

O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS NO TEMPO DA TROIKA: A EXPERIÊNCIA DOS MÉDICOS

Autores

Tiago Correia (coord.)

Graça Carapinheiro

Jorge Silva

Joana Vieira

Relatório público produzido ao abrigo do protocolo de consultoria técnica em vigor entre:



Os elementos constantes no presente documento apenas vinculam os seus autores.

Para efeitos de citação:

Correia, T, Carapinheiro, G, Silva, J e Vieira, J (2015), *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos.

Contactos: CIES-IUL, Edifício ISCTE, Av. das Forças Armadas | 1649-026 Lisboa
tel: +351 210 464 018 | fax: +351 217 940 074 | e-mail: cies@iscte.pt

Junho 2015

Síntese e principais números

- Os resultados sugerem um processo de reconfiguração do mercado privado em Portugal: a diminuição da atividade dos consultórios e, em parte das clínicas, contrasta com o aumento da atividade dos hospitais privados.
- Apesar da expectativa quanto aos imperativos financeiros terem permitido ganhos de eficiência e eficácia sem afetar a qualidade da prática clínica alguns dados merecem atenção:
 - ✓ 38% dos médicos apontaram faltas recorrentes de material nas instituições. A situação é particularmente visível no SNS, chegando a 60% dos médicos nos cuidados de saúde primários e cuidados continuados e a 44% dos médicos hospitalares, mas igualmente presente no setor privado: 29% dos médicos em consultórios e clínicas e 33% nos hospitais privados. Medicina geral e familiar (54%) e anestesiologia (53%) estão entre as especialidades em que mais se apontou esta situação;
 - ✓ 14% dos médicos referiram sentir maior pressão para gastar menos com os doentes. Entre os motivos apontados destacam-se dificuldades no acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e a exames laboratoriais. A situação é particularmente visível nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados (24%) e referido sobretudo nas especialidades de medicina geral e familiar (23%), oncologia (23%) e medicina física e de reabilitação (22%);
 - ✓ 11% dos médicos referiram sentir maior pressão para não prescrever medicamentos. As especialidades que mais indicaram esta pressão são a oncologia (24%) e a medicina geral e familiar (21%). Estão em causa situações de constrangimentos à livre decisão médica e não necessariamente de incentivo à prescrição de genéricos. Os casos apontados relacionam-se com antibióticos, antidiabéticos e anti hipertensores. No SNS as respostas obtidas foram 22% entre os médicos nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados e 10% nos hospitais. O valor nos hospitais privados é semelhante: 12%;
 - ✓ 10% dos médicos afirmaram ter havido um aumento na recusa de tratamentos inovadores. O valor é mais elevado nos hospitais públicos (17%) e entre as especialidades de urologia (53%) e oncologia (47%);

- ✓ A falta de recursos no setor hospitalar público é um traço marcante: cerca de 40% dos médicos hospitalares afirmaram já ter sido confrontados com a falta de medicamentos no tratamento adequado dos doentes, 30% estiveram envolvidos em cirurgias adiadas e 23% já deixaram de realizar técnicas invasivas por falta de material disponível.
- Um dos aspetos mais ignorados na reflexão sobre as implicações da reforma no setor da saúde diz respeito à formação dos profissionais. Praticamente 80% dos internos e 50% dos médicos especialistas com atividades de formação (tutores) inquiridos consideram que a qualidade de formação no internato médico diminuiu desde 2011.
- Entre os médicos no SNS, praticamente 60% referiram que o abandono das terapêuticas aumentou nos últimos anos e 80% que os doentes têm pedido mais vezes a prescrição de medicamentos mais baratos. Entre os médicos no setor privado, 1/3 considerou ter havido um aumento do abandono das terapêuticas por motivos económicos dos doentes e mais de 50% que os doentes têm pedido mais vezes a prescrição de medicamentos mais baratos. Mais do que hierarquizar as especialidades em que esta tendência pode ser mais preocupante, os dados revelam a consistência com que o abandono de terapêuticas tem ocorrido (por exemplo, o abandono em psiquiatria e em pneumologia rondam os 70%; em medicina geral e familiar os 60% e em oncologia os 50%).
- Segundo 58% dos médicos inquiridos os doentes têm faltado mais às consultas ou manifestado impossibilidade de ir às consultas. A análise por especialidades revela respostas consistentemente elevadas, com maior destaque entre a medicina física e de reabilitação, pneumologia, estomatologia, gastroenterologia, medicina interna, cardiologia e dermato-venerologia. Os dados merecem reflexão: pense-se nas implicações de 40% dos oncologistas inquiridos afirmarem que o absentismo dos doentes aumentou.
- Encontraram-se discrepâncias no interior da profissão médica em relação à situação dos médicos:
 - ✓ A sensação de esgotamento entre os médicos do setor público cresce à medida do tempo de trabalho (dos 60% aos 70%), situação apenas invertida já no final da vida profissional. Entre os médicos no setor privado a tendência é sempre decrescente (65% entre os mais novos e 40% entre os mais velhos);
 - ✓ Tanto a motivação como a realização no trabalho sofrem quebras ao longo do percurso profissional entre os médicos do SNS (51% dos médicos mais novos estão

motivados valor que baixa até aos 38% no decorrer da vida profissional; 62% iniciam a sua vida profissional realizados, valor que desce até aos 58%). A situação dos médicos no setor privado é oposta: a motivação e realização aumentam à medida do tempo de trabalho (42% iniciam a vida profissional motivados e 66% chegam ao final da vida profissional motivados; 59% iniciam realizados e 80% terminam a vida profissional realizados);

- ✓ Os médicos com trabalho exclusivo no setor privado são os que mais denunciam sentir o aumento das dificuldades financeiras desde 2011 (21%). Contudo, a análise discriminada por prestador revela situações mais gravosas entre os médicos nos hospitais SPA (33%), nas UCSP (os designados “centros de saúde”) (26%) e nos consultórios (24%);
 - ✓ Os estomatologistas são os especialistas inquiridos que mais manifestam dificuldades económicas face a 2011 (35%) seguidos dos especialistas em medicina geral e familiar (25%) e psiquiatras (22%);
 - ✓ Os fatores que mais explicam a possibilidade de emigração dos médicos prendem-se com dificuldades económicas e com a realização profissional: em caso de aumento da dificuldade económica a possibilidade de emigração aumenta em cerca de 50%; em caso de aumento da realização profissional a possibilidade de emigração diminui em torno dos 60%. Logo, não é apenas a situação de desemprego que ajuda a perceber a saída de médicos do país.
- Alerta-se para a necessidade de uma leitura ampla sobre os efeitos das reformas prosseguidas no tempo da *Troika* no sistema de saúde português, isto é, indo para além do setor público. Contudo, tornou-se inequívoco o peso e a consistência das respostas dos médicos do SNS inquiridos: 80% consideram que as reformas no setor público já afetaram a qualidade dos cuidados prestados; cerca de 85% que o SNS não pode acomodar mais cortes de financiamento sem comprometer a qualidade dos cuidados; e 28% que as condições disponíveis não permitem tratar de acordo com as *leges artis*.

Enquadramento

a) Questões sobre governação, crise e reforma dos sistemas de saúde

Sabe-se que o direito à saúde constitui um dos imperativos comuns no mundo moderno, ainda que a sua concretização envolva a aplicação de políticas distintas. Portanto, é incorreto pressupor, à partida, a existência de um modelo único ou ótimo que assegure esse imperativo.

Está em causa uma complexidade muitas vezes ignorada na discussão. Por um lado, as opções políticas refletem preocupações e sensibilidades não necessariamente comuns aos diferentes países, nem constantes ao longo do tempo. Aspetos como o grau de cobertura dos sistemas de saúde (que serviços incluídos, para quem e sob que condições) ou os mecanismos de financiamento (público, privado-coletivo ou privado-individual) refletem preferências relativamente variáveis que necessitam de discussão no espaço público. Por outro lado, os sistemas de saúde são governados envolvendo quatro intervenientes: Estado, profissões, cidadãos (incluindo grupos de cidadãos e movimentos sociais) e mercado. Mesmo os países que partilham os mecanismos de financiamento apresentam configurações de governação não coincidentes entre estes intervenientes (Bureau e Vrangbæk, 2008; Freeman e Frisina, 2010; Correia, Carapinheiro e Serra, 2015). Como resultado, as mesmas opções políticas podem produzir efeitos distintos. Assim, o funcionamento dos sistemas de saúde não pode ser discutido pelo pressuposto de importação de “boas-práticas”, ignorando fatores específicos de cada país como:

- a relação entre as diversas profissões de saúde, sabendo que a definição de atos

médicos e das demais profissões não coincidem nos diferentes países;

- as condições de acesso ao exercício profissional, os currículos académicos, bem como as características da regulação da prática profissional nos diferentes contextos de trabalho;
- o grau de exposição dos profissionais e dos cidadãos ao mercado lucrativo privado;
- o lugar do mercado lucrativo privado nos sistemas regulados, público e privado;
- as características da tomada de decisão nacional, regional e local, com graus variáveis de participação (das comunidades locais, associações de doentes, etc.)
- as características do mercado de trabalho (nível salarial, desemprego estrutural, natureza dos vínculos laborais, etc.) com consequências diretas sobre os custos com a saúde passíveis de serem distribuídos coletivamente e o grau de partilha do financiamento dos riscos em saúde.
- a estrutura de I&D aplicada à saúde e quem a financia;
- (...)

Não obstante as diferenças, duas tendências são relativamente convergentes entre os países. Uma tendência diz respeito ao facto de, na comparação direta da despesa *per capita* e em percentagem da riqueza, o modelo de financiamento público (habitualmente concretizado por Serviços Nacionais de Saúde) tender a ser menos dispendioso do que os modelos privados, quer de seguros sociais (encontrado em países como a Holanda, Alemanha, França, Suíça ou Benelux) quer de mercado (caso típico dos EUA) (Van der Zee e Kroneman, 2007; OCDE, 2014). Os fatores que justificam esta evidência saem fora do âmbito

deste relatório, pelo que se remete a leitura para outras referências sobre o tema (por exemplo, Bernardo, Silva e Correia, 2014).

A outra tendência diz respeito ao aumento do custo dos cuidados de saúde. Embora o atual contexto de crise tenha resultado no decréscimo da intensidade do crescimento da despesa em saúde (OECD, 2014), essa tendência é estrutural aos países (OPSS, 2009; Correia, 2012a). No espaço académico tem-se debatido o assunto sem que, contudo, haja ainda um verdadeiro consenso. Os argumentos têm variado entre a suposta pressão causada pelo envelhecimento demográfico (Barer, Evans e Hertzman, 1995), a centralidade tecnológica dos cuidados de saúde (Béland et al., 2008), a mercantilização e aumento de consumo associados ao investimento lucrativo privado (Brownlee, 2007).

Portanto, se por um lado, a prossecução do direito à saúde está associada a exigências de financiamento por si só difíceis de assegurar, por outro, opções políticas com vista a redução da despesa pública no setor põem a descoberto um desequilíbrio na resposta às necessidades coletivas de acesso e consumo dos recursos de saúde.

