

ÍNDICE

NOTA DE ABERTURA	
<i>Francisco Ramos</i>	7
TEXTO INTRODUTÓRIO	
<i>Vitor Papão</i>	9
PREFÁCIO	
<i>António Correia de Campos</i>	11
1. ECONOMIA E POLÍTICA DA SAÚDE — O CONTEXTO DA ECONOMIA PORTUGUESA	
<i>Susana Peralta</i>	21
2. O SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	
<i>Francisco Ramos</i>	31
3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA — UM RETRATO DA DESIGUALDADE	
<i>Inês Fronteira</i>	49
4. A SAÚDE PÚBLICA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — ESTAR ONDE ESTÃO AS PESSOAS	
<i>Ricardo Mexia</i>	63
5. OS HOSPITAIS PÚBLICOS E A GESTÃO HOSPITALAR — CONFIANÇA E DESCONFIANÇA	
<i>Alexandre Lourenço</i>	77

6. A HOSPITALIZAÇÃO PRIVADA NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS — COMPETIÇÃO OU COLABORAÇÃO?
Óscar Gaspar 93
7. A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. ONDE ESTAMOS?
João Rodrigues 111
8. A REFORMA DOS CUIDADOS CONTINUADOS — UM CAMINHO AINDA EM CONSTRUÇÃO
Cristina Henriques e Purificação Gandra 123
9. FINANCIAMENTO HOSPITALAR — UMA ALAVANCA PARA GERAR RESULTADOS EM SAÚDE
Ricardo Mestre 139
10. POLÍTICA DO MEDICAMENTO — GESTÃO E CONCILIAÇÃO DE INTERESSES
Cláudia Furtado 163
11. RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE — A GESTÃO DIÁRIA NUM SISTEMA POUCO FLEXÍVEL
Maria Adelaide Canas 179
12. AS ASSOCIAÇÕES DE PESSOAS QUE VIVEM COM DOENÇA (E AFINS) E A POLÍTICA DE SAÚDE — COCRIAR PARTICIPAÇÃO
Sofia Crisóstomo 191
13. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE — O QUE NOS MOVE?
Marta Reis 209
14. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE — UM TRABALHO DE COLABORAÇÃO
Célia Rosa 219

NOTA DE ABERTURA

Em 2008, na sequência da sua saída do Governo, António Correia de Campos criou, na Escola Nacional de Saúde Pública, uma unidade curricular denominada «Economia Política das Reformas da Saúde». A partir da sua intensa experiência governativa nos três anos imediatamente anteriores, Correia de Campos consolidou o conhecimento teórico e combinou-o com a experiência prática de liderar importantes reformas no sistema de saúde. Como ponderar e valorizar a fundamentação científica face às opções políticas e ideológicas? Insistir em consensos abrangentes ou em maximizar os resultados? Como lidar com a inevitável escassez de recursos, qual o custo de oportunidade das atividades sacrificadas? Estas e outras questões foram partilhadas com os alunos da Escola durante vários anos, contribuindo para a sua mais completa formação em saúde pública.

Quando Correia de Campos assumiu a Presidência do Conselho Económico e Social, herdei a coordenação desta disciplina. Entendi que deveria mudar o enfoque principal, pois a génese e o desenho das reformas do período de 2005 a 2007 apenas poderiam ser ensinadas pelo seu mentor. A unidade curricular passou então a designar-se «Economia Política da Saúde» e a ter como objetivo fundamental apresentar aos alunos um retrato atualizado da execução das reformas iniciadas naquele período, também enquadrado por outros temas essenciais da política de saúde, como o financiamento (público ou através de seguradoras privadas), o perfil epidemiológico da população ou o envolvimento e a participação das associações de pessoas que vivem com doença. Para apresentar todos estes temas, sempre se tentou trazer à Escola os protagonistas de cada uma das respetivas áreas da política da saúde.

