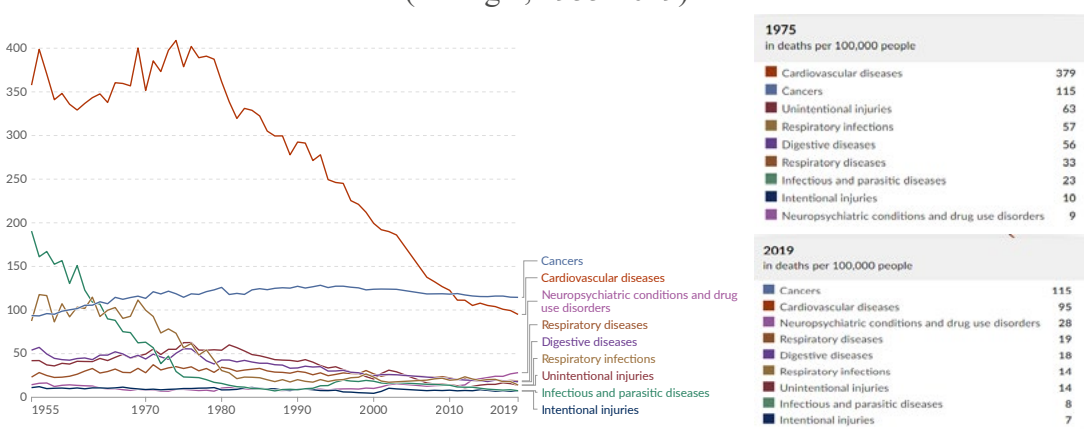
Figura 2. População por grupo etário (Portugal, 1950-2023)



Fonte: UN – World Population Prospects 2024. Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Essa realidade reflete-se em transições demográficas e epidemiológicas, com um aumento na esperança de vida, que entre 1974 e 2021 aumentou de 72,4 para 84,1 anos para as mulheres e de 65,8 para 77,8 anos para os homens, no peso das doenças e enfermidades não transmissíveis e a compressão da mortalidade nos anos de vida mais avançados. Nessas taxas de mortalidade, destacam-se o aumento do peso relativo de doenças não transmissíveis, uma redução generalizada das taxas de mortalidade em quase todas as causas identificadas, com exceção da persistência de elevadas taxas de mortalidade imputáveis aos cancros e o triplicar das taxas por doenças neuropsiquiátricas ou atribuíveis ao consumo excessivo de drogas (Figura 3)[3-5].

Figura 3. Evolução das taxas de Mortalidade associadas a causas específicas (Portugal, 1955-2019)

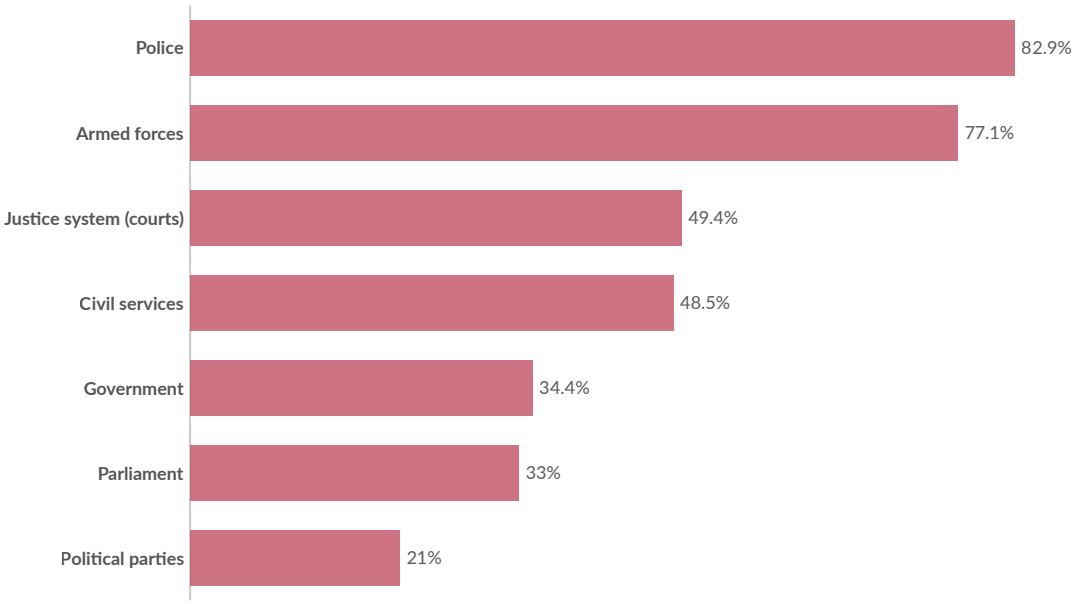


Fonte: WHO Mortality Database 2024. Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Como descrito na literatura[6], de entre os determinantes mais impactantes na saúde dos portugueses nesses 50 anos realçam-se o fim da guerra colonial, a democratização, a integração na Comunidade Europeia, a laicização da sociedade, a universalização da educação e do acesso a um SNS, a melhoria nas condições habitacionais, o empoderamento progressivo da mulher na sociedade, a modernização tecnológica da indústria, dos meios de transporte e nas tecnologias de informação e comunicação e as alterações climáticas[5].

Sendo, na sua maior parte, motivo de orgulho, os avanços identificados não devem impedir o reconhecimento de que ainda existe espaço para consolidar a democracia, reduzir as desigualdades econômicas e de gênero, melhorar o nível educacional da população, retenção de talento prevenindo a emigração, desenvolver esforços para melhor efetivar o direito à saúde e à habitação condigna, reforçar a prontidão do país para prevenir e responder a desastres naturais e emergências de saúde pública, combater a desinformação e melhorar o grau de confiança nas instituições e nos serviços públicos (Figura 4), nomeadamente para reforçar a confiança nos serviços de saúde garantidos pelo Estado que, de acordo com os resultados do estudo *OECD Trust Survey* de 2022, situa-se nos 62,8%[7].

Figura 4. Índice de confiança nas instituições (Portugal, 2022)



Fonte: Integrated Values Surveys 2022. Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

A situação econômica do país também observou um grande desenvolvimento. De uma economia assente na agricultura e na indústria em um modelo colonial, corporativista e protecionista, supervisionada pelo Estado, Portugal reforçou, a partir do início dos anos 1970, a abertura da economia ao exterior. Com a revolução de 1974 e a descolonização, o país atravessou um período de ajustamento e contínua modernização do modelo econômico, grandemente impulsionada pela aproximação ao mercado europeu, tendo o país abraçado o desígnio da convergência com os países da Comunidade Econômica Europeia, hoje União Europeia (UE), para construção de uma União Económica e Monetária e, por essa via, integrado a Zona Euro desde a sua criação em 1999.

Essas evoluções contribuíram para a crescente dominância do setor dos serviços e do turismo na economia. Saiu-se da dependência de atividades industriais tradicionais para uma economia baseada em novos setores tecnológicos, particularmente o setor de automóvel e de componentes, a eletrônica, e os investimentos nas novas tecnologias de informação e comunicação. Reforça-se ainda a referência a um modelo de desenvolvimento econômico ecológico e de energia "limpa, fortalecendo uma economia azul de valorização de atividades econômicas relacionadas com os oceanos e o litoral.

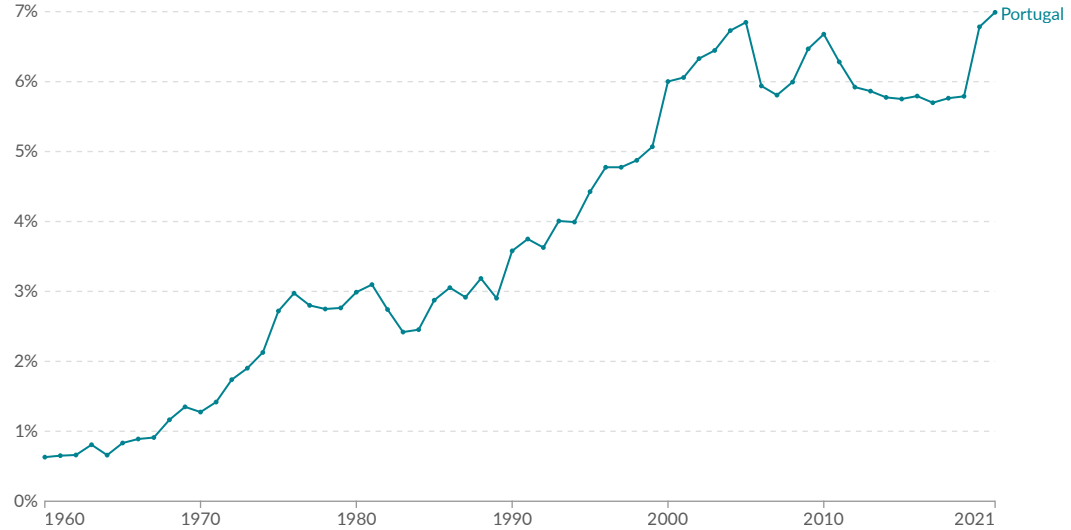
Portugal coloca-se, assim, entre as 50 maiores economias do mundo e encontrava-se até 2020 com uma perspectiva positiva de crescimento. Embora a crise decorrente da pandemia da covid-19 tenha revertido essa tendência, as previsões macroeconômicas dos anos mais recentes apontam para a recuperação da economia nacional[8-10].