Na verdade, importa reconhecer que parte das orientações políticas que têm sido adotadas, sobretudo nos países em situação económica e financeira fragilizada, carecem de estudos quanto às consequências para os cidadãos, profissionais e instituições de saúde. A isto acrescem alertas quanto ao facto da redução da despesa pública – habitualmente associada a medidas de eficiência, poupança ou mesmo sustentabilidade – poder estar a ser conseguida à custa da transferência da responsabilidade de financiamento para as famílias (Correia, 2012a) ou ao desinvestimento em necessidades

permanentes de infraestruturas, condições técnicas e científicas e de recursos humanos (Burke e Stevenson, 1998).

Com respeito a Portugal, a entrada da *Troika* em 2011 intensificou dinâmicas já existentes. Por exemplo, o aumento do peso do financiamento das famílias ou barreiras no acesso à saúde (do ponto de vista geográfico; cobertura da rede de cuidados de saúde primários e continuados; tempos de espera, entre outros) (ver OPSS, 2009, 2010 para uma leitura mais pormenorizada). Portanto, não é rigoroso situar 2011 como um ponto de viragem na condução das políticas de saúde em Portugal, dado que algumas medidas acordadas no Memorando de Entendimento (Portugal, 2011) coincidem com orientações políticas prévias. Não cabe aqui uma discussão exaustiva acerca desta questão nem das medidas negociadas. Todavia, da leitura do MdE ressaltam duas ideias fundamentais:

- 1) A abrangência e diversidade das reformas negociadas além dos chamados “cortes” no setor;
- 2) A maior incidência de medidas de redução da despesa pública na saúde através da transferência de custos para as famílias, controlo administrativo dos atos profissionais e concentração de recursos e infraestruturas.

b) O que está por saber

Nem durante nem após a intervenção da *Troika* de 2011 a 2014 houve consenso quanto às consequências das reformas prosseguidas. Como já observado pelo OPSS (2013, 2014) os indicadores parecem ilustrar duas realidades contrárias: ora se argumenta que houve uma estabilização ou mesmo melhoria no desempenho e financiamento do setor da

saúde, ora que as barreiras de acesso e funcionamento das instituições têm posto em causa os direitos constitucionais de universalidade e generalidade, além de terem agravado significativamente as desigualdades sociais em Portugal.

Esta divergência de realidades e de argumentos pode dever-se, desde logo, à escolha dos indicadores analisados mas, não menos importante, a aspetos como o facto de as políticas demorarem a produzir efeitos mensuráveis nos indicadores ou mesmo a qualidade dos dados recolhidos (nalguns casos o processo de recolha e validação dos dados estatísticos é absolutamente opaco!).

Por estes motivos impõem-se análises sobre as consequências das reformas prosseguidas em Portugal no decorrer da intervenção da *Troika* com olhares mais próximos da vida quotidiana das populações e das instituições. O propósito é captar de forma mais precisa que efeitos foram produzidos e em que contextos.

Indo ao encontro desta preocupação, em 2013 foi solicitado aos médicos inscritos na Ordem dos Médicos, portanto aqueles que estão legalmente habilitados para exercer a atividade médica em Portugal, que se pronunciassem sobre um conjunto de aspetos relativos à experiência de trabalho por comparação ao ano 2011. O objetivo foi avaliar de que modo estes profissionais experienciaram as reformas introduzidas ao nível do funcionamento das organizações, públicas e privadas, do exercício do seu trabalho e da perceção de alguns comportamentos dos utentes.

Os critérios de amostragem não deram preferência a qualquer perfil de médicos, tendo-se enviado o questionário a um total de 43874 profissionais inscritos na Ordem.

Importa fazer duas ressalvas. Uma é que as conclusões obtidas neste estudo não podem ser lidas como extensíveis ao universo dos médicos a exercer em Portugal, dada a informação reportar-se somente aos questionários devolvidos e devidamente validados. A outra é que esta análise não pode ser considerada com o propósito de legitimação ou deslegitimação das reformas prosseguidas no decorrer dos últimos anos. Não só não é possível aferir quais as medidas políticas concretas que estão na base das respostas obtidas, portanto se se reportam a aspetos negociados no MdE ou a eventos circunstanciais motivados por quaisquer outros motivos, como consideramos que o debate de avaliação das políticas de saúde necessita, em primeiro lugar, ser alimentado por estudos inequívocos quanto às mudanças introduzidas, e é neste sentido que este estudo foi conduzido.

O facto de se apostar na inquirição dos médicos prende-se com a necessidade de aferição sobre como e que contextos de trabalho públicos e privados têm estado expostos à reforma no setor (o grau e o sentido da reforma). Obviamente, não substitui a inquirição de outros intervenientes, tais como outros profissionais de saúde, gestores e mesmo utentes, cuja análise integrada é imprescindível para se obter uma leitura rigorosa das mais recentes alterações a que o sistema de saúde tem estado sujeito.

Em suma, os dados aqui apresentados visam providenciar uma leitura única face aos estudos atualmente disponíveis sobre o sistema de saúde português durante o período da intervenção da *Troika* de modo a que, de forma o mais extensível e comparável possível, seja dado a conhecer que mudanças os médicos sentiram desde 2011.

c) Amostra

A realização deste estudo baseou-se num inquérito por questionário enviado por correio em Maio de 2013 ao universo de médicos inscritos na Ordem dos Médicos juntamente com o envio da revista da Ordem. Os questionários foram devolvidos por correio para a morada da Ordem até Janeiro de 2014, não se tendo procedido ao envio de qualquer alerta ou lembrete para o preenchimento e devolução dos mesmos.

A amostra deste estudo é composta por 3442 questionários devidamente preenchidos e validados, o que representa 7.8% do total de questionários enviados.¹

Destes, 259 representam médicos sem exercício profissional ativo. Por não ser possível aferir nesses casos o momento de cessação da atividade e se as respostas ilustram percepções ou experiências efetivas de trabalho, optou-se por excluí-los da análise. Entre os médicos que exercem atividade 644 (20.2%) são reformados, os quais foram mantidos.

Quanto à antiguidade, 31.4% dos respondentes estão inscritos na Ordem até há 12 anos, 24.1% entre 13-25 anos, 25% entre 26-39 anos e 19.5% há mais de 40 anos.

Relativamente à situação profissional, 14.6% são internos da especialidade, 82.5% são especialistas e 2.8% não têm especialidade.

¹ Os questionários não preenchidos, com erros claros de preenchimento e referentes a médicos sem exercício profissional em Portugal foram excluídos desta análise. Por inacessibilidade a dados públicos, não nos foi possível caracterizar a amostra face ao universo de médicos para os indicadores utilizados (a consulta realizou-se nas seguintes fontes: Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde para 2013, Inventário de Pessoal do Setor da Saúde para 2013 e Estatísticas da Saúde em Portugal/INE. A ligação para os “dados RH da saúde” no portal eletrónico da ACSS esteve inacessível até 2 de junho 2015).

Entre os especialistas, 28,4% são assistentes, 50.2% assistentes graduados e 21.4% assistentes graduados sénior. Embora se tenha verificado um número elevado de não resposta (27%) à pergunta se os médicos estão integrados nas carreiras médicas, 65% dos respondentes continuam vinculados à carreira médica.

A análise por setor de atividade mostra que 38.1% exerce exclusivamente no SNS, 26.9% exclusivamente no setor privado e 35.0% no público e privado (nos restantes não foi possível determinar a resposta).

Dos médicos que trabalham nos cuidados de saúde primários, 45.2% fazem-no em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (os vulgarmente designados “centros de saúde”), 47.3% em Unidades de Saúde Familiar e 7.6% não discriminaram.

Dos médicos que trabalham em hospitais públicos, 5.1% trabalham em hospitais em parceria público-privada (PPP), 84.6% em hospitais públicos empresarializados (EPE), 2.7% em hospitais públicos não sujeitos a alteração do regime jurídico (SPA), 3% em hospitais do setor social com convenção com o SNS e 4.6% não discriminaram.

Dos médicos com algum tipo de exercício privado, 23.6% exercem só em consultórios, 31.4% só em clínicas, 10.7% só em hospitais privados, 0.9% só em empresas de prestação de serviços, 29.8% em mais do que um prestador privado e 3.6% não responderam.

A distribuição das respostas por especialidade médica é apresentada abaixo (tabela 1).

MGF	680	8.9%	Nefrologia	26	8.3%
Medicina Interna	190	7.3%	Endocrinologia e Nutrição	22	11.4%
Pediatria	185	11.2%	Imunohemoterapia	21	9.5%
G/O	157	12.5%	Reumatologia	20	15.9%
Cirurgia Geral	152	10.9%	Hematologia clínica	16	7.3%
Anestesiologia	105	6.4%	Angiologia e Cirurgia Vascular	15	10.1%
Psiquiatria	96	12.7%	Cirurgia Plástica e Reconstructiva	15	8.6%
Ortopedia	94	10.1%	Imuno-Alergologia	15	12%
Oftalmologia	84	14.7%	Neurocirurgia	15	8.2%
Radiologia	64	10.8%	Cirurgia Pediátrica	14	13.9%
Medicina Física Reabilitação	59	16.5%	Infeciologia	14	7.6%
ORL	55	13.6%	Anatomia patológica	11	4.7%
Pneumologia	51	10.3%	Cirurgia Cardiorácica	11	9.5%
Estomatologia	50	31.6%	Neurorradiologia	9	5.5%
Cardiologia	47	7.5%	Psiquiatria da infância e da adolescência	9	5.8%
Gastroenterologia	46	11.6%	Radioncologia	7	6.5%
Urologia	42	12.9%	Cardiologia Pediátrica	6	9.1%
Neurologia	39	9.3%	Cirurgia Maxilo-Facial	4	6.8%
Oncologia Médica	37	12.1%	Medicina Legal	4	nd
Saúde Pública	31	7.5%	Medicina Desportiva	3	nd
Dermato-Venerologia	30	14%	Medicina Nuclear	2	3.8%
Medicina Trabalho	29	65.9%	Genética Médica	1	2.9%
Patologia Clínica	29	7%	Não responde	487	--
			Total	3099	

Tabela 1 – Número de questionários por especialidade

Nota: o total representa a diferença entre o total de questionários válidos (n=3442) excluídos os reformados sem exercício ativo (n=259) e os médicos sem especialidade (n=84). Os valores em % correspondem ao cálculo face ao total de médicos nas respetivas especialidades (fonte: ACSS, Inventário de Pessoal do Setor da Saúde – 2013)

Funcionamento das instituições

Um dos objetivos estabelecidos na intervenção da *Troika* esteve relacionado com a necessidade de melhoria da eficiência e eficácia dos recursos de saúde, públicos e privados (Portugal, 2011: 17). Não obstante a vaguidade deste princípio, sendo impreciso sob que critérios os termos eficiência e eficácia são definidos, da leitura do documento subentende-se uma dimensão eminentemente financeira (na verdade, estes termos podem ser definidos com base noutros critérios tais como igualdade, a partir dos quais as opções políticas podem variar substancialmente).