A pandemia da covid-19 forçou aulas à distância, por videoconferência, e abriu a possibilidade pragmática de, através da gravação das aulas do ano letivo 2020–2021, compilar os diversos ensaios que são apresentados nesta obra, a partir de cada uma das aulas realizadas. Neste livro, retrata-se o sistema de saúde português, com base em diversos e diferentes olhares de protagonistas e responsáveis. Este retrato foi feito no momento em que se combatia a maior pandemia do século, mas perspetivando sempre o futuro próximo. Não se consegue, nem tal seria possível, ser exaustivo na lista de tópicos e temas relevantes para o total entendimento e compreensão do sistema de saúde em Portugal no século XXI, mas o conjunto de artigos que compõem este livro proporciona um impressionante «fresco» de um sistema de saúde alicerçado num Serviço Nacional de Saúde que é, simultaneamente, a mais importante conquista do 25 de Abril e uma das maiores utopias do mundo moderno. Na verdade, os valores de solidariedade que sustentam a ideia do SNS estão, progressiva e persistentemente, desenquadrados dos valores neoliberais e individualistas que se afirmam como *mainstream* nas sociedades que nos são próximas, geográfica e culturalmente. Esta obra pretende ser um instrumento de valor para o estudo do sistema de saúde português, das suas forças e mais valias, dos seus pontos fracos e das dores que as mudanças e reformas sempre provocam.

Palavras de reconhecido agradecimento são devidas a todos os preletores das aulas/autores dos textos, que rápida e prontamente aceitaram participar nesta obra. Um caloroso obrigado é também devido a todos os alunos de Economia Política da Saúde do ano letivo de 2020–2021, que autorizaram a gravação das aulas, passo indispensável para registar os textos. O coordenador agradece o pronto apoio e envolvimento da Escola Nacional de Saúde, na pessoa da sua ex-diretora, Professora Carla Nunes, da editora Almedina, na pessoa de Ana Margarida Pinheiro, e da Gilead Sciences Portugal, na pessoa de Sara Dias. Uma muito especial palavra de reconhecimento e agradecimento a Helena Marteleira, pelo trabalho essencial e imprescindível de transcrição das gravações, edição dos textos para revisão final por cada um dos autores e colaboração na formatação final da obra.

FRANCISCO RAMOS

TEXTO INTRODUTÓRIO

A saúde é cada vez mais um tema central na nossa sociedade e o direito a ela uma das maiores conquistas alcançadas. Mas, à semelhança do que acontece com outras conquistas sociais, mesmo as que consideramos mais básicas, é cada vez mais evidente que não as podemos, nem devemos, dar por garantidas.

É fundamental acautelarmos que o direito à saúde perdura, mesmo em contextos de grande mudança e disrupção, como o que vivemos atualmente e que viveremos certamente no futuro mais próximo.

Os últimos anos de crise económica e pandémica contribuíram para agudizar os enormes fossos de desigualdade económica e social, agravando os ciclos de pobreza em todo o mundo, que, por sua vez, alimentam ciclos de doença. Estes ciclos andam de mãos dadas e perpetuam-se por gerações. As políticas em saúde devem ser capazes de contribuir para quebrar estes ciclos de doença e de pobreza, garantindo a todos a equidade de acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Quando comparamos os países da Europa, encontramos muitas desigualdades, e o acesso atempado à inovação é uma das áreas na qual precisamos de apostar enquanto país. O acesso à inovação significa mais valor para o doente e para a sociedade e é o que verdadeiramente distingue os países do pelotão da frente. É necessário olhar para a promoção da investigação clínica e para modelos de financiamento inovadores que permitam dar resposta aos novos desafios como o da medicina de precisão, pois o tempo em que uma solução servia muitos ficará cada vez mais distante. Caminhamos a passos largos para uma medicina cada vez mais individualizada e feita à medida das necessidades de cada pessoa.

Ouvimos há muito que a melhor estratégia para defender a saúde é apostar na prevenção da doença, e, nesta matéria, o caminho é também longo. Apostar em mais e melhor literacia em saúde, para promover escolhas mais saudáveis e informadas e incluir a saúde em todas as políticas transversais à nossa sociedade, são medidas fundamentais para nos reposicionarmos neste caminho de sustentabilidade e de longevidade.