MEIO SÉCULO DE INVESTIMENTOS EM SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O esforço para construção de um Estado Social moderno surge como uma marca distintiva do regime democrático português em relação ao período que o antecedeu, uma transformação que beneficiou e foi beneficiária da prosperidade econômica e da melhoria das condições de vida da população. As mudanças na política de saúde, com a criação e consolidação do SNS e o alargamento do SSS, tiveram papel central nesse processo[11-13].

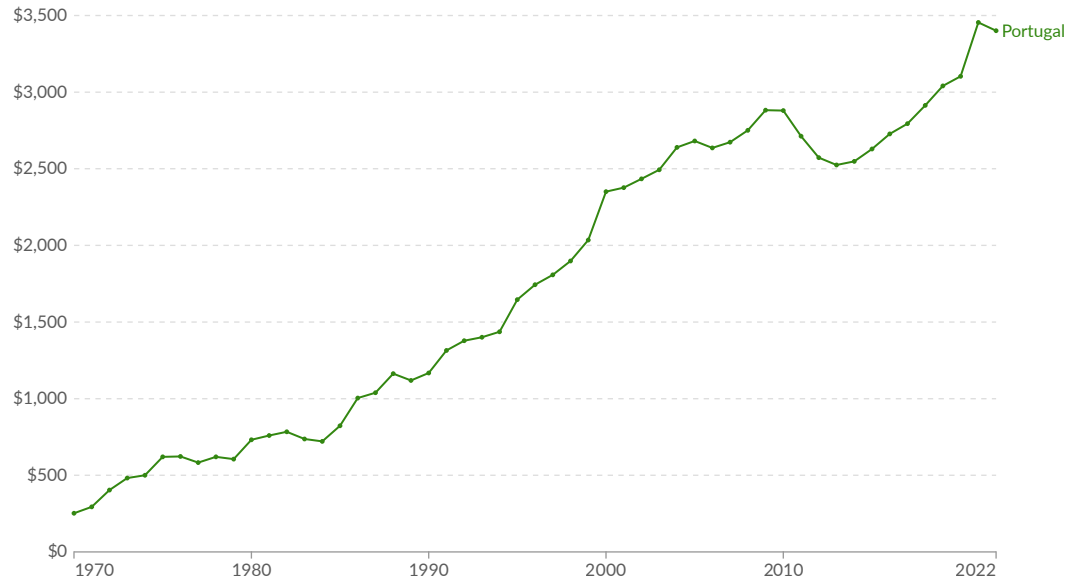
Ao longo desse período, a despesa do governo em saúde como percentagem do PIB aumentou de 2,13% em 1974 para 7,17% em 2021, ao passo que a despesa total com a saúde per capita, a preços de 2015, aumentou de aproximadamente US$ 500 para cerca de US$ 3.500 (Figuras 5 e 6).

Figura 5. Gastos públicos em saúde, em percentagem do PIB (Portugal, 1960-2021)



Fonte: Our World in Data baed in Lindert (1994) OECD (1993) OECD Stat. Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Figura 6. Evolução dos gastos públicos em saúde per capita, em dólares norte-americanos (Portugal, 1970-2022)

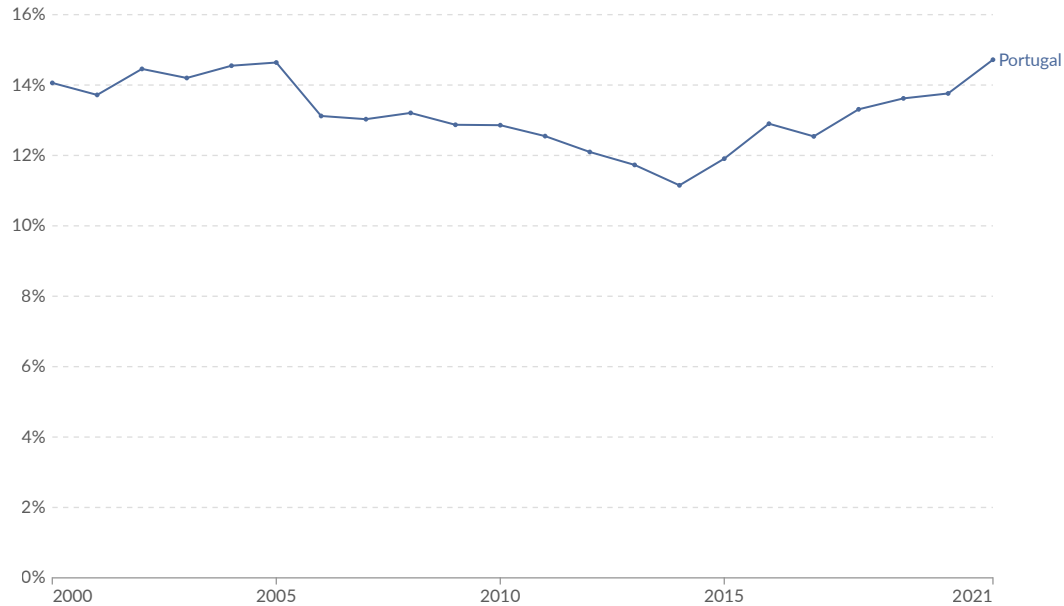


Fonte: OECD Health Expenditure and Financing database (2023). Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Entre 2000 e 2021, a despesa com a saúde no orçamento do Estado variou de 14,1% (em 2000) a 14,7% (em 2021), verificando uma trajetória de descida entre 2005 e 2014, ano em que atingiu um mínimo de 11% (Figura 7). Em termos de percentagem

da riqueza produzida pelo país que é canalizada para a saúde, medida por meio do PIB, no mesmo período, assistiu-se a uma variação de 8,6% (em 2000, o valor mínimo) a 11,14% (em 2021, o valor máximo).

Figura 7. Percentagem do Orçamento de Estado dedicado à Saúde (Portugal 2000-2024)



Fonte: WHO – Global Health Observatory (2024). Imagem: www.OurWorldinData.org I CC BY.

Apesar da tendência de aumento da fatia do orçamento geral do Estado canalizado para a saúde verificada desde 2013, o peso da despesa pública em saúde é tendencialmente decrescente, tendo-se situado nos 63% em 2023, valor abaixo da média da UE (81%). Em sentido contrário, assistiu a um aumento da despesa privada, que acompanhou a expansão da rede de prestadores privados em todo o país, com especial incidência nas grandes cidades da faixa litoral[14-16].

É de salientar que, em 2023, cerca de um terço (29,8%) da despesa em saúde correspondeu a pagamentos diretos (*out of pocket*) feitos por utentes e das famílias, sobretudo com produtos farmacêuticos, cuidados em regime de ambulatório e cuidados continuados, um valor que representa o dobro da média da UE, tem crescido e é apontado como um sinal de iniquidade no acesso[14,15].

O investimento realizado no SSS ao longo dessas cinco décadas permitiu a melhoria generalizada dos indicadores de saúde, evidente quando comparados com os que o país apresentava de 1974[4,5], bem como com os indicadores atualmente apresentados pelos países da UE ou da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

(OCDE)[14], por exemplo, no que diz respeito às taxas de internamento por problemas de saúde sensíveis aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e à diminuição da incapacidade permanente, ou nas taxas de mortes por causas evitáveis e tratáveis, como o cancro do pulmão[14,17].

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Tal como em outros países europeus, no final do século XIX, o Estado português encetou um conjunto de reformas sanitárias, as reformas de Ricardo Jorge, nome do seu mentor, assumindo responsabilidades pela coordenação dos serviços de saúde pública, que se traduziu em uma ação centrada em problemas específicos e com maior incidência em centros urbanos, mantendo-se a responsabilidade pela assistência na doença na esfera das famílias, instituições privadas e de cariz social/caritativo[13,18]. Estabeleceu-se então uma orientação para os serviços sanitários que viria a ser determinante no desenvolvimento da política e, mais tarde, do SSS ao longo de quase sete décadas, atravessando o final da monarquia, a primeira república (1910-1926) e quase toda a ditadura, tanto na sua fase militar (1926-1933) como na do Estado Novo (1933-1974).

RESPONSABILIZAÇÃO PROGRESSIVA DO ESTADO PELA SAÚDE

De acordo com a sua orientação ideológica, os diferentes regimes vigentes durante as primeiras três décadas do século XX procuraram estabelecer iniciativas para estruturar os serviços de saúde, visando ao reforço dos mecanismos de direção e coordenação da política sanitária e da rede de unidades de saúde, bem como programas de alfabetização, apoio social ou de assistência à população, sobretudo à mais carenciada. As tensões sociopolíticas registadas nesse período, indissociáveis de vários momentos de crise econômica e agravadas pelos efeitos da I Grande Guerra e da crise pandêmica de 1918-20, determinaram uma instabilidade política permanente que dificultou a implementação e limitou o impacto de muitas dessas medidas[18,19].

A constituição do Estado Novo, de 1933, manteve o afastamento do Estado das responsabilidades sobre a saúde da população, estabelecendo as bases para um regime autoritário organizado em torno de corporações, que privilegiava a ação das instituições privadas e que abriu espaço para a afirmação de serviços médicos de assistência social de base profissional, as caixas sindicais de previdência[18,20].