Entre os indicadores que permitem aferir o desempenho de eficácia (resultados obtidos) e de eficiência (resultados obtidos/recursos necessários) das organizações do ponto de vista financeiro destaca-se o aumento das primeiras

consultas e do total de consultas. A partir do aumento de atividade espera-se não só a maior rentabilização do investimento mas também a tradução na melhoria de outros indicadores, como o acesso aos cuidados, com todas as implicações positivas adjacentes à saúde da população.

A análise referente ao setor público demonstra um aumento significativo de primeiras consultas, segundo cerca de 70% dos médicos, (gráfico 1) e do total de consultas, segundo cerca de 60% dos médicos (gráfico 2). De acordo com as respostas dos médicos hospitalares, os dois indicadores registaram aumentos na ordem dos 62%, enquanto nos cuidados de saúde primários há um peso superior no aumento de primeiras consultas (praticamente 68%) comparativamente ao aumento total de consultas (54%).

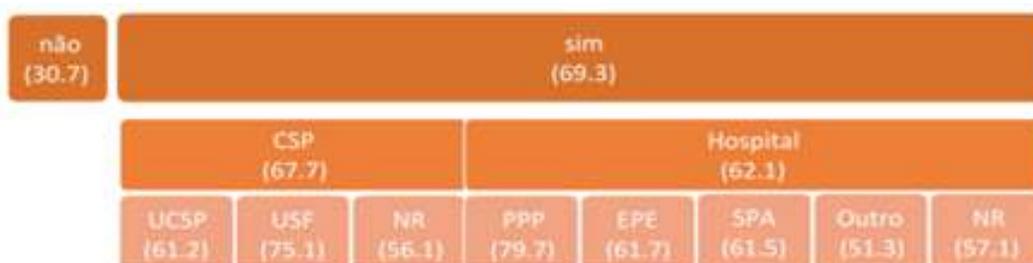


Gráfico 1 – Aumento de primeiras consultas no SNS (valores %)

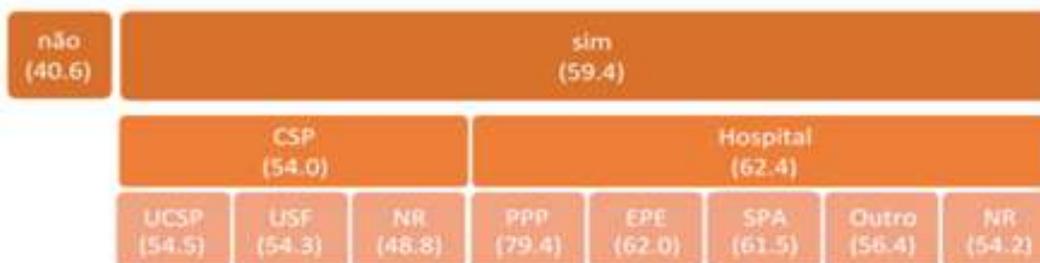


Gráfico 2 – Aumento do total de consultas no SNS (valores %)

Nota: Excluiu-se os médicos que trabalham em prestadores afectos às forças militares e policiais devido a utilização dos recursos de saúde nesses casos estar directamente relacionada com a actividade profissional dos utentes.

Legenda: CSP (cuidados de saúde primários), UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados), USF (unidade de saúde familiar), NR (não responde), PPP (parceria público-privada), EPE (entidade pública empresarial), SPA (sector público administrativo); outro (prestadores hospitalares privados com convenção com o SNS como as misericórdias. O objectivo foi captar respostas relativas ao comportamento de utentes que embora atendidos no sector privado usufruem de condições semelhantes ao SNS).

Em função da natureza jurídica dos prestadores públicos constatam-se algumas variações, principalmente no aumento de atividade dos hospitais em parceria público-privada (praticamente 80% dos médicos consideram que houve um aumento de primeiras consultas e do total de consultas). Por outro lado, é significativa a ausência de diferença de respostas entre os médicos dos hospitais EPE e SPA tendo em conta os pressupostos políticos associados à aposta na empresarialização dos prestadores públicos. Estes resultados relativos à percepção dos profissionais parecem, desde já, corroborar conclusões de estudos prévios que apontavam duas dinâmicas no setor hospitalar após as reformas de 2002 e 2005, as quais foram responsáveis pela expansão do setor empresarial do estado no SNS e da ligação público-privada na gestão dos prestadores públicos. Uma das conclusões respeita a convergência do funcionamento e práticas organizacionais entre o “tradicional” setor público e o setor empresarial do estado; a outra considera que os resultados organizacionais não devem ser medidos por referência à natureza jurídica do prestador mas a outras variáveis

específicas às organizações, tais como as lideranças profissionais, a natureza dos procedimentos médicos realizados ou os mecanismos de premiação pelo desempenho (Baker e Denis, 2011; Correia, 2012b; Stoleroff e Correia, 2008).

Há ainda a destacar o setor privado convencionado com o SNS em que as respostas dos médicos registam aumentos de atividade mais baixos comparativamente aos colegas que exercem no SNS.

Já no que diz respeito aos cuidados de saúde primários, o modelo empresarializado (USF) aponta para um aumento mais significativo das primeiras consultas comparativamente aos vulgarmente designados “centros de saúde” (UCSP: modelo público considerado mais burocrático, pesado e de mais difícil introdução de inovações organizacionais), embora o aumento do total de consultas assuma valores convergentes.

A análise referente ao setor privado revela uma realidade distinta (gráficos 3 e 4). O traço comum é o aumento marginal das consultas realizadas em consultórios e clínicas por



Gráfico 3 – Aumento de primeiras consultas no sector privado (valores %)

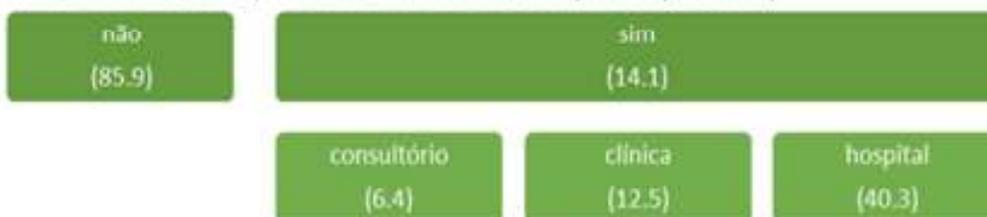


Gráfico 4 – Aumento do total de consultas no sector privado (valores %)

Nota: Excluiu-se os médicos que trabalham em mais do que um prestador privado e em que não foi possível determinar qual o prestador privado a que se referem. Excluiu-se também os médicos que trabalham em empresas de prestação de serviços para o SNS.

contraste ao aumento da atividade do setor hospitalar (na ordem dos 40%). Mesmo assim, os aumentos são sempre inferiores aos registados no SNS.

Estes resultados sugerem um processo de reconfiguração do mercado privado em Portugal por conta da retração dos prestadores de pequena dimensão e a expansão dos prestadores de grande dimensão, sobretudo nos cuidados hospitalares. Outros dados ajudam a ilustrar este argumento. Os médicos apontam a quebra da atividade nos consultórios e clínicas como um traço marcante desde 2011, enquanto nos hospitais privados encontra-se uma realidade dual, ora de aumento ora de diminuição da atividade (gráfico 5). Os números são expressivos: 74.4% dos médicos que trabalham em consultórios afirmam que a atividade diminuiu e 11.4% que chegou mesmo a encerrar. Nas clínicas, para 65.2% dos médicos a atividade diminuiu, embora 28.8% afirmem que se registou um aumento. Nos hospitais, 47.7% afirmam ter havido uma diminuição enquanto 45.9% que se registou um aumento de atividade.

A análise do preço das consultas (gráfico 6) revela que a diminuição dos preços é superior nos hospitais privados e nas clínicas por comparação aos consultórios, o que pode evidenciar uma estratégia de resposta face à diminuição da procura. O que os dados sugerem é que quanto maior a dimensão do prestador mais se procede a ajustamentos nos preços praticados.

Em traços gerais, na comparação direta entre público e privado, os dados indicam um aumento significativo da atividade no SNS face aos prestadores privados. Esta evidência tanto pode significar melhorias no acesso aos cuidados públicos, hospitalares e cuidados de

saúde primários, como a consequência da maior procura dos recursos públicos por utilizadores provenientes do setor privado, o que parece ser o caso devido a indícios de decréscimo da atividade privada. Na realidade, encontram-se indícios de o mercado privado da saúde em Portugal atravessar uma situação de retração, principalmente dos prestadores de menor dimensão. Neste sentido, pode estar em causa um processo de concentração do mercado privado da saúde, quer de recursos humanos quer de capitais, com a expansão da atividade hospitalar e retração da atividade das clínicas e dos consultórios.



Gráfico 5 – Tendência da atividade privada (valores %)



Gráfico 6 – Alteração de preços no setor privado (valores %)

Nota: Excluiu-se os médicos que trabalham em mais do que um prestador privado e em que não foi possível determinar qual o prestador privado a que se referem. Excluiu-se também os médicos que trabalham em empresas de prestação de serviços para o SNS.

Prestação de cuidados

Um dos aspetos de maior preocupação decorrente da intervenção da *Troika* diz respeito às consequências das reformas prosseguidas na qualidade dos cuidados prestados. Isto é, a garantia que motivos financeiros não dificultaram o acesso e que os designados ganhos de eficiência e eficácia atrás descritos permitiram melhorar a prática clínica. Nesta medida, importa perceber qual a experiência dos médicos relativamente às condições que têm à sua disposição nas diferentes valências do SNS e dos cuidados privados. É de notar que o assunto envolve uma enorme complexidade e os resultados deverem ser lidos com prudência. Em primeiro lugar, por não ser possível perceber que motivos justificam as respostas dos médicos. Em segundo lugar, por não se poder aferir a partir destas respostas conclusões relativamente à menor autonomia da decisão médica. Em terceiro lugar, por não haver termos de comparação exatos face ao período anterior. Ou seja, continua a ser necessária cautela na associação direta entre as respostas obtidas e a intervenção da *Troika* por não se saber que reformas ou medidas políticas em concreto estão na base dos resultados apresentados. Ainda assim, o facto de os médicos terem sido esclarecidos de que as suas respostas deveriam tomar por termo de comparação o marco temporal de 2011 permite contornar algumas destas limitações e obter a leitura mais fidedigna possível da evolução sentida nos anos mais recentes.

Uma das questões lançadas aos médicos disse respeito à forma como têm exercido a sua atividade nas diferentes organizações de saúde, isto é, que interferências têm sentido, se

algumas, na prestação habitual de cuidados de saúde (gráfico 1).

O tipo de interferência no trabalho médico mais sentido pelos profissionais está relacionado com faltas recorrentes de material nas instituições. A situação é particularmente visível no SNS, chegando a 59.8% dos médicos que trabalham no setor não hospitalar e a 44.2% dos médicos hospitalares, mas igualmente presente no setor privado: 28,5% e 32.5% respetivamente. Entre as respostas discriminadas pelos profissionais destaca-se faltas ou problemas com material informático e consumíveis de escritório, assim como material descartável como luvas, agulhas, sondas ou pensos. Além disso, 16.5% dos médicos nos hospitais públicos afirmam ter conhecimento direto ou indireto da recusa de tratamentos inovadores. Nos hospitais privados esse valor situa-se nos 10.6%, destacando-se as terapêuticas relacionadas com as áreas da oncologia e diabetes.