A definição de políticas, seja em que área for, não é nem deve ser uma via de sentido único que tem a sua origem no decisor e o seu fim no cidadão. É necessário desafiar este *statu quo* e promover uma cada vez maior participação cívica, em que o cidadão tenha o direito e se sinta livre de intervir e de ter uma voz ativa e participada na definição de políticas. Esta participação assume especial relevância quando falamos da definição de políticas que têm impacto direto na nossa saúde e na nossa qualidade de vida.

Por último, e como não poderia deixar de ser, deixo algumas reflexões sobre as pessoas, as que tratam e as que são tratadas. Quantas vezes dizemos que o doente deve estar no centro de tudo o que fazemos? Mas será que os modelos de prestação de cuidados atualmente em vigor, alguns deles desenhados há décadas, servem esta visão? Quantas vezes dizemos que é necessário humanizar a prestação de cuidados e valorizar os profissionais de saúde? Mas será que os atuais modelos de gestão têm em conta o capital humano que constitui o SNS, zelando pela sua formação, desenvolvimento e realização profissional? A visão tem de ser cada vez mais holística. É necessário descentralizar o que deve ser descentralizado e reforçar uma aproximação à pessoa que vive com a doença cada vez mais multidisciplinar e interdisciplinar a bem da eficácia, da boa gestão de recursos e da qualidade dos serviços prestados, com ganhos para quem presta cuidados e para quem os recebe. É cada vez mais premente promover o trabalho em rede, estabelecer diálogos entre os universos público e privado e aproximar academia e indústria, pois, para enfrentar os desafios atuais e os futuros, todos somos necessários.

Portugal precisa de políticas de saúde realmente centradas no cidadão, tendo em conta o contexto e desafios atuais, para que possamos continuar a olhar para a saúde como um direito duradouro, que é o motor da nossa vivência plena e da criação de riqueza e prosperidade para o nosso país.

VITOR PAPÃO
Diretor-geral Gilead Sciences

PREFÁCIO

ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS

Antigo Ministro da Saúde

*Membro do Grupo de Líderes Global, na luta contra a
resistência aos antimicrobianos (GLG/AMR)*

O período de 20 anos que é adotado nos diversos artigos deste livro fornece uma extraordinária experiência natural na evolução do nosso sistema de saúde e do papel que o SNS nele tem desempenhado. Em 20 anos a economia desacelerou, corrigiu modestamente, caiu abruptamente, manteve um longo sofrimento recuperando com lentidão exasperante, para ser depois quase desmantelada por uma crise pandémica de efeito global, imprevisível, violenta e ainda não debelada, cujas sequelas — logística, capacidade produtiva, energia — se revelam quase tão imprevisíveis como a própria crise.¹

Os reflexos da economia sobre a saúde ficaram assinalados nos efeitos do envelhecimento, desemprego, migrações, precariedade laboral, escasso crescimento salarial e consequente pobreza. De positivo, ao longo deste quinto de século, apenas se podia registar a paz no continente europeu, a inflação que permaneceu controlada e os ganhos em formação dos recursos humanos que agora contrastam duramente com a baixa qualidade e instabilidade do emprego. No corrente ano de 2022, apenas o último elemento subsiste, após a invasão da Ucrânia pela Rússia e

¹ Peralta, Susana. (2022). Economia e política da saúde — o contexto da economia portuguesa. In F. Ramos (Coord.), *Ação em Políticas de Saúde* (pp. 21–30). Coimbra: Almedina.

a crescente inflação causada pela crise de oferta associada às consequências da pandemia e às perturbações causadas pela guerra na produção e distribuição de produtos alimentares e fontes de energia, petróleo e gás.