Após a Segunda Guerra Mundial, reconheceu-se que a situação sanitária de Portugal era muito precária e que a iniciativa privada provavelmente não seria suficiente para a corrigir. Isso motivou a reforma dos serviços de sanidade e assistência de 1945, que instituiu os Serviços Médico-Sociais, reforçando a estratégia das caixas de previdência

de 1935 e o papel do Estado em termos de saúde pública, por intermédio do estabelecimento ou da autonomização de programas verticais voltados para a melhoria da saúde materna e infantil, controle da tuberculose, controle da hanseníase, erradicação da malária e tratamento de doenças psiquiátricas[18,20,21]. Esse foi o primeiro esforço estruturado para criar um padrão organizado para os serviços de saúde, uma aproximação à ideia de um SSS de características essencialmente bismarkianas[22], que foi acompanhado de medidas para impulsionar a profissionalização no setor e para reorganizar e modernizar a rede hospitalar, tendo-se dado início a um programa de construção de unidades hospitalares por todo o país, a maioria posteriormente entregue à gestão de instituições do setor social[18,23].

O ano de 1958 viu a fundação do Ministério da Saúde e da Assistência, provavelmente para acalmar o movimento de críticas à negligência do Estado em relação à situação sanitária do país, que havia sido lançado pela oposição durante a campanha eleitoral presidencial que opôs Américo Thomaz, candidato oficial do regime, a Humberto Delgado, bem como algum descontentamento com a política setorial que se começava a sentir entre os profissionais de saúde, nomeadamente entre os médicos, detentores de algum estatuto e capacidade de influência, e os enfermeiros que, não dispondo do mesmo reconhecimento social, eram apontados como estruturantes da resposta assistencial hospitalar e dos serviços de saúde pública e, em uma altura decisiva da sua afirmação enquanto profissão, vinham desenvolvendo uma intensa reflexão sobre as condições de trabalho da classe[20,24,25].

Entre 1958 e 1961, um conjunto de jovens médicos desenvolveu, com o apoio da Ordem dos Médicos, uma análise cuidada da situação da saúde e das condições de exercício profissional dos médicos em todo o país, constatando deficiências "do ponto de vista sanitário", a "falta de coordenação e uniformidade da política de saúde" e o "desprestígio e a má situação económica da classe"[26]. Como solução para esses problemas, defenderam medidas para consolidar e dignificar a formação e a atividade médica, com particular destaque para as "bases para o estabelecimento das Carreiras Médicas", a desenvolver no quadro de um novo Sistema de Saúde que traduzisse uma maior responsabilização do Estado pela saúde e bem-estar de toda a população e que garantisse condições para uma resposta integrada às necessidades sanitárias do país[18,27,28].

Desde então, a intervenção estatal no setor da saúde cresceu, mas não ao nível exigido. O esforço de guerra colonial (1961-1974) isolou progressivamente Portugal de um mundo cada vez mais empático com os movimentos anticoloniais e condicionou os recursos disponíveis para desenvolvimentos não militares. No entanto, a guerra e a necessidade de soldados saudáveis podem ter sido um incentivo para alguns dos desen-

volvimentos observados no setor da saúde, nomeadamente a criação de novas caixas de previdência com um campo de aplicação virtualmente extensivo a toda a população ativa do território abrangido pela legislação da previdência de 1962 e de 1963.

SURGEM OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1968-1974)

A chegada de Marcello Caetano à liderança do regime, no final de 1968, desencadeou uma tentativa de descompressão política que facilitou um ímpeto reformador[29]. Publicadas no início desse ano, as leis que aprovam o Regulamento Geral dos Hospitais e o Estatuto Hospitalar já antecipavam alguma abertura ao definirem regras aplicáveis às unidades públicas e privadas e perspectivas para a primeira organização de carreira para médicos, farmacêuticos e administradores, ideias que seriam aprofundadas nos anos seguintes[18].

Com a publicação, em 1971, dos diplomas que determinavam a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e da Assistência e o regime legal para o funcionamento regular de carreiras de diversos grupos profissionais, a saúde foi, pela primeira vez, formalmente reconhecida como um direito garantido pelo Estado[18]. O novo quadro legal explicitava uma forte preocupação com a acessibilidade e, para ultrapassar o cenário de fragmentação que caracterizava os serviços de saúde, apontava os princípios para desenvolvimento de uma política de saúde unitária sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, em que as atividades de saúde e bem-estar deveriam ter origem em processos de planeamento e ser coordenadas no quadro de um sistema nacional de saúde[12].

Entre as medidas de reorganização dos serviços, encontrava-se a criação de Centros de Saúde (CS), uma forma de organização dos cuidados centrada na comunidade, que antecipava em vários anos a ideia de "cuidados primários de saúde" adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no decorrer da Conferência de Alma-Ata, em 1978[13]. Os primeiros CS eram unidades com recursos cronicamente insuficientes, que prestavam cuidados promocionais de saúde materna e infantil, incluindo vacinas, bem como exames médicos legalmente exigidos para aceder a determinados postos de trabalho, mas não prestavam cuidados curativos, que permaneciam sob a responsabilidade dos serviços médicos ambulatoriais de assistência social.

Apesar do seu caráter inovador e de condensarem parte do pensamento em saúde de uma geração mais jovem de profissionais de saúde, gestores, dirigentes e decisores do setor, a maioria das mudanças desenhadas em 1971 não chegaram a sair do papel, em grande parte devido à inação e aos entraves com origem nas correntes conservadoras que, no seio do regime e apesar das tentativas de descompressão política, a elas se opunham[12,13].

A AFIRMAÇÃO DA DEMOCRACIA E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (1974-1980)

A revolução de abril de 1974 marcou o nascimento do sistema democrático moderno em Portugal. As guerras nas colônias portuguesas cessaram quase de imediato, e estas, com a exceção de Timor-Leste, alcançaram as suas independências até novembro de 1975.

Com a descolonização, muitas pessoas que viviam nas colônias foram forçadas a vir viver em Portugal, incluindo um grande número de profissionais de saúde, o que contribuiu com recursos para expandir a cobertura do SSS do setor público do país e, em sentido contrário, para reduzir a capacidade de resposta dos sistemas de saúde dos novos países africanos[30].

O programa de transição do Movimento das Forças Armadas, que depôs a ditadura, definia a necessidade de uma nova política social para o país, orientada para justiça social e para o bem-estar. O restabelecimento da liberdade motivou um envolvimento imediato e crescente de cidadãos e de profissionais de saúde, e das forças políticas e associativas, entretanto legalizadas ou criadas, na discussão sobre o futuro do SSS e do seu papel no desenvolvimento do país[19,31]. A adoção de medidas, por parte dos governos provisórios, para reforçar a capacidade de resposta do setor também não demorou a fazer-se sentir. De entre outras, destacam-se

- A publicação, pela Secretaria de Estado da Saúde, do estudo "Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde" (1974)[32];
- A integração de programas verticais de diversas áreas nas responsabilidades da Direção Geral da Saúde, medida prevista na lei desde 1971 mas nunca concretizada devido às resistências internas que suscitava (1974)[31];
- A Criação das administrações distritais dos serviços de saúde (1975)[18]:
- A assunção da operação dos Hospitais das Misericórdias pelo Estado, que já era o seu maior financiador (1975)[12];
- A instituição do serviço Médico à Periferia, um período obrigatório de serviço para recém-formados que permitiu melhorar o atendimento prestado pelos CS e fazer chegar médicos às zonas mais remotas do país (1975)[33].

A Constituição, aprovada em 1976, reconheceu a saúde como um direito de todos os cidadãos – "todos têm direito à proteção da saúde e têm o dever de defendê-la e promovê-la"[1]. Esse direito é incorporado por meio de um SNS universal, geral e gratuito.

A lei do SNS foi aprovada em 1979, mas, como já se referiu, o caminho da sua construção já havia começado a ser trilhado pela sociedade civil e pelos diversos governos provisórios e constitucionais que, a um ritmo muito acelerado pela instabilidade

política desses anos, o país foi tendo. As diferentes conceções em torno da natureza, do funcionamento e da organização do SSS levaram a que, depois de meses de intenso debate, a versão final dessa lei, contendo a proposta de um serviço de inspiração beveregiana financiado por impostos gerais e no qual o estado assumia papel de prestador, tenha sido aprovada somente com os votos da esquerda parlamentar. A disputa ideológica em torno do SNS nasceu com ele e tem-se mantido viva desde então, afigurando-se como central para a compreensão do seu percurso no último meio século.

(RE)ESTRUTURAÇÃO E EXPANSÃO DO SNS (1980-1989)

A década de 1980 foi a da afirmação do regime democrático. Apesar da instabilidade política e financeira que marcou a sua fase inicial, com a sucessão de quatro governos em cinco anos e uma segunda intervenção do Fundo Monetário Internacional em 1983 (a primeira foi em 1977), a consolidação progressiva do estado social e das suas instituições democráticas, a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia e a melhoria do contexto macroeconômico serviram de impulso ao estabelecimento de um economia de mercado e à melhoria generalizada das condições de vida da população.