Por seu lado, no setor não hospitalar público encontram-se as situações mais comuns de pressão para gastar menos com os doentes (24.4%) e de não prescrição de certos medicamentos (22%). Nos restantes prestadores estes valores situam-se entre os 12-14% e os 7-12% respetivamente. Entre os motivos apontados para a pressão para gastar menos com os doentes destaca-se o acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e exames laboratoriais, enquanto a pressão para a não prescrição de medicamentos está sobretudo relacionada com antibióticos, antidiabéticos, anti hipertensores e reversores de bloqueio neuromuscular.

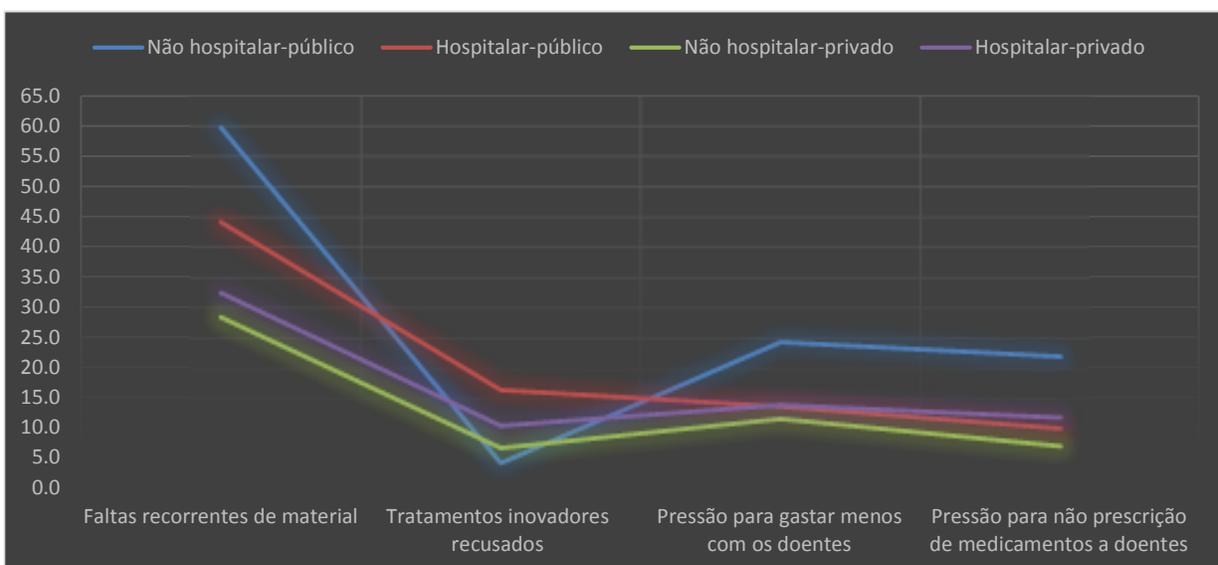


Gráfico 1 – Interferência no trabalho médico por tipo de prestador e setor de atividade (valores %)

Nota: o cálculo incidiu sobre quem responde “não” e “não responde”. Setor público inclui médicos que trabalham para o setor privado convencionado com o SNS. A categoria “não hospitalar-público” engloba cuidados saúde primários, cuidados continuados, cuidados não especializados das forças militares e de segurança. Os dados referentes ao setor privado dizem respeito somente aos médicos em que foi possível identificar o trabalho exclusivo para um tipo de prestador privado. A categoria “não hospitalar-privado” inclui clínicas e consultórios (situações de duplo emprego foram ignoradas).

A este respeito importa não ignorar que a redução da despesa com medicamentos foi uma das áreas prioritárias na negociação no MdE. A questão está em saber como os ganhos de poupança na área do medicamento foram alcançados. Especificamente no SNS as respostas obtidas (22% no setor não hospitalar e 10.1% no setor hospitalar) dão indicação de situações de constrangimento à livre decisão médica na prescrição de medicamentos e não necessariamente o incentivo à prescrição de genéricos. O valor registado nos hospitais privados (11.9%) dá conta da semelhança desta pressão entre as unidades hospitalares públicas e privadas.

Os dados organizados por especialidade médica permitem complementar estas leituras (tabela 1). As faltas recorrentes de material são a situação mais comum identificada por 38% do total de médicos, dos quais se encontra um peso significativo das especialidades indicadas na coluna 1. As restantes formas de

interferência na atividade médica situam-se entre os 14% referente à pressão para gastar menos com os doentes (ver especialidades na coluna 2), 11% na não prescrição de medicamentos (ver especialidades na coluna 3) e 10% na recusa de tratamentos inovadores (ver especialidades na coluna 4). Embora estes resultados não devam ser lidos de forma agregada, dado a situação de cada especialidade médica exigir uma atenção pormenorizada sobre os motivos das respostas obtidas, salienta-se a regularidade com que certas especialidades surgem como estando particularmente sujeitas a formas de interferência no trabalho médico. É o caso da medicina geral e familiar, oncologia, medicina física e de reabilitação, urologia ou anesthesiologia.

Faltas recorrentes de material		Pressão para gastar menos com doentes		Pressão para não prescrever medicamentos		Recusa tratamentos inovadores	
Média	37.9	Média	13.9	Média	11.3	Média	9.9
MGF	54.4	MGF	23	Oncologia	23.8	Urologia	52.5
Anestesiologia	52.9	Oncologia	22.7	MGF	21.2	Oncologia	46.5
MFR	45.5	MFR	21.8	Anestesiologia	15.2	Cardiologia	26.4
Urologia	43.9	Anestesiologia	16	Cirurgia Geral	14.7	Radiologia	19.6
Radiologia	42.4	Ortopedia	16	Urologia	14.6	Gastroenterologia	19.6
Medicina Interna	41.9	Medicina Interna	14	MFR	13.5	Oftalmologia	18.8
Cirurgia Geral	38.8			Pneumologia	12.2	Neurologia	18.4
ORL	38.2					MFR	17.9
						Pneumologia	16.3
						Estomatologia	14.3
						ORL	13
						Medicina Interna	12.5
						Anestesiologia	10.9
						Ortopedia	10.8

Tabela 1 - Interferência no trabalho médico por especialidade médica (valores %)

Nota: o cálculo incidu sobre quem responde “não” e “não responde”. Excluiu-se os médicos não especialistas. Os dados apresentados foram selecionados tendo-se optado por excluir as especialidades com menos de 30 respostas. Como critério comum às análises, oncologia agrega oncologia médica e radioncologia e cardiologia agrega cardiologia e cardiologia pediátrica.

Das especialidades referidas na tabela 1 percebe-se como traço comum a maior incidência de respostas entre as especialidades hospitalares, em particular as relacionadas com procedimentos tecnológicos altamente diferenciados. Nessa medida importa perceber mais detalhadamente a situação do setor hospitalar público e privado quanto à possibilidade de falta de recursos para a condução dos procedimentos médicos habituais (tabela 2). Cerca de 40% dos médicos hospitalares afirma já ter sido confrontado com a falta de medicamentos no tratamento adequado dos doentes. Destes, os que trabalham nos hospitais PPP estão sobrerrepresentados (praticamente 54%) e os do setor privado, convencionado e lucrativo, subrepresentados (mesmo assim na ordem dos 33%).

	Falta de medicamentos	Adiamento de cirurgias	Impedimento realização técnicas invasivas
PPP	53.8	20	13.3
EPE	41.2	30.8	20.8
SPA	41.4	45	35
NR-público	41	36	29
Outro	33.3	26.7	20
Privado	33.6	22.7	19.5
% global	40.7	30.2	22.9

Tabela 2 – Falta de recursos no setor hospitalar (valores %)

Nota: o cálculo incidu sobre quem responde “não”. As perguntas foram formuladas apelando à experiência dos profissionais (“No seu hospital já foi confrontado com...”) e em concreto no caso das cirurgias e das técnicas invasivas por referência à não existência de recursos para o desempenho das atividades habituais (“...por falta de material”).

Legenda: PPP (parcerias público-privadas), EPE (entidade pública empresarial), SPA (setor público administrativo); outro (prestadores hospitalares privados com convenção com o SNS como as misericórdias. O objetivo foi captar respostas relativas ao comportamento de utentes que embora atendidos no setor privado usufruem de condições semelhantes ao SNS), NR-público (médicos de hospitais públicos que não discriminam a natureza jurídica do prestador), privado (hospitais pertencentes a investidores privados sem concessão ou convenção com o SNS).

Este resultado corrobora a leitura a respeito do corte da despesa com medicamentos estar a criar barreiras ao acesso aos medicamentos considerados necessários. Isto, não obstante a existência de outras medidas políticas que não limitam necessariamente a liberdade de decisão médica (por exemplo, a negociação dos preços com as farmacêuticas ou incentivo ao alargamento do mercado de genéricos).

Respetivamente 30% e 23% dos médicos hospitalares afirma terem estado envolvidos em cirurgias adiadas e técnicas invasivas impedidas por falta de material disponível. Persiste uma clara clivagem entre os hospitais públicos e privados apesar da significativa menor incidência de respostas entre os médicos nos hospitais PPP. Por outras palavras, nos hospitais com gestão e propriedade pública encontram-se as situações mais recorrentes de falta de recursos associados a atividades cirúrgicas.

Formação médica

Um dos aspetos mais desconhecido e ignorado na discussão sobre a reforma do setor da saúde diz respeito à formação dos profissionais. Não só porque muitas das consequências sentidas na qualidade da formação decorrem de outras medidas não diretamente relacionadas, mas também porque as atividades e tempos de formação são de difícil contabilização nas métricas habitualmente usadas para classificar

a qualidade dos cuidados prestados e as necessidades de recursos humanos. Contudo, a medicina é uma ciência com igual importância teórica e prática na formação inicial e ao longo do exercício profissional, pelo que a excelência dos cuidados no futuro devem ser obrigatoriamente pensados no presente.

Por este motivo, importa perceber a experiência da formação médica no contexto das reformas prosseguidas desde 2011.



Gráfico 1 – Qualidade de formação no internato médico segundo internos (valores %)

Nota: As respostas dizem respeito exclusivamente aos internos.