Durante 20 anos apenas ocorreu um movimento reformista na segunda metade da primeira década, mais exatamente em 2005–2008. Diversas reformas foram então iniciadas, quase todas se mantiveram e desenvolveram, embora com diferentes ritmos e diversos resultados: a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) operada pela criação das unidades de saúde familiares (USF)², a transformação dos antigos serviços distritais em ACES³, a criação dos cuidados continuados integrados a idosos e cidadãos com dependência (RNCCI)⁴, diversas reformas de Saúde Pública, como a proibição de fumar em espaços fechados, a luta contra o aborto clandestino através da não penalização da interrupção voluntária da gravidez até às dez semanas (IVG), a procriação medicamente assistida (PMA) parcialmente financiada pelo SNS, o «cheque dentista» e a introdução da saúde oral em alguns centros de saúde, o alargamento da prescrição de medicamentos genéricos⁵, a venda fora de farmácias de medicamentos não-sujeitos a receita médica. Todas elas introduzidas em contexto de controlo da despesa pública do SNS, permitindo o financiamento das novas atividades e dispensando durante toda a legislatura o recurso a orçamentos retificativos por derrapagem nas contas da saúde⁶. Todavia, pouco foi realizado para atribuir à Saúde Pública o papel liderante que ela deve assumir no combate a grandes epidemias e a pandemias, o que ficou patente na recente crise pandémica.

O sector hospitalar sofreu também uma reforma substancial, com a agregação de pequenos hospitais em centros hospitalares, ganhando economias de escala e eficiência; o encerramento de salas de partos e de serviços de atendimento permanente médico noturno (SAP), com escassa qualidade e reduzida procura, para dar lugar a uma rede

² Rodrigues, João. A reforma dos cuidados de saúde primários. Onde estamos? (pp. 111–122) *Ibidem*.

³ Mexia, Ricardo. A saúde pública no Serviço Nacional de Saúde — estar onde estão as pessoas. (pp. 63–76) *Ibidem*.

⁴ Gandra, Purificação, e Henriques, Cristina. A reforma dos cuidados continuados — um caminho ainda em construção. (pp. 123–137) *Ibidem*.

⁵ Furtado, Cláudia. Política do medicamento — gestão e conciliação de interesses. (pp. 163–178) *Ibidem*.

⁶ Ramos, Francisco. O sistema de saúde em Portugal. (pp. 31–48) *Ibidem*.

hierarquizada de serviços de urgência e de emergência, dotada de meios operacionais e de transportes rápidos; a recapitalização dos grandes hospitais de ensino e a profunda modernização do seu equipamento; e a construção de quatro novos hospitais em regime de parceria público-privada (Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira)⁷. De importância estratégica foi também a reforma dos internatos com o alargamento das vagas, sobretudo em Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública, bem como a criação de condições para fomentar a investigação clínica com a associação do internato de especialidades a bolsas de investigação facultadas pelo Ministério da Ciência.

A crise financeira que gerou a grande depressão de 2008–2013, a redução do financiamento público determinada pelo ajustamento dito estrutural mas quase só orçamental operado entre 2011 e 2014 e a muito lenta recuperação entre 2014 e 2020, sempre limitada por restrições ditadas pelos elevados défice e dívida, tiveram um efeito devastador nas condições de vida e saúde dos portugueses, ainda que progressivamente aliviadas nos anos finais da segunda metade da segunda década⁸. Foi suspenso o programa de construção de novos hospitais, mesmo em parceria, e deixou de se investir na manutenção e reabilitação dos antigos estabelecimentos. A meta prevista para a criação de USF ficou a meio, o número de lugares em CCI ficou a 55% das necessidades inicialmente previstas. As estruturas residenciais para idosos não-doentes (ERPI) viram também congelados longos anos o seu financiamento regular pela Segurança Social, limitando a capacidade de melhorar a qualidade face a uma procura que o envelhecimento tornava mais exigente; os hospitais sofreram o regresso ao modelo de subfinanciamento inicial⁹, colmatado no final de meses de incumprimento perante fornecedores, sem autonomia gestionária suficiente para obterem ganhos de eficiência; as retribuições ao pessoal mantiveram-se quase congeladas, empurrando os mais válidos e muitos dos mais novos para o sector privado e para a emigração, enquanto a demografia da profissão médica

⁷ Mestre, Ricardo. Financiamento hospitalar — uma alavanca para gerar resultados em saúde. (pp. 139–162) *Ibidem*.

⁸ Fronteira, Inês. Perfil epidemiológico da população portuguesa — um retrato da desigualdade. (pp. 49–61) *Ibidem*.