A implementação da lei do SNS ficou a cargo do governo eleito em dezembro de 1979, composto pelos partidos da direita parlamentar que, meses antes e traduzindo o desconforto da Ordem dos Médicos e de outros setores da sociedade, haviam demonstrado no parlamento oposição mais ou menos explícita ao diploma[31].

As mudanças de orientação política e na arquitetura do SNS não demoraram a surgir. Além da redução do investimento público no SNS, foram suspensos alguns dos normativos em vigor e apresentadas medidas para reverter a centralidade do papel do Estado no funcionamento do sistema de saúde[31], dando-se início a uma transformação que só não foi mais profunda porque o Tribunal Constitucional vetou algumas das alterações propostas, considerando que estas conduziriam à extinção do SNS, pondo em causa o direito à saúde constitucionalmente consagrado[1].

Apesar dos ajustes verificados, a década de 1980 foi caracterizada pelo desenvolvimento de um SSS centrado em um SNS público e gratuito, assistindo-se à expansão da rede de cuidados primários coordenada pelas novas Administrações Regiões de Saúde, de âmbito distrital. A integração do atendimento ambulatorial de saúde associado ao sistema de assistência social nos cuidados primários do SNS foi concluída, o que permitiu reforçar e densificar a rede de CS que se vinha estabelecendo desde 1971 e, com maiores ou menores debilidades, estendê-la a todo o país. No entanto, persistem modelos paralelos de seguro de saúde, até recentemente obrigatórios, para os quais a filiação é baseada na categoria profissional ou ocupacional[22].

Esse foi um período de progresso extraordinário no campo dos cuidados de saúde, levando ao aumento do acesso e da equidade[34]. No entanto, a incapacidade dos CS de responderem à crescente procura de cuidados de saúde provocou uma demanda inadequada por cuidados primários em serviços de emergência hospitalar. A ênfase mudou então para tentar melhorar a resposta dos hospitais a essa demanda, falhando em reconhecer a lógica integrada dos diferentes níveis do SSS e colocando na agenda da saúde o problema resiliente, até hoje, em 2024, das listas de espera.

Os problemas por detrás das listas de espera deram origem, na década seguinte, aos investimentos na construção de hospitais e sistemas de informação de saúde e a esforços para definir a responsabilidade dos médicos hospitalares[22], enquanto os crescentes orçamentos de saúde colocaram a discussão sobre a necessidade de reformas no financiamento de hospitais e contenção de custos no centro da agenda da saúde, um lugar em que ainda hoje se encontra..

EMPRESARIALIZAÇÃO DO SNS E REEMERGÊNCIA DOS SETORES PRIVADOS DA SAÚDE (1990 A 2001)

Em 1989, foram operadas alterações à Constituição tendentes a uma maior responsabilização da sociedade civil e dos cidadãos sobre a saúde individual e coletiva, bem como a uma redefinição da fronteira entre os setores público e privado na oferta de cuidados, passando o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente aos garantidos pelo SNS, de "gratuito" para "tendencialmente gratuito"[1].

Nesse novo enquadramento, a Lei de Bases da Saúde de 1990 e o estatuto do SNS de 1993 estabeleceram um novo quadro legal para o SSS, em que é explicitamente apoiado o desenvolvimento do setor privado, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o setor público. Na prática, isso levou a um aumento no número de contratos entre o SNS e o setor privado, à introdução de práticas privadas em hospitais públicos, à gestão privada de hospitais públicos, à criação de incentivos fiscais para o uso de seguros de saúde privados voluntários e, anos mais tarde, à expansão da hospitalização privada[22,35-37].

Acompanhando a tendência reformista que já se vinha afirmando nos sistemas de saúde da Europa Ocidental[34], alinhada com perspectivas mercantilistas e defensoras de um Estado cada vez mais regulador e menos prestador, foram estabelecidos os princípios percursores da criação o Conselho Nacional de Saúde (que só viria a ser operacionalizado em 2016), da regionalização da gestão do SNS para cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), do aprofundamento da participação das autarquias locais na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, bem como confirmado o prin-

cípio de as organizações privadas com objetivos de saúde e fins lucrativos estarem sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado[31].

As novas ARS tornaram-se responsáveis pelo estado de saúde de suas populações e pela coordenação da prestação de cuidados de saúde por hospitais e CS, de acordo com a alocação de recursos financeiros[38]. No entanto, alguns aspectos da gestão de recursos humanos e financiamento hospitalar, facetas como a escolha de diretores institucionais, permaneceram centralizados ou diretamente dependentes do Ministério da Saúde. As 18 autoridades distritais de saúde até aqui existentes viram as suas competências reformuladas e foram integradas, mas não extintas, nas entidades regionais, uma opção que não facilitou o processo de regionalização.

Em 1995, o país entrou em um novo ciclo político, com a entrada em funções de governo de centro-esquerda, uma mudança que teve impacto na política de saúde, desencadeando um novo ciclo de reformas, mas que não trouxe uma ruptura com a orientação estratégica que a legislação aprovada pouco anos antes traçou. Dos cinco partidos políticos com representação parlamentar, apenas o Partido Comunista Português e Os Verdes continuavam a defender a ideia de que o modelo original (modelo público integrado) do SNS deveria ser mantido, e não reformado. Os outros três apoiaram a necessidade de evoluir para um modelo contratual, com maior separação entre compradores e prestadores de cuidados[31,34].

Isso foi refletido no primeiro rascunho de uma estratégia nacional de saúde para discussão pública em 1996. Em 1998, a estratégia nacional de saúde e as metas para o período de 1998 a 2002 foram aprovadas e publicadas. Foi a primeira vez em Portugal que um documento estratégico de abrangência nacional foi produzido para a saúde, verificando-se, no entanto, a falta de um consenso político necessário à sua prossecução, tendo sido abandonada pouco tempo depois da apresentação pública, isso apesar de ter continuado a servir como guia de atuação das autoridades regionais e serviços de saúde[39,40].

Em 1997, as agências regionais de contratação foram criadas, formalizando a divisão comprador-prestador – uma para cada uma das cinco ARS. Esperava-se que essas agências descentralizassem ainda mais a responsabilidade de alocação de recursos por meio da implementação gradual de acordos de contratação com hospitais e CS[38], mas obtiveram sucesso limitado devido à falta de apoio político. Desde então, a relevância desses acordos de contratação diminuiu paulatinamente, embora no atual ciclo político, iniciado em 2024, se espere que o seu papel venha a ser reforçado.

Algumas experiências de formas mais flexíveis e autônomas de gestão foram lançadas em um número limitado de hospitais públicos. A esse nível, também, esforços

foram feitos para criar níveis intermediários de gestão hospitalar, estabelecendo uma interface de gestão de nível médio entre os profissionais e a administração hospitalar.

Em 1999, foi aprovada uma lei sobre a organização dos sistemas de saúde locais (equivalente aos distritos de saúde da OMS[41]), que buscava promover uma melhor coordenação de todas as estruturas locais envolvidas em um conceito mais amplo de prestação de cuidados de saúde (envolvendo diferentes ministérios e autoridades: saúde, segurança social, educação, municípios, organizações não governamentais etc.), mas até 2023, essas iniciativas tiveram implementação limitada.

Esse foi um período de experimentação de novas formas de gestão do SSS (reconhecendo a complementaridade dos níveis central, regional, local e institucional de gestão), organizando serviços de saúde primários e cuidados hospitalares, financiando hospitais e CS e remunerando profissionais de saúde. Algumas dessas experiências levaram à aprovação de leis, como a de 1998 sobre o pagamento relacionado com o desempenho de médicos de família, aplicada pela primeira vez a um número limitado de médicos, ou, em 1999, o novo regime de criação, organização e funcionamento dos CS, que ainda funcionavam de acordo com o modelo estabelecido em 1983, diplomas que, depois de um impasse político, vieram a servir de base para a reforma dos cuidados primários implementada a partir de 2005[42,43].

REEMERGÊNCIA DO HOSPITALOCENTRISMO (2002–2005)

O ano de 2002 assinala o início de um novo ciclo político, dirigido pelos partidos do centro-direita. Partindo de um diagnóstico que apontava uma a crise profunda do SNS, a política de saúde do novo governo era guiada pelo objetivo de reformar o sistema público, transformando-o em um sistema misto de serviços de saúde, no qual coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes[44].

Foi um período marcado por intensa atividade legislativa, a maior parte da qual não produziu mudanças significativas porque o governo teve a sua duração limitada. Ainda assim, registram-se o fim abrupto de um conjunto de reformas iniciadas no ciclo anterior e uma reorientação do SSS para os cuidados hospitalares e para as leis de mercado[45].

Ao abrigo da nova lei de gestão hospitalar, foi anunciada a construção de dez novos hospitais sob Parcerias Público-Privadas (PPP) e deu-se início a uma transformação radical de 34 hospitais do SNS (dos 97 então existentes) em 31 empresas públicas, levando mais longe do que nunca a lógica da gestão autônoma de hospitais. Uma das consequências dessas iniciativas foi o estabelecimento, em 2003, de uma nova autori-

dade independente para a regulação da saúde (Entidade Reguladora da Saúde) como uma nova entidade com funções regulatórias específicas.