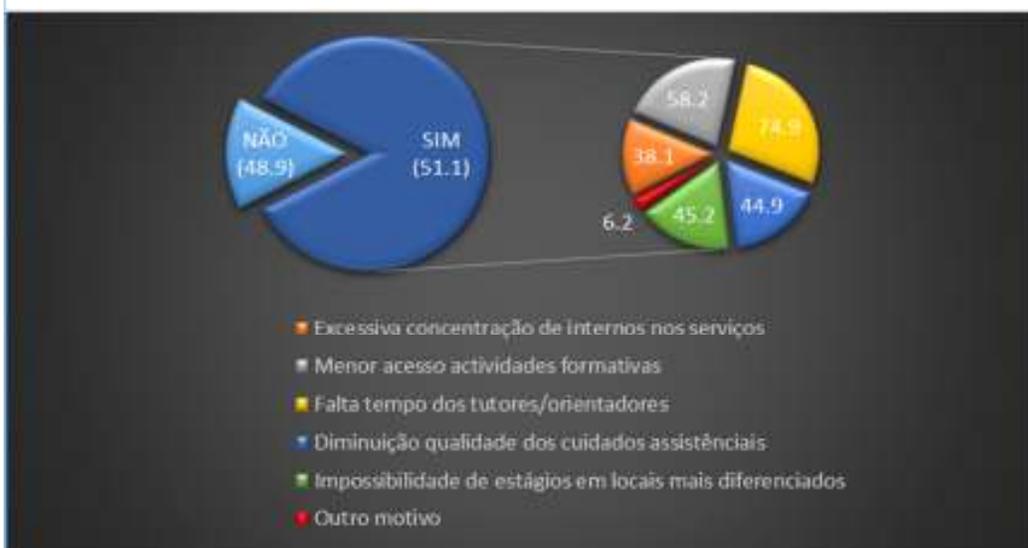


Gráfico 2 – Qualidade de formação no internato médico segundo tutores (valores %)

Nota: As respostas dizem respeito exclusivamente aos médicos especialistas que afirmaram participar na formação de médicos internos.

Na sua grande maioria (78.7%), os internos consideram que houve um decréscimo da qualidade de formação no internato médico (gráfico 1). Entre as razões apontadas destaca-se o menor acesso a atividades formativas (73.6%) e a falta de tempo dos tutores/orientadores (72.4%), seguido do excessivo número de internos nos serviços (63.9%), a impossibilidade de estágios em locais mais diferenciados (56.9%) e a diminuição da qualidade dos cuidados assistenciais a que têm acesso nas respetivas organizações de saúde (56.3%).

Por seu lado, metade dos tutores (51.1%) concordam quanto ao decréscimo da qualidade de formação no internato médico (gráfico 2). Entre os motivos apontados, a grande maioria concorda que se deve à falta de tempo para acompanhar a formação dos internos (74.9%) e por os internos terem menor acesso a atividades formativas (58.2%). Com menor peso mas igualmente significativo, indicaram ainda a impossibilidade de realização de estágios em locais mais diferenciados (45.2%), a diminuição da qualidade dos cuidados assistências a que têm acesso nas respetivas organizações de saúde (44.9%) e o número excessivo de internos nos serviços (38.1%).

A análise das respostas dos tutores por prestador – cuidados de saúde primários, hospitais públicos e hospitais privados – revela resultados consistentes, pelo que nem a divisão

cuidados hospitalares vs. cuidados não hospitalares nem público vs. privado parecem introduzir discrepâncias significativas nas respostas (gráfico 3).

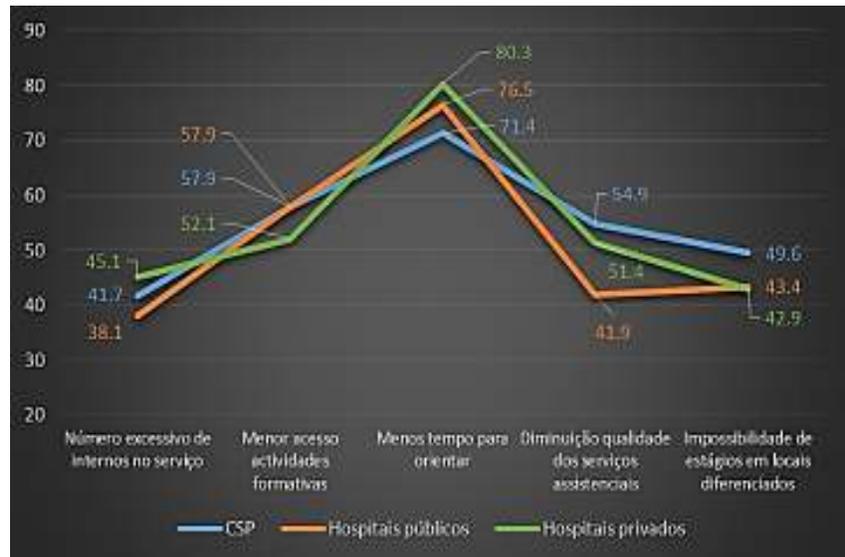


Gráfico 3 – Qualidade de formação no internato médico segundo tutores, por prestador (valores %)
 Nota: As respostas dizem respeito exclusivamente a médicos especialistas que afirmaram participar na formação de médicos internos.

A análise comparativa por prestador indica que os tutores nos hospitais privados são os que mais consideram que o número excessivo de internos no serviço prejudica a qualidade da formação (45.1%) e que têm menor tempo para atividades de orientação (80.3%), enquanto nos cuidados de saúde primários destaca-se a diminuição dos cuidados assistenciais como fator limitativo da qualidade de formação (54.9%) e a impossibilidade de realização de estágios em locais diferenciados (49.6%).

Comportamento dos doentes

Um dos aspetos de maior controvérsia é se e com que intensidade as reformas prosseguidas têm afetado negativamente o estado de saúde da população. Embora o tema esteja habitualmente centrado no setor público, decorrente da natureza universal do SNS em Portugal, importa igualmente perceber como o consumo de cuidados no setor privado está a ser ajustado no contexto da intervenção da *Troika*.

Falar de alterações no comportamento dos doentes, nomeadamente na quantidade e qualidade dos cuidados acedidos, remete para duas questões distintas mediante a análise esteja orientada para o setor público ou para o setor privado lucrativo. Enquanto no primeiro equacionam-se problemas de natureza jurídica e ética associados ao princípio de igualdade entre cidadãos (perante o Estado e de oportunidades), no segundo equacionam-se problemas de diminuição da capacidade de escolha dado que, não poucas vezes, a prestação privada em Portugal assume uma relação ora de duplicação (concorrencial) ora complementar com os recursos públicos (prestação de serviços que não estão ao abrigo do setor público) (Carter e Quesnel-Vallée, 2014; Correia, 2012c).

Como já afirmado, esta análise não procura nem pode evidenciar que eventuais problemas no acesso à saúde sejam causados diretamente ou unicamente por medidas específicas no setor da saúde. Fatores como a redução do rendimento disponível das famílias a par do aumento do desemprego contribuirão, por certo, como obstáculos no consumo dos recursos de saúde. Tão pouco nos é possível identificar quais são as medidas em particular que motivam a resposta dos médicos.

Poder-se-ia argumentar que a pertinência desta discussão esbarra nas medidas que visam a proteção da igualdade no acesso e consumo dos recursos de saúde. Destas destaca-se o alargamento dos critérios de isenção ou redução dos pagamentos diretos por parte das famílias (por exemplo taxas moderadoras ou a comparticipação de medicamentos). Contudo, faltam estudos que comprovem o grau de eficácia destas estratégias de diferenciação positiva dos cidadãos, isto é, até que ponto eventuais barreiras no acesso à saúde aumentaram mesmo perante a existência de medidas destinadas a mitigar esses efeitos. Não há forma aqui de dar voz direta aos cidadãos. O que nos é possível é retratar de forma generalista sobre se na experiência dos médicos os utilizadores alteraram a forma como acedem e consomem cuidados de saúde. A conclusão a retirar caso essa evidência seja identificada é que as reformas prosseguidas tiveram um impacto negativo sobre o direito à saúde e que nem mesmo as medidas pensadas para estancar esses efeitos têm mitigado os efeitos negativos.

Como afirmado, dificuldades no acesso aos cuidados podem ser motivadas por uma complexidade de fatores, alguns dos quais não diretamente relacionados com o setor da saúde. O menor rendimento disponível das famílias por conta do desemprego e diminuição do poder de compra a par do aumento de preços de alguns serviços relacionados com a saúde podem contribuir para a alteração dos comportamentos de acesso e consumo de saúde.

Segundo diversas fontes (Correia, 2012a; OCDE, 2014), a verdade é que a despesa direta das famílias com a saúde em Portugal aumentou significativamente mesmo antes do período

2011-2014. Este aumento é particularmente relevante por constituir uma dupla ou tripla fonte de financiamento da saúde além dos impostos que, servindo de base ao financiamento dos sistemas públicos de saúde, sofreram igualmente aumentos.

Ainda que o aumento dos pagamentos diretos das famílias seja encontrado em praticamente todos os países da OCDE, aqueles estudos apontam para dois aspetos importantes: por um lado, que Portugal é o país da União Europeia onde a tendência de agravamento desse tipo de financiamento tem sido mais elevada. Por outro lado, que esta parcela no conjunto das fontes de financiamento atinge os 32% em Portugal enquanto a média europeia ronda os 21%, sendo que esse valor é apenas comparável ao dos países da Europa de Leste.

Portanto, a dúvida é que efeito o aumento da despesa direta em saúde a par da diminuição do rendimento disponível das famílias pode provocar no comportamento dos doentes com respeito à saúde. A experiência dos médicos aponta para alterações expressivas (tabela 1): 70.3% dos médicos afirma que os doentes têm pedido com mais frequência a prescrição de medicamentos mais baratos mas, mais

significativo, motivos económicos evocados pelos doentes têm levado ao abandono da terapêutica (segundo 53.3% dos médicos) e ao pedido de não prescrição de medicamentos (segundo 23.5% dos médicos) desde 2011.

Os resultados por setor de atividade são reveladores de tendências muito marcadas. Por exemplo, praticamente 80% dos médicos do SNS inquiridos consideram que os doentes têm pedido mais vezes para prescrever medicamentos mais baratos e 60% que o abandono da terapêutica aumentou nos últimos anos. É notória a proximidade dos resultados entre médicos em exclusividade no SNS e aqueles que trabalham no setor público e privado, o que revela a consistência dos resultados obtidos no conjunto dos médicos com ligação ao setor público. Como seria de esperar, os médicos com trabalho exclusivo no setor privado apresentam respostas comparativamente mais baixas, ainda que igualmente preocupantes: a mais de metade (52.3%) os doentes têm pedido a prescrição de medicamentos mais baratos; 12% a quem os doentes têm pedido para fracionar o pagamento das consultas e dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica

	Valores globais				Exclusivamente público				Exclusivamente privado				Público e privado			
	Sim	Não	NR	Total	Sim	Não	NR	Total	Sim	Não	NR	Total	Sim	Não	NR	Total
Prescrição mais frequente medicamentos mais baratos	70.3	15.3	14.4	100	79.4	10.0	10.6	100	52.3	23.5	24.2	100	74.6	14.6	10.8	100
Mais frequência para fracionar pagamento consultas/MCDTs	16.0	68.9	15.1	100	16.4	72.6	11.0	100	12.1	62.9	25.0	100	18.6	69.8	11.6	100
Mais frequência para não prescrever por motivos económicos	23.5	61.5	15.0	100	28.1	61.2	10.7	100	13.6	60.9	25.5	100	26.3	62.4	11.3	100
Maior abandono de terapêutica por motivos económicos	53.3	31.5	15.2	100	63.0	26.0	11.0	100	33.6	40.7	25.7	100	58.4	30.2	11.4	100

Tabela 1 – Implicações financeiras no comportamento dos doentes, por setor de atividade dos médicos (valores em %)

	Setor público								Setor privado							
	Não hospitalar				Hospitalar				Não hospitalar				Hospitalar			
	Sim	Não	NR	Total	Sim	Não	NR	Total	Sim	Não	NR	Total	Sim	Não	NR	Total
Prescrição mais frequente medicamentos mais baratos	88.0	6.5	5.5	100	71.0	15.4	13.6	100	64.9	19.0	16.1	100	60.3	20.6	19.1	100
Mais frequência para fracionar pagamento consultas/ MCDTs	17.9	75.6	6.5	100	17.3	68.7	14.0	100	16.0	66.8	17.2	100	16.8	63.4	19.8	100
Mais frequência para não prescrever por motivos económicos	29.3	64.7	6.0	100	25.8	60.4	13.8	100	20.6	62.4	17.0	100	18.6	61.8	19.6	100
Maior abandono de terapêutica por motivos económicos	64.9	28.5	6.6	100	58.3	27.9	13.8	100	48.5	34.3	17.2	100	41.7	38.2	20.1	100

Tabela 2 - Implicações financeiras no comportamento dos doentes, por prestador público (valores em %)

Nota: setor público inclui médicos que trabalham para o setor privado convencionado com o SNS. A categoria “não hospitalar” no setor público engloba cuidados saúde primários, cuidados continuados, cuidados não especializados das forças militares e de segurança. Os dados referentes ao setor privado dizem respeito somente aos médicos em que foi possível identificar o trabalho exclusivo para um tipo de prestador privado. A categoria “não hospitalar” inclui clínicas e consultórios (situações de duplo emprego foram ignoradas).