⁹ Lourenço, Alexandre. Os hospitais públicos e a gestão hospitalar — confiança e desconfiança. (pp. 77–91) *Ibidem*.

acusava os efeitos da flutuação das entradas ocorridas 40 anos antes, envelhecendo o capital humano de modo dramático¹⁰.

É neste contexto de oito anos de deterioração que surge a pandemia da covid-19. Ela chega de forma imprevista e crescente, surpreendendo um sistema de saúde envelhecido, enfraquecido por uma crise continuada com reflexos visíveis no financiamento e nos recursos humanos. Se, em circunstâncias normais, a recuperação da crise estava a ser lenta e claudicante, nas condições agravadas pela pandemia a crise apresentava-se como quase insolúvel. Todavia, o país, os profissionais, o SNS, os fornecedores, os cidadãos esqueceram queixas, doenças, dores, desconforto, dívidas e incomodidades, respeitaram as orientações das autoridades, contribuindo de forma disciplinada para a superação das duas ofensivas pandémicas, a primeira no primeiro semestre de 2020 e a segunda do terceiro trimestre de 2020 até ao final de junho de 2021. A Saúde Pública, o elo mais fraco da cadeia, obteve reforços impensados: funcionários inativos, estudantes de profissões de saúde, estagiários à entrada da profissão, desempregados, militares e outros. Os inquéritos epidemiológicos e o acompanhamento dos infectados conseguiram ser realizados, ainda que com atrasos em lugares de maior incidência e propagação. Os lares para idosos altamente atingidos conseguiram organizar-se e, em geral, cumprir as orientações da DGS. Os hospitais rapidamente transformaram salas de operações, de anestesia e de recobro e várias unidades de internamento em serviços de isolamento e até em unidades de cuidados intensivos. Os equipamentos surgiram do nada, praticantes de medicina intensiva nasceram de internistas, anestesistas, infeccionistas e outros especialistas que se dispuseram a colaborar com os colegas mais experientes na matéria. Dispositivos de proteção individual passaram a ser nacionalmente fabricados e até equipamentos de ventilação foram produzidos, recuperados ou adaptados. O esforço comum não tinha assinatura nem proprietário. Todos contribuíram.

Contudo, o desenrolar da crise veio destapar fragilidades antigas do sistema. A articulação entre os serviços de saúde e a Segurança Social, que nunca fora famosa, foi forçada a concretizar-se durante a crise, embora persistam dúvidas sobre se, quando ela terminar, se

¹⁰ Canas, M. Adelaide. Recursos humanos da saúde — a gestão diária num sistema pouco flexível. (pp. 179–190) *Ibidem*.

pode construir o futuro com experiências isoladas e forçadas pelas circunstâncias. A articulação com o sector privado beneficiou da lógica do mercado: a magnitude do problema forçou aquisições rápidas de bens e serviços, sobretudo equipamentos de análise, material de proteção individual e testes em massa, permitindo ainda repartir a carga da procura regular pela transferência de doentes para clínicas e hospitais privados, ou mesmo para eles deslocando equipas médicas e cirúrgicas do SNS, numa requisição consentida ou contratualizada¹¹. Os sistemas de urgência/emergência, que tanto trabalho e custo social tinham consumido na reorganização da década anterior, tiveram de ser desdobrados para acolher a procura concentrada de doença respiratória. Os serviços de utilização comum desdobraram-se em engenhosas e fiáveis logísticas, aquisição, recuperação, instalação e manutenção de equipamentos. Os serviços partilhados conseguiram em tempo recorde montar sistemas de informação que facultaram dados para conhecimento, mitigação e gestão da crise, de forma nacional e internacionalmente comparável, afinando progressivamente a qualidade da informação para servir políticos, gestores e investigadores.

A articulação porventura mais inovadora e promissora foi a que ocorreu entre a saúde e os municípios. Estes revelaram-se fortíssimos aliados da Saúde Pública, facultando instalações para isolamento de doentes, capacidade hoteleira para instalar equipas em penoso isolamento, financiaram e distribuíram EPI, montaram cercas, disponibilizaram e pagaram pessoal, adquiriram instalações provisórias para acolher e isolar doentes, facultaram e equiparam locais de concentração vacinal, financiaram equipamento definitivo, mobilizaram e ofereceram meios de transporte e prestaram inúmeros pequenos serviços de promoção e educação para a saúde e desenvolvimento de cidadania responsável e disciplinada.