A nova legislação hospitalar fortaleceu ainda mais o poder central, fazendo com que os conselhos de administração dos hospitais passassem a ser nomeados diretamente pelo ministro da saúde, retirando essa responsabilidade às autoridades regionais, passando os diretores clínicos e de enfermagem, que integram a administração com funções técnicas, a ser nomeados sob proposta do diretor hospitalar, e não, como até aí, por eleição entre os seus pares. Da mesma forma, os planos anuais de ação dos hospitais passaram a ser submetidos à aprovação ministerial, embora fosse possível ao Ministro delegar isso à autoridade regional de saúde. Essa maior centralização contrariou a tendência dos últimos anos em direção a um estilo de gestão mais participativo, anunciado até mesmo na Constituição, que estipula uma gestão descentralizada e participada do SNS[1].

A empresarialização dos hospitais foi acompanhada da introdução de mecanismos de contratação individual para os novos trabalhadores que, inspirados no direito privado, foram justificados com a necessidade de modernizar e flexibilizar a gestão de recursos humanos. Tal mudança introduziu fatores de diferenciação e precarização, conduzindo à redução da proteção laboral e das perspectivas salariais e de carreira de uma parte significativa dos trabalhadores do setor público, desequilíbrios que, por não terem sido totalmente corrigidos, são causa de parte da insatisfação desde então verificada entre os profissionais do SNS[46].

O ano de 2004 viu também a aprovação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004 – 2010, representando uma nova estratégia formal de saúde para o SSS, apelando a uma gestão de tipo mais empreendedor nas instituições de saúde, com vista a uma maior autonomia[47]. Relativamente ao horizonte de melhoria da saúde da população, a resposta aos principais problemas de saúde identificados nesse Plano passou pela elaboração de programas nacionais (ou revisão dos existentes), tendo sido concretizados 22 dos 40 previstos[48].

REFORMULAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2005-2010)

A instabilidade governativa levou à realização de eleições antecipadas e à entrada em funções de um novo Governo no primeiro trimestre de 2005, dando-se início a um ciclo político que durou até 2011. Em termos econômicos, esse período iniciou-se em um contexto de grande pressão sobre as contas públicas para redução do déficit, passou por uma fase de melhoria da situação econômica, que durou até 2008, e ficou marcado por uma forte tensão decorrente da necessidade de redução de despesa pública para

alcançar os compromissos estabelecidos com a UE. A recessão mundial de 2008/09 e a subsequente crise da dívida soberana marcaram o período final desse ciclo, que terminou com a demissão do governo (março de 2011) e a aceitação da intervenção externa na economia protagonizada peia Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional.

No setor da saúde, esse ciclo ficou marcado por um conjunto alargado de reformas, que compreenderam a revisão e o aprofundamento de medidas já em curso (ou anunciadas), bem como um conjunto de reformas estabelecidas pelo novo executivo, com destaque para as intervenções estruturantes ao nível dos cuidados primários, para a criação da rede de cuidados continuados e para mudanças impactantes na rede hospitalar, na política do medicamento e na governação do sistema de saúde[49,50].

Retomando o enquadramento legal de 1999, deu-se início a um novo período de reforma dos cuidados primários. Uma das medidas centrais da reforma passava pela criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), uma reconfiguração gradual dos CS que visava a melhorias na acessibilidade, organização, eficiência e na qualidade dos cuidados de saúde, de modo a aumentar tanto os níveis de motivação dos profissionais, pelo aumento da responsabilização e de incentivos remuneratórios, como a satisfação de utentes. Em 2009, cerca de 20% da rede era composta por novas USF resultantes da iniciativa de pequenas equipes multiprofissionais e auto-organizadas que, dispondo de autonomia organizativa funcional e técnica, assumiram contratualizaram recursos e uma carteira básica de serviços para prestar cuidados a uma parte da população de referência do CS onde o processo se enquadrava[51].

Outra alteração importante então introduzida foi a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), entidades constituídas pelos CS de determinada região geográfica, criadas para garantir uma nova autonomia gestionária assente em um modelo de contratualização promovido pelas autoridades regionais de saúde[51].

Para dar corpo ao segundo objetivo central desse período, em 2006, foi aprovado o diploma que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes. Essa Rede cruza todo o serviço público de saúde, sendo articulada, de modo intersetorial, com o setor social como parceiro de excelência. O modelo assenta em distintas tipologias de respostas, a utilizar consoante a fase da própria evolução da dependência. Outrossim, compreende cuidados de natureza preventiva, reabilitativa e paliativa, e constitui um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária[52].

No setor hospitalar, verificou-se um reforço do papel do setor público, por meio da revisão do processo de empresarialização dos hospitais públicos encetada pelo anterior

executivo, bem como pelo encerramento de maternidades que não cumprissem critérios técnicos para segurança dos cuidados e pela reformulação da rede, através da criação de centros hospitalares que agrupavam várias unidades debaixo da mesma administração e de acordo com uma estratégia comum para oferta de cuidados na região que serviam. Procedeu-se ainda a ajustes na estratégia para abertura de unidades por meio de PPP, com redução do número de unidades a criar e alteração no modelo de contratualização a estabelecer[52].

O objetivo de assegurar boas contas no SNS assentou em medidas de consolidação orçamental concentradas em dois capítulos da despesa que representam mais de um terço do respectivo gasto público: os medicamentos, com alteração das regras de fixação de preços, de venda de livre e da titularidade das farmácias; e o reforço dos mecanismos de contratualização entre o SNS e prestadores privados de serviços externos, nomeadamente de meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Além destas, assiste-se, a partir de 2008, ao reforço da limitação da autonomia das instituições para efetuar despesas, nomeadamente com pessoal, que passou a estar dependente da aprovação do Ministério das Finanças[52].

Nessa fase, foi criado o Alto Comissariado da Saúde, responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010[48], tendo também começado a reflexão e os trabalhos preparatórios do PNS 2011-2016, a nova estratégia de saúde que, em virtude de atrasos na sua aprovação, viria a ser renomeada como PNS 2012-2016 e cuja vigência seria prolongada, depois de avaliado e revisto, até ao final da década[53].

Em termos institucionais, destaca-se ainda a entrada em pleno funcionamento da Entidade Reguladora da Saúde, organismo que, apesar de existir desde 2003, ainda não havia sido provida de um enquadramento legal e estatutário claros nem de instrumentos e recursos que permitissem o pleno desempenho da sua atividade, à época centrada na instalação e atividade de unidades de saúde do setor privado[52].

IMPACTO DO PROGRAMA DE AJUSTAMENTO ECONÓMICO E FINANCEIRO (2011-2015)

A crise financeira instalou-se em Portugal em 2010. Em maio de 2011 foi celebrado o Programa de Assistência Económico e Financeira, também designado por Memorando de Entendimento (ME), entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional sobre as medidas específicas de política econômica que condicionavam a atribuição de ajuda externa ao país.

O ME dedicava quatro das suas 33 páginas à saúde, fixando 34 medidas destinadas a promover contenção de custos, melhorarias de eficiência e aumento da regulação.

De forma geral, as medidas adotadas encontravam-se alinhadas com os princípios das reformas anteriormente encetadas nos CSP, cuidados hospitalares e cuidados de longa duração, na política do medicamento ou para reforço da sustentabilidade financeira do Sistema[52,54,55].

Sempre com esses compromissos em pano de fundo, o novo governo, de centro-direita, defendia um sistema universal e com tendencial gratuitidade, a continuação do processo de concessão da gestão de hospitais ao setor privado, em particular às Misericórdias. O pensamento do Executivo aparece refletido, em 2012, em um artigo de opinião do Ministro da Saúde que reconhece que "uma sociedade saudável cria mais valor" e que "os resultados de saúde colocam o país num lugar cimeiro em comparações internacionais". Reconhecem-se as "oportunidades de melhorar a eficiência do nosso sistema de saúde", evidenciadas pela

> [...] assimetria de resultados [...] regiões (que) apresentam desempenhos que se afastam do padrão médio. Para o mesmo ato, encontramos preços diferentes. Para o mesmo regime profissional, deparamo-nos com variações inexplicáveis. Para o mesmo resultado, usamos meios e recursos muito diversos. A carência de informação fiável e atempada é um dos grandes problemas, dificulta e atrasa a tomada de decisão[56].

Isso trava a possibilidade de o setor da saúde se tornar em um "motor de desenvolvimento econômico, gerador de emprego e exportação, competindo na criação de valor em diversas áreas [...] na economia mundial". Mantendo-se o compromisso da "universalidade do acesso compatibilizado com a solidariedade do financiamento" procura-se uma estratégia para o setor que corrija "as causas estruturais" das atuais ineficiências do SNS[56].

Na prática, a governação da saúde desse período esteve centrada na diminuição do gasto público, em particular com recursos humanos, na área do medicamento, na despesa hospitalar e com um novo regime jurídico das convenções, mais flexível do ponto de vista dos procedimentos.

Em nível dos CSP, a livre escolha de médico de família, reconhecida na lei que criou as USF, passou a ser estimulada, tendo ainda sido definidos os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família, atribuindo a esses profissionais maior responsabilidade na gestão dos cuidados de saúde familiar. Embora o alargamento da rede de USF fosse uma das orientações estabelecidas pelo ME, verificou-se um abrandamento na abertura de novas unidades, não tendo sido cumprido o objetivo, inicialmente traçado, de regulamentar a possibilidade de concessionar estas unidades aos setores privado e social[54].