(MCDTs); 13.6% a quem os doentes têm pedido para não prescrever medicamentos por motivos económicos e 1/3 quem se tem deparado com o aumento de abandono da terapêutica por parte dos doentes decorrente de motivos financeiros. Embora as implicações financeiras no comportamento dos doentes tenham maior expressão no setor público, há que considerar o valor mais elevado de não respostas dos médicos com trabalho exclusivo no setor privado (na ordem dos 25%), o que pode ocultar determinadas tendências de resposta.

Um olhar pormenorizado dos setores público e privado ajuda a compreender os contornos mais específicos destes resultados (tabela 2). Quanto ao setor público, um dos dados mais expressivos é o número de médicos que considera haver um aumento do abandono da terapêutica pelos doentes devido a motivos económicos (65% dos médicos no setor não hospitalar e de 60% no setor hospitalar). Entre 1/3 e 1/4 dos médicos assumem que os doentes pedem com mais frequência a não prescrição

de medicamentos por motivos económicos e a esmagadora maioria o pedido de substituição de medicamentos por outros mais baratos (praticamente 90% dos médicos no setor não hospitalar, valor que se associa à preponderância das especialidades médicas nos cuidados de saúde primários). Com menor expressão, embora não menos preocupante, é o facto de cerca de 17% dos médicos assumirem que os doentes pedem com mais frequência a possibilidade de fracionamento do pagamento de consultas no SNS ou dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados quer no SNS ou no setor privado convencionado.

Quanto aos médicos com trabalho exclusivo no setor privado, os dados apresentam tendências igualmente relevantes. Aqui importa menos a comparação público-privado, mas o facto de se perceber que os constrangimentos financeiros dos doentes têm afetado o exercício profissional dos médicos também no setor privado. De acordo com as respostas, quase

50% dos médicos com trabalho exclusivo em clínicas e consultórios e acima de 40% dos médicos com trabalho exclusivo em hospitais privados referem o aumento do abandono de terapêuticas pelos doentes por motivos económicos. Pedidos para a prescrição de medicamentos mais baratos continua a ser destacada pela maioria dos médicos (64.9% e 60.3% respetivamente). O aumento de pedidos para o fracionamento do pagamento de consultas e MCDTs e a não prescrição de medicamentos por motivos económicos é apontada por entre 17-20% dos médicos.

Em suma, os dados demonstram uma tendência de forte condicionalismo financeiro que os médicos dizem sentir da parte dos utentes. As respostas mais expressivas ocorrem entre os médicos do SNS e particularmente em relação ao consumo de medicamentos. Em todo o caso, o aspeto que nos parece mais significativo é a expressividade do aumento do abandono das terapêuticas pelos doentes do SNS por motivos financeiros. A relevância destes resultados prende-se com a constatação que os constrangimentos financeiros dos doentes são sentidos ao ponto de condicionar a prática médica, sendo uma situação igualmente identificável no setor privado lucrativo. Como referido, as implicações nos dois setores não é coincidente. Por um lado, o aumento do abandono de terapêuticas no setor privado não significa necessariamente o não acesso a cuidados de saúde, dado que parte da prestação privada em Portugal tem uma natureza suplementar ou duplicada face ao SNS. Simplificando, as situações de abandono de terapêuticas no setor privado podem constituir a redução do poder de escolha e não necessariamente a falta de acesso a cuidados de saúde. Ainda assim, é de supor que esta situação conduza à maior pressão do SNS

devido ao possível aumento de procura por parte de franjas da população que habitualmente optam pelo setor privado. Por outro lado, o aumento do abandono de terapêuticas no SNS representa, de facto, barreiras efetivas no acesso e consumo de cuidados de saúde. As implicações são diversas e constituem matéria jurídica e ética decorrente dos princípios de igualdade preconizada na lei.

Estes resultados obrigam a uma leitura mais pormenorizada. A análise do abandono de terapêuticas por especialidades permite visualizar quais as áreas médicas em que os utilizadores dos setores público e privado mais têm sentido dificuldade de aceder ou têm optado mais facilmente por abandonar devido a dificuldades económicas (gráfico 1).

A principal conclusão que se retira é o elevado número de médicos que considera ter havido nos últimos anos um aumento do abandono das terapêuticas: pediatria é a especialidade onde os resultados são mais baixos, todavia 30% dos pediatras afirma que desde 2011 aumentou o abandono das terapêuticas por motivos económicos. A especialidade onde se regista maior abandono é na medicina física e de reabilitação (para 84.5% destes especialistas).

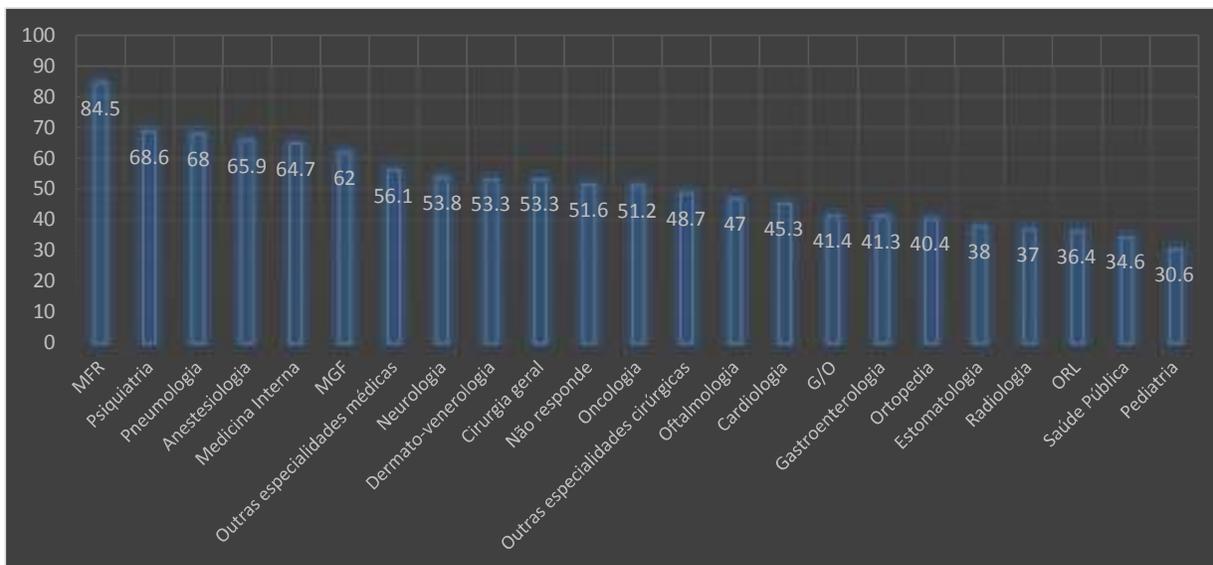


Gráfico 1 – Aumento do abandono de terapêuticas por especialidade (valores %)

Nota: o cálculo incidu sobre quem responde “não” e “não responde”. As especialidades anatomia patológica, medicina desportiva, medicina legal e medicina do trabalho foram excluídas desta análise pelo número reduzido de respostas. Quando indicadas duas especialidades optou-se apenas por uma, tendo-se assumido as seguintes como especialidades secundárias: medicina do trabalho, medicina interna, medicina intensiva e medicina desportiva. Os generalistas foram codificados como MGF. As seguintes especialidades foram agrupadas: psiquiatria (psiquiatria e psiquiatria da infância e da adolescência); outras especialidades médicas (endocrinologia e nutrição, genética médica, hematologia clínica, imunohemoterapia, imuno-alergologia, infeciologia, nefrologia, patologia clínica, reumatologia); oncologia (oncologia médica e radio oncologia); outras especialidades cirúrgicas (angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reconstrutiva, neurocirurgia e urologia); radiologia (medicina nuclear, neurorradiologia e radiologia).

Mais do que hierarquizar quais as especialidades em que esta tendência pode ser mais preocupante (por exemplo, o abandono em psiquiatria e em pneumologia ronda os 70%; em medicina geral e familiar os 60% e em oncologia os 50%), os dados devem ser lidos como reveladores da consistência com que o abandono de terapêuticas tem ocorrido tanto no setor público como no setor privado. Tratam-se de situações dificilmente captáveis noutras estatísticas e fontes de informação, dado não estar em causa a quantidade de procedimentos realizados mas aqueles que os médicos dizem não ter sido realizados especificamente por conta da desistência dos utentes devido a motivos financeiros.

Não obstante as alterações no comportamento dos doentes serem identificáveis tanto no setor



Gráfico 2 – Absentismo dos doentes no SNS, por prestador (valores %)

Nota: o cálculo incidu sobre quem responde “não” e “não responde”. Incluiu apenas as respostas em que foi possível identificar o tipo de prestador público independentemente do tipo de vínculo ao SNS. Excluiu-se desta análise médicos afectos às forças militares e policiais devido a utilização dos cuidados de saúde nesses casos estar directamente relacionada com a actividade profissional dos utentes. CSP (cuidados de saúde primários) incluiu: UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados ou vulgarmente conhecido por centro de saúde) e USF (unidade de saúde familiar). Hospital incluiu: PPP (parcerias público-privadas); EPE (entidade pública empresarial); SPA (sector público administrativo); outro (prestadores hospitalares privados com convenção com o SNS como as misericórdias. Nestes casos o objectivo foi captar respostas relativas ao comportamento de utentes que embora atendidos no sector privado usufruem de condições semelhantes aos utentes do SNS).

público como no privado, a tendência mais expressiva de respostas referentes ao SNS e as suas implicações em termos do acesso aos

cuidados de saúde exigem dados complementares.

A leitura relativa ao aumento do abandono das terapêuticas é, em grande medida, corroborada pelo aumento de faltas dos utentes às consultas no SNS (gráfico 2), verificável segundo 57.9% dos médicos. Esse valor ronda os 60% e 55.5% entre os médicos hospitalares e nos cuidados de saúde primários.