Outros órgãos do Estado, como as Forças Armadas e de Segurança, interna e de fronteiras, prestaram o melhor da sua colaboração. Sem disporem da memória e experiência de um conflito armado no território, cidadãos e Estado organizaram-se, uniram-se e confluíram na ação comum contra a pandemia, de forma pronta, eficaz e inovadora.

¹¹ Gaspar, Óscar. A hospitalização privada no sistema de saúde português — competição ou colaboração? (pp. 93–109) *Ibidem*.

O país fez das fraquezas forças. Se a recomposição do SNS para responder à pandemia foi um quase milagre, as cicatrizes vão contar-se mais tarde. Tudo tem um preço, a pagar depois: em encargos financeiros volumosos e dificilmente repetíveis ou continuados; na secundarização das tarefas de rotina, mesmo as que, para bem dos doentes, não deveriam ser adiadas, pagando o custo do acréscimo de severidade da doença pela criação de listas de espera onde antes não existiam. E sobretudo no cansaço acumulado de todos: pessoal de contacto direto com o doente, dirigentes de instituições, responsáveis locais, regionais, nacionais, políticos e decisores finais. Regressaram depois as reivindicações sindicais e profissionais acumuladas, submersas pela pandemia, acompanhadas de novas reivindicações de segurança, retribuição, atualização profissional e expectativas de vida laboral mais digna e geradora de inovação.

Uma outra realidade deve ser considerada como tendo reforçado a capacidade de resistência do SNS: o aumento considerável da capacidade e qualidade formativa de pessoal médico, de enfermagem, de técnicos superiores de saúde, de administradores e demais pessoal associado à organização e prestação de cuidados. Durante este período de 20 anos, o país beneficiou de três novas faculdades ou escolas médicas, de escolas de enfermagem em quase todos os institutos politécnicos e, em muitos deles, de novas escolas superiores de tecnologias de saúde. Talvez tenha faltado nesta compilação de textos uma lição sobre o ensino e a investigação, que se revelaram essenciais para a solidificação do conhecimento científico, técnico e profissional. Bem como a referência às sociedades médicas, de enfermagem, de administração e outras que facultaram espaço para o debate científico que sustentou o progresso. E ainda aos prémios científicos e de boas práticas que incentivaram os atores e os *stakeholders* a progredir.

Regressando às reformas de 2005–2008, elas não nasceram do nada, mas do conhecimento e da experiência. As USF descendem dos projetos Alfa e dos regimes remuneratórios experimentais de 1995–2000 e, antes deles, das experiências incompletas das novas carreiras definidas em 1979 e só instaladas em 1982, bem como de um artigo publicado na revista dos médicos de família sobre um novo sistema retributivo para estes profissionais¹². A capacidade de debelar um problema então grave,

¹² Campos, A. C., Carvalho, R. (1987). Remuneração dos médicos de Clínica Geral: organizar recursos, clarificando ambiguidades, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20 (fevereiro 1987), 33–37.

a Saúde da Mulher e da Criança, executada através de outro notável programa do final dos anos 80¹³, serviu de prova de que, com políticas baseadas em informação correta e completa e com recursos humanos, financeiros e materiais adequados, afinal de custo muito inferior aos ganhos em saúde que veio a acumular, seria também possível responder a novos grandes problemas, como o da saúde dos nossos mais velhos. Sem a experiência adquirida na Região Autónoma da Madeira pela coordenadora do Programa de CCI, Inês Guerreiro, e sem anteriores estudos do signatário sobre o custo-efetividade de um sistema que permitisse uma gama de variada intensidade e custo nos meios institucionais e domiciliários¹⁴, aquele programa não teria o desenvolvimento rápido que o caracterizou nem a aceitação nacional que adquiriu.