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, de 2012, consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, definindo a responsabilidade do Estado

nesse campo. A lei foi regulamentada em 2015, clarificando regras relativas à articulação e funcionamento dos serviços, à admissão nas equipes locais e às instalações de cuidados paliativos, viabilizando-se, dessa maneira, a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento, promover a prescrição eletrônica e reduzir o risco de fraude, foi desmaterializado todo o circuito administrativo do medicamento. Isso serviu como incentivo à efetiva informatização do sistema de saúde, estimulando o tratamento de dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional no quadro do SNS, possibilitando a criação de uma Plataforma de Dados da Saúde e, ligado a esse recurso, de um Portal do Utente que permite registos de cuidados e exames saúde feitos pelo utente, bem como acesso a serviços *on-line,* já existentes ou a disponibilizar, como marcação de consultas (eAgenda) ou confirmação de cirurgias.

Reconhecendo a investigação em saúde como importante para a melhoria contínua da qualidade, a formação de profissionais e a projeção internacional do país em uma área de grande competitividade e potencial de crescimento, foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Fundo para a Investigação em Saúde, visando ao fortalecimento das atividades de investigação para proteção, promoção e melhoria da saúde das pessoas e, assim, obter ganhos em saúde.

Findas as restrições impostas pelo ME, em maio de 2014, o governo que garantiu a sua aplicação voltou a dispor de maior autonomia para a condução da política de saúde. Mantendo a orientação de alcançar poupanças adicionais nos custos operacionais, foram adotadas medidas para reforçar o acesso ao SNS, principalmente por meio da contratação de recursos humanos, cujo número vinha decrescendo desde 2011, e de revisão das carreiras de alguns grupos profissionais, registando-se ainda intervenções nos cuidados primários e hospitalares, com alterações ao nível da contratualização, na modernização administrativa e na política do medicamento[57].

Ainda no que concerne ao reforço do acesso, em 2015, foi publicada a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, visando garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS, nos termos da lei. A Carta dos Direitos de Acesso define os tempos máximos de resposta garantidos e o direito do utente à informação sobre esses tempos.

Foi nesse ano que também foi aprovado o regime de delegação de competências do Estado para os municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais, sobretudo na área da saúde. Apresentada como uma via para concretizar a des-

centralização do país e do SNS prevista na Constituição e na lei, a proposta foi recebida com algum ceticismo pelos órgãos de poder local e pelos profissionais de saúde[58,59], tendo o processo sido suspenso depois das eleições de 2015 e retomado em 2019, já com outros pressupostos[60].

A RECUPERAÇÃO DO SNS (2016-2019)

As eleições parlamentares do outono de 2015 determinaram a formação de um novo governo, apoiado por uma maioria composta pelo arco da esquerda parlamentar. Sob o desígnio de uma viragem da página da austeridade, no campo da política de saúde os primeiros quatro anos do novo ciclo foram orientados para o revigoramento e a recuperação do SNS e do seu desempenho, tendo culminado com a aprovação, em 2019, da nova Lei de Bases da Saúde (LBS). Das medidas adotadas, destacam-se iniciativas para reforço do SNS e para melhoria do acesso.

As medidas de reforço do SNS, necessárias depois do desinvestimento verificado no período de Ajustamento Económico e Financeiro, centraram-se na reposição de direitos laborais e na contratação de profissionais de saúde; no aumento progressivo do orçamento alocado ao SNS, com impacto na despesa global em saúde, incluindo investimentos na modernização de infraestruturas e na redução da dívida hospitalar, embora o subfinanciamento crônico tenha persistido como um problema estrutural; na implementação do plano estratégico de reforma dos CSP de 2016, para revitalizar a reforma iniciada em 2006; no esforço de integração de cuidados, com destaque para o investimento nas redes de cuidados continuados e paliativos[61].

No capítulo da melhoria do acesso aos cuidados de saúde, as medidas adotadas permitiram a melhoria no acesso a medicamentos e terapias inovadoras, com particular enfoque em doenças oncológicas e raras, bem como a expansão do SNS24 (linha telefônica de atendimento e triagem) e progressos significativos na digitalização do SNS, com o desenvolvimento de soluções de telemedicina e o aprimoramento da partilha de dados para gestão e planejamento, incluindo o lançamento do Portal da Transparência do SNS. Verificou-se um reforço dos direitos dos utentes por meio do alargamento da isenção do pagamento de taxas moderadoras e da regulamentação do seu direito em escolher, a partir do momento em que são referenciados para uma consulta de especialidade, qual o hospital do SNS onde querem ser assistidos[61,62].

Ainda no campo do acesso e dos direitos dos utentes, destacam-se duas iniciativas para reforço do envolvimento de cidadãos e cidadãs na definição de políticas de saúde: a criação do Conselho Nacional de Saúde, órgão consultivo do governo previsto na lei desde 1990, composto por representantes das várias forças científicas, sociais,

culturais e econômica; e a adoção da "Carta para a Participação Pública em Saúde", concebida para incentivar a tomada de decisão em saúde assente em uma ampla participação pública.

Em 2019, no ano em que o SNS comemorou o seu 40º aniversário, foi aprovada a nova Lei de Bases da Saúde (Lei nº 95/2019, de 4 de setembro). Resultante de um intenso processo negocial, com avanços e recuos estratégicos relacionados com a dificuldade de estabelecer consensos[62], a nova LBS marcou uma transição, dentro do mesmo ciclo político, do período de recuperação imediata do SNS para uma fase que se pretendia de modernização e expansão.

Enquanto diploma legal que estabelece um quadro jurídico de determinado setor de atividade, a LBS substituiu o ordenamento jurídico em vigor desde 1990, estabelecendo fronteiras para delimitar a ação governativa no que concerne ao desenvolvimento do sistema de saúde. Com uma orientação centrada nas pessoas e nas comunidades, preconiza-se o reforço do papel do Estado na saúde, reafirmando a centralidade do SNS, enquadrando as condições para o seu reforço e clarificando o papel e a relação entre os vários atores do SSS, nomeadamente o caráter complementar dos setores privado e social perante o público e as regras que determinam essa relação[17,63].

REAÇÃO E CONTRARREAÇÃO À CRISE PANDÊMICA (2020-2024)

Os anos de 2020 e 2021 ficaram marcados pela pandemia da covid-19, que obrigou a redirecionar a prestação de cuidados para responder à emergência sanitária, o que constituiu um verdadeiro teste à resiliência do SNS e do SSS. A configuração do dispositivo de resposta à pandemia e a necessidade de garantir outros cuidados à população, apesar da redução verificada na atividade assistencial e programada, foram impulsionadores de mudanças estruturais e organizacionais que, surgindo em um contexto de contingência, tiveram reflexo nas medidas de reforma e de planejamento estratégico aprovadas posteriormente. São exemplos disso a reorganização dos serviços hospitalares, o incremento da telemedicina ou a capacidade de mobilizar um dispositivo capaz de garantir a cobertura vacinal de grande parte da população em um curto espaço de tempo[64].

O ano de 2022 assinalou o retorno da atividade assistencial do SNS após o fim da pandemia, verificando-se um aumento significativo do número de atos realizados em meio hospitalar (consultas, exames e cirurgias) e, em sentido contrário, uma redução das consultas realizadas nos cuidados primários, em face de 2021, fenômeno associado ao aumento de utentes sem médico de família[65]. Afigurando-se como uma consequência da fragilidade no planejamento de recursos humanos da saúde e das consequentes dificuldades de sentidas pelo SNS na captação e retenção de profissionais,

que há vários anos se vinham constatando[66] e que se agravaram após o levantamento das medidas de exceção impostas durante a pandemia[67], essa redução de atividade assistencial nos cuidados primários surgiu como um fator de risco sistêmico para o SNS pelo aumento da pressão que induz na rede hospitalar[65].

Foi nesse contexto que a implementação das medidas de reforma ganhou novo destaque, com os princípios inscritos na LBS a serem vertidos em outros diplomas, particularmente no Estatuto do SNS, normativo relativo à caracterização, à organização, ao financiamento e ao funcionamento do SNS, abrangendo os recursos humanos, o planeamento plurianual e os mecanismos para uma abordagem multissetorial da efetivação do direito à saúde por meio da descentralização e da participação da sociedade civil na política de saúde[17,68]. Depois da definição desse Estatuto, começou a ser articulado um conjunto de mudanças que, dada a abrangência e o potencial transformador que comportam, independentemente do juízo que delas se possa fazer, antecipava uma nova fase no percurso de desenvolvimento e afirmação do SNS. De entre essas medidas, destacam-se:

- A criação da Direção Executiva do SNS, organismo que, sob superintendência e tutela do governo, assume as funções de coordenação da resposta assistencial e sua articulação com as redes de Cuidados Continuados Integrados e de Cuidados Paliativos;
- Uma nova etapa na reforma dos cuidados primários, prevendo-se a uniformização dos diversos modelos vigentes nas unidades de cuidados primários, em um modelo que lhes garante maior flexibilidade de funcionamento e gestão e que já vinha sendo testado em vários pontos do país há cerca de 15 anos;
- A generalização das Unidades Locais de Saúde, que integram os hospitais e os CS debaixo de uma única gestão, com a intenção de facilitar o acesso e circulação de utentes no sistema e a implementação de estratégias orientadas para reforço da promoção da saúde e prevenção da doença;
- O alargamento dos Centros de Responsabilidade Integrados, estruturas de gestão intermédia dentro dos hospitais, dotadas de autonomia funcional para adotar modelos de organização inovadores e valorizadores do desempenho dos profissionais;
- O regime de dedicação plena, retomado depois da sua extinção em 2009, como modelo de organização do trabalho dos profissionais no SNS, para estimular a sua retenção e dedicação ao setor público através de incentivos financeiros.