Uma vez mais importa salientar que esta evidência capta dinâmicas não necessariamente observáveis noutras fontes de informação, por exemplo as recolhidas pelas organizações de saúde quanto às consultas marcadas/efetuadas. Neste caso, a análise baseia-se no contacto direto dos médicos com os doentes, o que permite aferir situações relativamente invisíveis nas estatísticas institucionais. Pense-se, por exemplo, em situações que os doentes

negoceiam a não marcação ou adiamento de consultas diretamente com os médicos.

A análise por especialidades médicas (gráfico 3) revela respostas consistentemente elevadas com maior destaque entre a medicina física e de reabilitação (68.3%), pneumologia (68.3%), estomatologia (64%), gastroenterologia (63.9%), medicina interna (62.2%), cardiologia (61.1%) e dermato-venerologia (60%).

Como afirmado, não importa discutir quais as especialidades em que estes resultados são mais e menos preocupantes. Por um lado, porque os dados demonstram a forma transversal com que, de acordo com os médicos, os utentes do SNS passaram a aceder menos às consultas. Por outro, porque os motivos destas respostas podem esconder especificidades não comuns entre as diferentes especialidades. É importante refletir nas

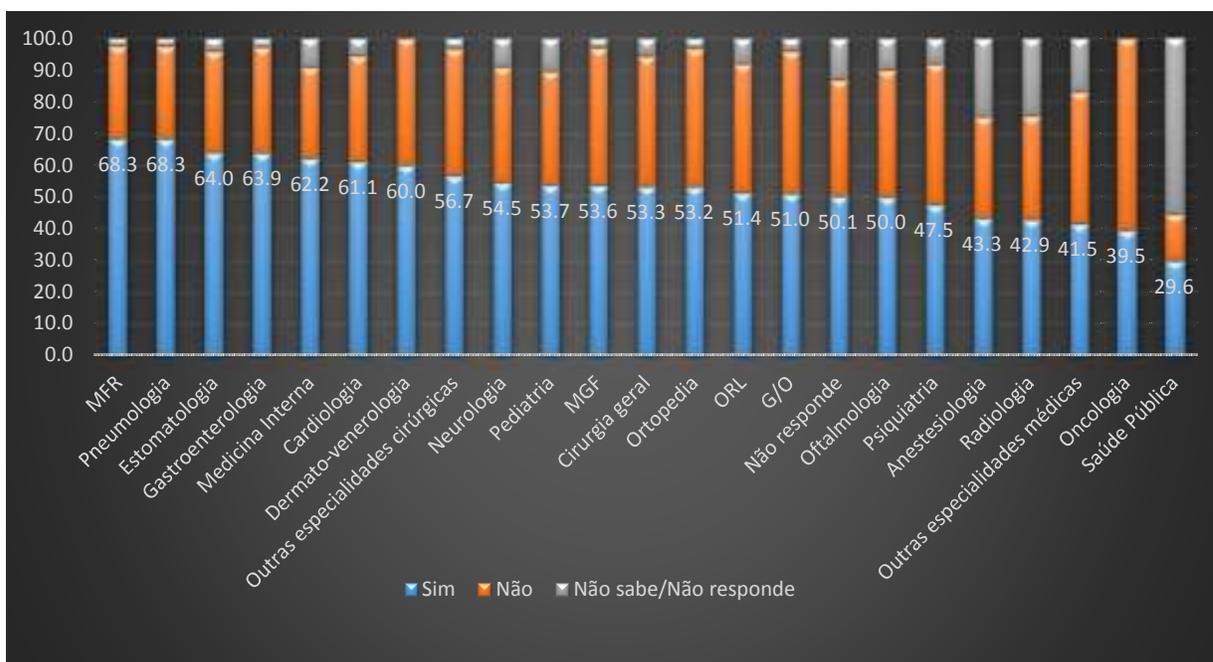


Gráfico 3 – Absentismo dos doentes no SNS, por especialidade (valores %)

Nota: As especialidades anatomia patológica, medicina desportiva, medicina legal e medicina do trabalho foram excluídas pelo número reduzido de respostas. Quando indicadas duas especialidades optou-se apenas por uma, tendo-se assumido as seguintes como especialidades secundárias: medicina do trabalho, medicina interna, medicina intensiva e medicina desportiva. Os generalistas foram codificados como MGF. As seguintes especialidades foram agrupadas: psiquiatria (psiquiatria e psiquiatria da infância e da adolescência); outras especialidades médicas (endocrinologia e nutrição, genética médica, hematologia clínica, imunohemoterapia, imuno-alergologia, infeciologia, nefrologia, patologia clínica, reumatologia); oncologia (oncologia médica e radio oncologia); outras especialidades cirúrgicas (angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reconstrutiva, neurocirurgia e urologia); radiologia (medicina nuclear, neurorradiologia e radiologia).

implicações de 39.5% dos oncologistas afirmarem que o absentismo dos doentes aumentou.

Poder-se-ia considerar que o aumento do absentismo dos doentes é uma consequência direta do aumento das consultas no SNS. Todavia, a análise mostra um aspeto relevante. A perceção do aumento do absentismo dos doentes é mais elevada entre os médicos que afirmam não ter havido um aumento de atividade no SNS (primeiras consultas 73.3% e total de consultas 77.0%), do que para os médicos que afirmaram existir esse aumento (49.9% em relação ao aumento de primeiras consultas e 45.8% em relação ao aumento total de consultas).

Assim, o absentismo dos doentes não parece ser reflexo do aumento da atividade no SNS. Não sendo possível determinar quais as razões desse comportamento, as análises realizadas sugerem dificuldades no acesso aos cuidados.

A situação dos médicos

Um dos aspectos que importa demonstrar a respeito das reformas prosseguidas diz respeito às consequências no desempenho profissional dos médicos.

Considerando a auto-avaliação dos médicos em relação à sua vida profissional e tendo por base a sua antiguidade, verificam-se tendências significativas quando se compara aqueles que trabalham exclusivamente nos setores público e privado (gráfico 1). Em traços gerais, os médicos mais novos no SNS tendem a manifestar níveis mais elevados de esforço para com os objetivos das organizações (motivação) e de atitudes de satisfação generalizada com o trabalho, ao mesmo tempo que se sentem menos exaustos comparativamente aos colegas no setor privado, situação que se inverte à medida do tempo de trabalho. O acentuar das diferenças entre os setores público e privado à medida que a antiguidade aumenta é particularmente visível na motivação e exaustão com o trabalho. Outras leituras destes dados demonstram que enquanto a evolução da sensação de exaustão no setor público cresce à medida do tempo de trabalho, com uma quebra já no final da vida profissional, no setor privado o pico mais elevado ocorre sobretudo no começo da carreira, sendo menor à medida que aumenta o tempo de trabalho. Por outro lado, tanto a motivação como a satisfação com o trabalho tendem a diminuir ao longo do percurso profissional para os médicos no setor público até praticamente perto do fim das respectivas vidas profissionais, situação oposta à dos médicos no setor privado para quem a motivação e satisfação com o trabalho aumenta à medida do tempo.

Em suma, os dados sugerem a discrepância sentida no interior da profissão médica, pelo

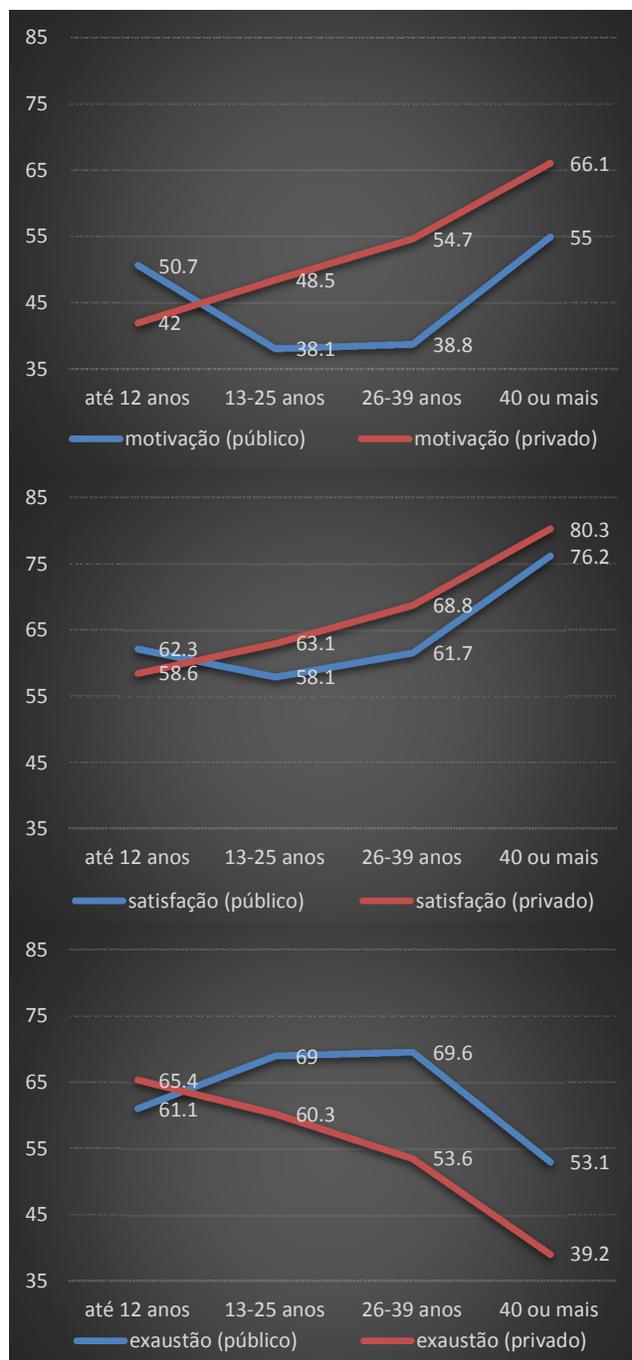


Gráfico 1 – Autoavaliação da vida profissional por antiguidade e natureza do prestador (valores %)

Nota: foram incluídas as respostas apenas dos médicos em que se conseguiu aferir trabalharem exclusivamente para o setor público e exclusivamente para o setor privado. A antiguidade foi calculada a partir do ano de inscrição na Ordem dos Médicos tendo por referência Maio de 2013.

Perguntou-se: “em geral, sinto-me [...] com o meu trabalho”

que se deve evitar uma leitura generalista sobre a situação do exercício da medicina. Exemplo disto é dado conta na tabela 1.

	Sente dificuldades económicas?
CSP (média)	22.2
UCSP	26
USF	17.3
NR	30
Hospital (média)	15.8
PPP	9
EPE	15.1
SPA	33.3
Outro	13.3
NR	27
Consultório	24
Clínica	18.5
Hospital Privado	15.4
Exclusivamente público	18.8
Público-privado	16.3
Exclusivamente privado	21

Tabela 1 – Dificuldades económicas dos médicos face a 2011, por prestador e setor de atividade (valores %)

Nota: para o cálculo do setor de atividade excluiu-se os casos em que não foi possível aferir o trabalho exclusivamente público, público-privado e exclusivamente privado. No cálculo dos prestadores privados incluiu-se apenas os casos em que se confirma o trabalho exclusivo em consultórios, clínicas e hospitais privados. Adotou-se o mesmo procedimento para os prestadores públicos.