Uma questão que surge como natural, ao lermos este conjunto de artigos que documentam os últimos 20 anos na saúde, pode ser formulada do modo seguinte. Se, na década anterior, não tivessem sido realizadas reformas importantes, embora incompletas e aqui e ali imperfeitas, como teria o sistema de saúde confrontado a crise?

Com cuidados de saúde primários desorganizados, menos focados na promoção da saúde e prevenção da doença, praticando cuidados exclusivamente curativos, sem a visão holística do doente na família, no trabalho e na comunidade, redundantes e dispendiosos. Sem uma rede organizada e coerente de cuidados continuados, sem sistema de referência e de retorno, não articulada com centros de saúde e hospitais, com escassa formação e diminutas dotações de pessoal profissional treinado (foi patente, durante a crise, a diferença na capacidade de controlo da infecção nos ERPI e nas unidades de convalescença de CCI, estas dotadas de pessoal profissionalizado e mais próximas do SNS). Com menos médicos de família e menos médicos de saúde pública, devido ao anterior baixo *status* profissional que empurrava os internos de forma avassaladora para as especialidades hospitalares. Com menos hospitais modernos, sobretudo os três na grande área metropolitana de Lisboa e o de Braga e com menos centros de saúde de nova geração a funcionar de modo

¹³ Iniciativa política de Leonor Belez, sob condução técnica de Albino Aroso e Baptista Pereira, apoiados por um punhado de distintos profissionais do sector.

¹⁴ Campos, A. C. (1982). *Adequação da intensidade de cuidados aos níveis de dependência de Idosos. Análise económica das ineficiências* (Dissertação para concurso a professor auxiliar de Economia da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

eficiente. Um sistema fraturado, sem estratégia e com rumo meramente quantitativo seria capaz de resistir à violência e à longa duração da crise, como o SNS, e afinal todo o sistema, conseguiu?

Os textos aqui reunidos permitem-nos conhecer melhor as fragilidades do sistema e em especial as do SNS. Mais de 18 mil cidadãos terão perdido a vida por causas de morte diretamente atribuíveis à covid-19. Muitos anos de vida saudável foram consumidos por essa prematura mortalidade. Muitos outros viram a sua qualidade de vida diminuída pela infecção e suas sequelas. A esperança de vida aos 65 anos foi reduzida e a esperança de vida à nascença vai também ser influenciada pelos óbitos, atribuíveis à covid-19, de pessoas em idade reprodutiva. Outras causas de morte podem ter aumentado de peso relativo devido a dificuldades de diagnóstico e tratamento na fase aguda da pandemia.

Quanto ao sistema, tornaram-se visíveis fragilidades antes apenas suspeitadas: a escassez de meios, sobretudo humanos, da Saúde Pública e a sua sempre difícil inserção na malha dos serviços do SNS; a ligação entre a Saúde e a Segurança Social foi facilitada em tempos de crise, mas arrisca-se a regressar à normal e anterior separação, tão prejudicial no apoio aos cidadãos idosos e dependentes. A reduzida capacidade e qualidade de cuidados de muitas ERPI torna-as vulneráveis a novas epidemias, entre as quais a das resistências a antimicrobianos, que poderá ser a mais crítica. A reduzida capacidade do SNS de recompensar dignamente o esforço dos seus profissionais, mesmo durante e após a crise, reduz a motivação dos prestadores.

O risco de regresso à linha de base é enorme: reformas foram paralisadas ou interrompidas, como a remuneratória e a gestonária nos hospitais, a clarificação dos territórios e funções dos ACES e da sua relação com as autoridades sanitárias, o impulso de criação de USF e de CCI estagnou. As relações entre público e privado, nunca esclarecidas, planeadas e reguladas, continuaram pautadas pela predação lenta do SNS, pela falsa competição entre produtos desiguais e pela desconfiança que a inação e impotência criam nos espíritos. Não foi ainda recuperado o planeamento estratégico da Saúde, os programas especiais para problemas prioritários continuam subdotados, pouco operacionais, excessivamente prescritivos e sem indicadores de desempenho suficientes. O intercâmbio nacional e internacional, técnico, científico e de investigação, aparentemente amplificado pela comunicação virtual,