Foi também nesse período que decorreu a apresentação, discussão pública e aprovação pelo governo da nova estratégia de saúde do país, cujo ciclo de planejamento teve início em 2018 e foi interrompido pela pandemia. O PNS 2030 é definido como um

projeto para uma década, com a ambição de gerar mais vida e melhor saúde, o qual se alinha com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável[53].

Em um ponto em que a pressão sobre o SNS ficava mais evidente, em virtude da crise de recursos humanos da saúde que afeta o país e do agravar de dificuldades no acesso ao serviço público de saúde sentidas por parte da população, o ano de 2024 afigurava-se decisivo para a concretização e a consolidação das novas medidas, permitindo criar condições para aliviar a contestação de vários setores da sociedade e partidos da oposição às reformas.

No entanto, o fim abrupto do quadro de estabilidade governativa alcançada nas eleições de 2022 determinou a realização de novo ato eleitoral, no início de 2024, e a entrada em funções de um governo com orientação político-ideológica distinta. O ano em que a revolução de abril dobra o marco dos 50 anos fica marcado por uma nova transição de ciclo político.

Partindo da premissa de que "existe uma injustiça evidente no acesso aos cuidados de saúde em Portugal, com desigualdades crescentes entre pobres e ricos, entre o litoral e o interior, entre zonas urbanas, suburbanas e rurais"[69], o programa do novo governo traça um conjunto de medidas destinadas a reforçar e reorganizar o SNS, com vista a dotá-lo de infraestruturas e recursos humanos e tecnológicos, bem como de mecanismos de gestão eficiente, optando por um modelo de cooperação ativa e mais alargada com entidades dos setores privado e social.

PANORAMA DAS REFORMAS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

O 25 de abril de 1974 determinou uma ruptura política e social em Portugal, catalisadora das profundas mudanças institucionais que permitiram estabelecer um novo contrato social e a democratização do país[11,70]. No campo da saúde, assistiu-se a um novo protagonismo de correntes reformistas do anterior regime, bem como de setores da sociedade civil até aí afastados dos processos de discussão e decisão, que se traduziu em uma transformação e alargamento do papel e das responsabilidades assumidas pelo Estado em relação à saúde da população.

Embora algumas das medidas adotadas já estivessem inscritas na lei, sinal de uma dependência de percurso na política de saúde que, cinco décadas depois, continua-se a verificar[31], as mudanças do sistema político e o afastamento dos que obstaculizaram boa parte das reformas de 1971 abriram uma janela de oportunidade para implementação, aprofundamento e reforço de muitas dessas propostas, conduzindo à inscrição do direito universal à saúde na Constituição de 1976 e à sua institucionalização por meio de um sistema de saúde universal e sem barreiras financeiras de acesso, organizado em torno da resposta pública garantida pelo SNS.

Ao criar condições para garantir, em um período relativamente curto, o acesso da generalidade da população a serviços e cuidados de saúde de qualidade, o SNS tornou-se em um elemento central no processo de democratização e modernização do país. A sua consolidação contribuiu para a melhoria generalizada das condições socioeconômicas e para a redução das desigualdades sociais, permitindo a obtenção de ganhos em saúde que põem Portugal em um lugar de destaque no que se refere à qualidade de vida de milhões de cidadãos.

Esses ganhos e essa consolidação fizeram-se de avanços e recuos, de consensos e desavenças, mas assentam em uma ampla aceitação pela sociedade de que a saúde é um bem público e que o SNS é o pilar que sustenta o SSS. Apesar da expansão observada na atividade e na capacidade instalada dos setores privado e social da saúde, são essa centralidade e esse consenso em torno do papel do setor público que ajudam a explicar que a análise da história do sistema de saúde português e a discussão sobre as suas reformas acabem por ter o SNS como enfoque principal.

Embora seja possível encontrar abordagens ideológicas que defendem uma maior ou menor convivência entre os setores público e privado, nenhuma força política defende abertamente a extinção do SNS nem do seu caráter universalista. Não obstante, o desígnio de reformar o SNS esteve sempre presente nos programas de governo, surgindo os momentos de transição entre executivos como momento de transição entre distintos períodos de reforma. As áreas que estiveram permanentemente em discussão incluem:

- os elementos estruturantes do SNS, especialmente os CSP, os cuidados diferenciados, a reorganização e expansão da rede hospitalar, as urgências hospitalares e pré-hospitalares, os cuidados continuados (desde 2006) e, mais recentemente, os cuidados paliativos;
- a sua organização em uma rede integrada, experimentada com recursos a vários modelos de governação do sistema de saúde, com maior ou menor centralização na tomada de decisão, em um contexto de crescimento de um setor privado comercial ligado à saúde;
- os fatores de produção, em particular os recursos humanos do setor, os medicamentos, os meios de diagnóstico e terapêutica, as tecnologias de informação e comunicação e os sistemas de informação;
- os modelos de financiamento que, todos sem exceção, têm pecado pela falta de reconhecimento das despesas com a saúde como um investimento no desenvolvimento econômico, humano e social, reduzindo as contas da saúde a escrutínios financeiros que ignoram o verdadeiro impacto dessas despesas, em uma ausência de uma verdadeira análise de custo-benefício.

A generalidade das reformas não foi precedida por avaliações formais e, embora se identifiquem momento de maior intensidade legislativa e vigor no debate sobre a natureza e orientação das opções propostas, não se traduziu em transformações abruptas do sistema de saúde, verificando-se que, além de politicamente motivadas e muito normativas, uma vez legisladas, raramente foram implementadas na totalidade.

O percurso descrito, as mudanças de prioridades e de estratégia e os atrasos constatados em algumas reformas refletem as prioridades de cada ciclo político, influenciadas por fatores contextuais, pelas agendas políticas dos decisores e por condicionalismos externos, cada vez mais permeáveis à globalização do setor da saúde, em particular a sua integração em uma possível União Europeia da Saúde. No entanto, refletem também a disputa, sempre presente ao longo desses 50 anos, em torno da natureza do SNS e da responsabilidade do Estado sobre a saúde das populações.

REFERÊNCIAS

1. Crisóstomo S. O artigo 64.o da Constituição da República Portuguesa: saúde. Sociologia, Problemas e Práticas. 2016;(spe)33-48. DOI: 10.7458/SPP2016NE10349

2. Oliveira CR. Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023. 1ª ed. Lisboa: Alto Comissariado para as Migrações; 2023. (Imigração em números).

3. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas: 2023 [Internet]. Lisboa: INE; 2024 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367

4. Instituto Nacional de Estatística, editor. 25 de abril – 40 anos de estatísticas. Lisboa: INE; 2014. 113 p.

5. Pordata. Cinco décadas de democracia em números: O que mudou? Pordata [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://www.pordata.pt/pt/resumos/digest/cinco-decadas-de-democracia

6. Ferrinho P, Alves I, Fronteira I, Garcia AC, Oliveira Martins MR. O percurso e os fatores determinantes da saúde. In: Campos AC, Simões J, coordenadores. 40 Anos de Abril na Saúde. Coimbra: Almedina; 2014. p. 93-128.

7. Organisation for Economic Co-operation and Development. Lessons from the OECD Trust Survey in Portugal [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2023 [cited 2024 Dec 7]. (OECD Public Governance Policy Papers). Available from: 10.1787/9754dd09-en

8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Estudos Económicos da OCDE: Portugal 2017 [Internet]. OECD; 2017 [citado 2021 fev 8]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/economics/estudos-economicos-da-ocde-portugal-2017_9789264269286-pt

9. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Economic Surveys: Portugal 2021 [Internet]. Paris; 2021 [cited 2024 Dec 7]. Available from: 10.1787/13b842d6-en

10. Ministério dos Negócios Estrangeiros (PT). Economia [Internet]. Representação Permanente de Portugal junto da União Europeia. Lisboa: Ministério dos Negócios Estrangeiros; 2022 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://ue.missaoportugal.mne.gov.pt/pt/portugal/sobre-portugal/economia

11. Branco R. Entre Bismarck e Beveridge: Sociedade Civil e Estado Providência em Portugal (1960-2011). An Soc. 2017;52(224):534-58. DOI: 10.31447/AS00032573.2017224.02

12. Campos AC. Gaveta de Reformas. Lisboa: Editorial Caminho; 2022. 304 p.

13. Sakellarides C. De Alma a Harry – Crónica da democratização da Saúde. 2a ed. Coimbra: Edições Almedina; 2006.

14. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Perfil de Saúde do País 2023 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2024. DOI: 10.1787/6be7d83c-pt

15. Instituto Nacional de Estatística. Resumo da conta satélite da Saúde (2023) [Internet]. Lisboa: INE; 2024 [citado 2024 dez 11]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646075353&DESTAQUESmodo=2

16. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre a concorrência no setor hospitalar não público. Porto: ERS; 2023.

17. Pisco LAC, Silva VP, Monteiro BR. A evolução da legislação da saúde em Portugal e os novos desafios para a gestão a partir de 2024. Ciênc Saúde Coletiva. 2024;29:e01242024. DOI: 10.1590/1413-812320242911.01242024

18. Ferreira FAG. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1990. 601 p. (Manuais universitários).

19. Varela R, Leys C, Rosa E, Kennedy P, Play S, Huws U. História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. A Saúde e a Força de Trabalho, do Estado Novo aos Nossos Dias. Lisboa: Âncora editora; 2019.

20. Almeida AS. O Sistema de Saúde no Estado Novo de Salazar – O nascimento do ministério da saúde e assistência. Coimbra: Edições Almedina; 2018.

21. Sampaio A. Evolução da política de saúde em Portugal depois da guerra de 1939-45 e suas consequências. In: Arquivo do Instituto Nacional de Saúde. 1981. p. 75–84.

22. Reis VP. O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos. In: Aroso A, Rendas A, Sakellarides C, Serrão D, Dinis E, George F, et al. O futuro da Saúde em Portugal. Lisboa: APAH; 2006. p. 221-32.

23. Lopes O. Planeamento em saúde, para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. Rev Crít Ciên Soc. 1987;(23):99-114.

24. Costa RMP. A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico na Estado Novo. História. 2007;8:355-81.

25. Nunes L. Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998). Loures: Lusociência; 2003. 375 p.

26. Ordem dos Médicos – SR Coimbra. Estudo das carreiras médicas: relatório da Comissão eleita pela Assembleia Extraordinária da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos. Coimbra: Secção Regional da Ordem dos Médicos; 1959. 52 p.

27. Campos AC. Saúde: O custo de um valor sem preço. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos; 1983.

28. Ordem dos Médicos, editor. Relatório sobre as Carreiras Médicas (Reedição). Lisboa: Ordem Dos Médicos; 2007.

29. Rosas F, editor. O Estado Novo (1926-1974). Lisboa: Estampa; 1993. (Mattoso J. História de Portugal).

30. Martins H. Crónicas dum Insubmisso (Volume II). Maputo: Alcance editores; 2024.

31. Simões J. Retrato Político da Saúde – Dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Edições Almedina; 2009.

32. George F. A Pasta da Saúde nos Governos Provisórios – Dossier de Lutas. Dossier de Lutas [Internet]. 2022 fev 21 [citado 2024 nov 30]. Disponível em: https://www.dossierdelutas.pt/2022/02/21/a-pasta-da-saude-nos-governos-provisorios/

33. Cerqueira MSM. Serviço médico na periferia. (1975-1982). Portugal: Desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde? [dissertação] [Internet]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2010 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/2017

34. Santos BS, Reis J, Hespanha P. O Estado e a Sociedade Civil: A criação de actores sociais num período de reconstituição do Estado [Internet]. Coimbra: Centro de Estudos Sociais; 1992 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/10940

35. Assembleia da República (PT). Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.– Lei de Bases da Saúde [Internet]. Diário da República [Internet]. 1990 ago 24 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://dre.pt/

36. Fernandes AC. A combinação Público-Privado. In: Campos AC, Simões J, coordenadores. Coimbra: Almedina; 2014. p. 211-31.

37. Simões J, Fronteira I. Ciclos políticos, em Portugal, e papel do Estado e dos setores privado e social, na saúde. e-Pública. 2019;6(1):4-14.

38. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health Care Systems in Transition: Portugal. Health Systems in Transition. 2004;6(1).

39. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I. Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. Rev Port Saúde Pública. 2014;(32):10-7.

40. Craveiro I, Ferrinho P. Planear estrategicamente: a prática no SNS. Strategic planning: its practice in the Portuguese NHS. Rev Port Saúde Pública. 2001;19(2):27-37.

41. World Health Organization. District Health Systems: Global and Regional Review Based on Experience in Various Countries. WHO; 1995.

42. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Lerberghe WV, Ferrinho P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. Rev Port Med Geral Fam. 2005;21(1):45-59. DOI: 10.32385/rpmgf.v21i1.10108

43. Sakellarides C, Gonçalves C, Cunha FA e, Dussault G, Biscaia JL, Santa L. Acontecimento extraordinário: SNS, proximidade com qualidade - Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Unidade de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; 2009.

44. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde: que rupturas? Relatório da Primavera 2003. Lisboa: OPSS; 2003.

45. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório Primavera 2005. Lisboa: OPSS: 2005.

46. Marques APP, Macedo APMC. Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;23(7):2253-64. DOI: 10.1590/1413-81232018237.09282018

47. Simões J, Ferrinho P. Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 1):S17-S23.

48. WHO Europe. WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2010.

49. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal. Health System Review. Health Syst Transit. 2011;13(4):1-156.

50. Barros PP, Simões JA. Portugal: Health Systems in Transition. Health Systems in Transition [Internet]. 2007 [citado 2019 dez 10];9(5). Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/107844

51. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciênc Saúde Coletiva. 2017;22(3):701-12. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33152016

52. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition [Internet]. 2017 [citado 2019 dez 10];19(2):1-184. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/

53. Direção Geral da Saúde, editor. Plano Nacional de Saúde 2030 – Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s [Internet]. Lisboa: DGS; 2023 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://pns.dgs.pt/

54. Cortes M. Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas. 2016;(80):117-43.

55. Ferrinho P, Simões J, Miguel JP, Beja A, Cortes M, Hartz Z. Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. An Inst Hig Med Trop. 2013;12:76-87. DOI: 10.25761/anaisihmt.195

56. Macedo PM. Um investimento estratégico nacional – artigo de opinião do ministro da Saúde, 6 de abril de 2012. Expresso [Internet]. 2012 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://expresso.pt/dossies/dossiest_actualidade/dossie_paises_como_nos_ii_uma_iniciativa_expres/austria-saude-com-liberdade-de-escolha=f717119?utm_source=expresso&utm_medium=category&utm_campaign=WEB&utm_content=/dossies/dossiest_actualidade/dossie_paises_como_nos_ii_uma_iniciativa_expres/austria-saude-com-liberdade-de-escolha=f717119

57. Administração Central do Sistema de Saúde. SNS: Relatório e Contas de 2015 [Internet]. Lisboa: ACSS, Ministério da Saúde; 2016 [citado 2024 nov 28]. Disponível em: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Relatorio_e_Contas_2015_vf.pdf

58. Radio Televisão Portuguesa. Associação de Municípios alerta para perigos de legislar de forma acelerada. Radio Televisão Portuguesa [Internet]. 2015 [citado 2024 dez 9]. Disponível em: https://www.rtp.pt/noticias/pais/associacao-de-municipios-alerta-para-perigos-de-legislar-de-forma-acelerada_n804685

59. Ordem dos Médicos. Municipalização dos Cuidados de Saúde – sim ou não? Revista da Ordem dos Médicos. 2015;(158):18-23.

60. Presidência do Conselho de Ministros (PT). Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro. Concretiza o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde. Diário da República [Internet]. 2019 jan 30 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/23-2019-118748850

61. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2016 [Internet]. Lisboa: OPSS; 2016 [citado 2024 set 16]. (Relatório de Primavera). Disponível em: https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2016/

62. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde – um direito humano. Relatório de Primavera 2019. Lisboa: OPSS; 2019. (Relatório de Primavera).

63. Assembleia da República (PT). Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República [Internet]. 2019 set 4 [citado 2024 set 16]. Disponível em: https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html

64. Organisation for Economic Co-operation and Development; Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE [Internet]. Paris e Bruxelas: OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde; 2021 [citado 2024 set 16]. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_pt

65. Conselho das Finanças Públicas. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2022. Lisboa: Conselho das Finanças Públicas; 2023. Report No.: 7/2023.

66. Correia T, Gomes I, Nunes P, Dussault G. Health workforce monitoring in Portugal: Does it support strategic planning and policy-making? Health Policy. 2020;124(3):303-10. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.12.014

67. Guimarães A. Mais de 400 médicos saíram do Estado desde o fim do estado de emergência. E não só por dinheiro. "Ninguém sai do SNS de ânimo leve". CNN Portugal [Internet]. 2021 nov 23 [citado 2024 nov 30]. Disponível em: https://cnnportugal.iol.pt/servico-nacional-de-saude/privados/mais-de-400-medicos-sairam-do-estado-desde-o-fim-do-estado-de-emergencia-e-nao-so-por-dinheiro-ninguem-sai-do-sns-de-animo-leve/20211123/6197dd0f0cf2c7ea0f097ed6

68. Presidência do Conselho de Ministros (PT). Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República [Internet]. 2022 ago 4 [citado 2024 nov 30]. Disponível em: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881

69. Governo de Portugal. Programa do XXIV Governo Constitucional [Internet]. 2024 [citado 2024 dez 7]. Disponível em: https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/documento?i=programa-do-xxiv-governo-constitucional

70. Loff M. A Revolução portuguesa (1974-1976), um modelo específico de democratização no século XX. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2024;(133):13-34. DOI: 10.4000/11pr1