Legenda: CSP (cuidados de saúde primários), UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados, vulgarmente conhecido por centro de saúde), USF (unidade de saúde familiar), NR (não responde), PPP (parcerias público-privadas), EPE (entidade pública empresarial), SPA (setor público administrativo); outro (prestadores hospitalares privados com convenção com o SNS como as misericórdias. O objetivo foi captar respostas relativas ao comportamento de utentes que embora atendidos no setor privado usufruem de condições semelhantes ao SNS).

Os médicos com trabalho exclusivo no setor privado são os que mais denunciam sentir dificuldades financeiras desde 2011 (21%), sendo claro que a situação de duplo emprego faz baixar esse valor para cerca de 16%. Ou seja,

não obstante a maior realização e motivação destes profissionais, é notória a pior avaliação das condições económicas por comparação ao setor público. Nos prestadores privados a situação é particularmente visível nos consultórios (24%) e em menor número nos hospitais (15.4%). Já no setor público, no caso dos cuidados de saúde primários, os médicos das USF apresentam menores dificuldades financeiras face aos colegas das UCSP (17.3% e 26% respectivamente), o que se pode ficar a dever ao modelo de financiamento das USF com reflexo no salário dos profissionais (para detalhes sobre as diferenças salariais e implicações da reforma dos CSP, ver Teixeira, 2012). No setor hospitalar, destaca-se a situação dos médicos nos hospitais PPP (apenas 9% afirmam sentir dificuldades económicas) por contraste com os colegas dos vulgarmente designados “hospitais públicos” (hospitais SPA) onde cerca de 1/3 dos médicos afirma sentir maior dificuldade económica. Dado a carreira profissional garantir uniformidade salarial, esta discrepância apenas pode ser justificada ou pela passagem de contratos colectivos para contratos individuais de trabalho (com condições não necessariamente comuns entre os médicos) ou pela situação de duplo ou triplo emprego ser menos comum entre os médicos inquiridos nos hospitais SPA.

A ordenação das respostas por especialidade médica (gráfico 2) revela que os estomatologistas são claramente os que mais manifestam o aumento das dificuldades económicas face a 2011 (35.3%) seguidos dos especialistas em medicina geral e familiar (25.1%) e psiquiatras (21.8%), por contraste aos cardiologistas (7.7%), radiologistas (9.6%) e gastroenterologistas (10.9%).

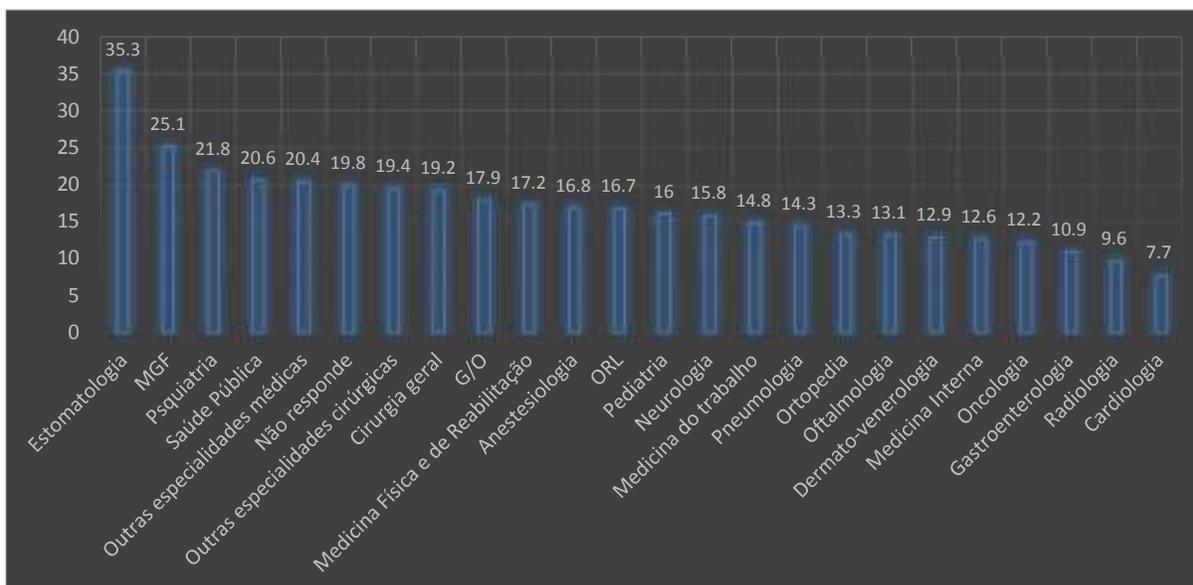


Gráfico 2 – Dificuldades económicas dos médicos face a 2011 por especialidade (valores %)

Nota: As especialidades anatomia patológica, medicina desportiva e medicina legal foram excluídas pelo número reduzido de respostas. Quando indicadas duas especialidades optou-se apenas por uma, tendo-se assumido as seguintes como especialidades secundárias: medicina do trabalho, medicina interna, medicina intensiva e medicina desportiva. Os generalistas foram codificados como MGF. As seguintes especialidades foram agrupadas: psiquiatria (psiquiatria e psiquiatria da infância e da adolescência); outras especialidades médicas (endocrinologia e nutrição, genética médica, hematologia clínica, imunohemoterapia, imunoalergologia, infeciologia, nefrologia, patologia clínica, reumatologia); oncologia (oncologia médica e radio oncologia); outras especialidades cirúrgicas (angiologia e cirurgia vascular, cirurgia cardiotorácica, cirurgia maxilo-facial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica e reconstrutiva, neurocirurgia e urologia); radiologia (medicina nuclear, neurorradiologia e radiologia).

Ao cruzar estes dados com o decréscimo da atividade dos consultórios e clínicas privadas percebe-se agora quais as especialidades médicas em que essa situação mais se acentuou desde 2011.

Resta saber quais as implicações destas respostas na vida pessoal dos médicos. A análise referente aos profissionais com trabalho exclusivo no setor público demonstra que os motivos que mais justificam a opção pela emigração estão relacionados com o aumento das dificuldades económicas (sig 0.000) e com a menor satisfação geral com o trabalho (sig 0.000): a possibilidade de emigrar é superior em 46.5% entre os médicos que sentem dificuldades económicas por comparação aos que não sentem dificuldades económicas, enquanto a possibilidade de emigrar é inferior

em 57.4% entre os médicos que se sentem satisfeitos com o trabalho comparativamente aos que não se sentem satisfeitos.

Quanto aos médicos exclusivamente no setor privado, os contornos são semelhantes: o aumento da possibilidade de emigrar está estatisticamente relacionado com dificuldades económicas (sig 0.008) e com a motivação com o trabalho (sig 0.002) no trabalho. Assim, a possibilidade de emigrar é superior em 64.6% entre os médicos que sentem dificuldades económicas por comparação aos que não sentem dificuldades económicas, enquanto a possibilidade de emigrar é inferior em 76,8% entre os médicos que se sentem motivados com

o trabalho comparativamente aos que não se sentem motivados.²

Em suma, estes resultados demonstram que é limitativo pensar na possibilidade de emigração dos médicos como reflexo apenas de situações de desemprego. Fica claro que aspetos relacionados com a remuneração mas, mais importante, com a motivação ou a satisfação geral com o trabalho têm um forte poder explicativo na ponderação dos médicos em sair do país.

² Análise realizada com base em regressões logísticas. As variáveis em estudo foram: sentir dificuldades económicas, satisfação geral com o trabalho, motivação geral com o trabalho, sensação de exaustão com o trabalho e local de trabalho (UCSP, USF, hospital SPA, EPE, PPP, consultório, clínica e hospital privado).

O SNS no tempo da *Troika*: uma leitura global

Alertou-se para a necessidade de uma leitura ampla sobre os efeitos da *Troika* no sistema de saúde, isto é, indo para além do setor público. Contudo, foi-se tornando inequívoco o peso e a consistência das respostas dos médicos do SNS. Por este motivo, importa agora dar conta de uma leitura global da experiência dos médicos no SNS, fundamentalmente até que ponto consideram que a qualidade dos cuidados que prestam já foi afectada (gráfico 1), se o SNS pode acomodar mais cortes no financiamento sem comprometer a prestação de cuidados

(gráfico 2) e se os médicos consideram que as condições disponíveis permitem tratar os doentes conforme as *leges artis* (gráfico 3).

A tendência é clara: 80% dos médicos do SNS consideraram que as reformas no setor público já afectaram a qualidade dos cuidados prestados, 84.7% que o SNS não pode acomodar mais cortes de financiamento sem comprometer a qualidade dos cuidados e 27.6% que as condições disponíveis não permitem tratar de acordo com as *leges artis*. Embora a avaliação dos médicos hospitalares seja pior relativamente às implicações das reformas na

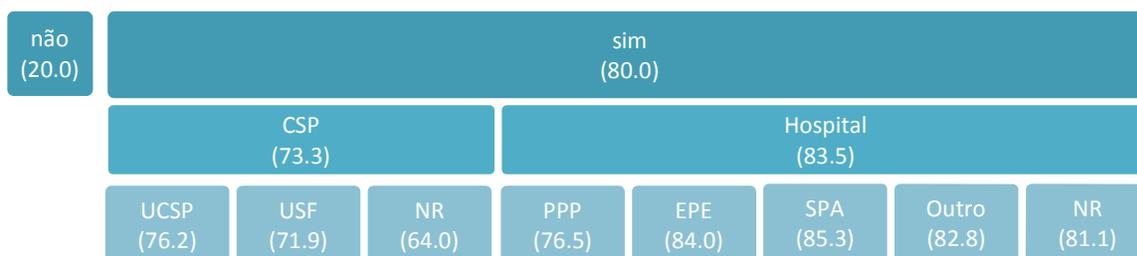


Gráfico 1 – As reformas no SNS já afetaram a qualidade dos cuidados que presta? (valores %)

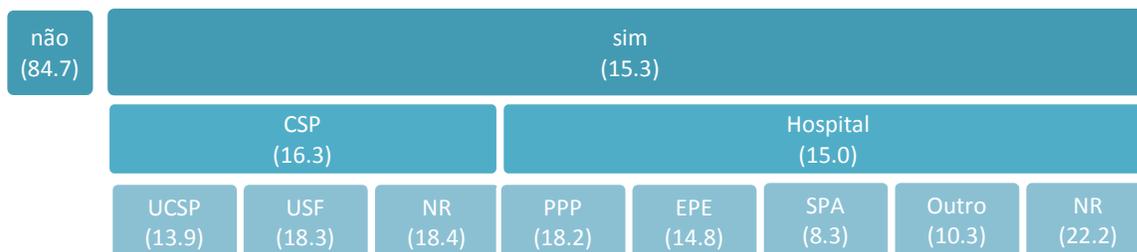


Gráfico 2 – O SNS pode acomodar mais cortes sem comprometer os cuidados prestados? (valores %)

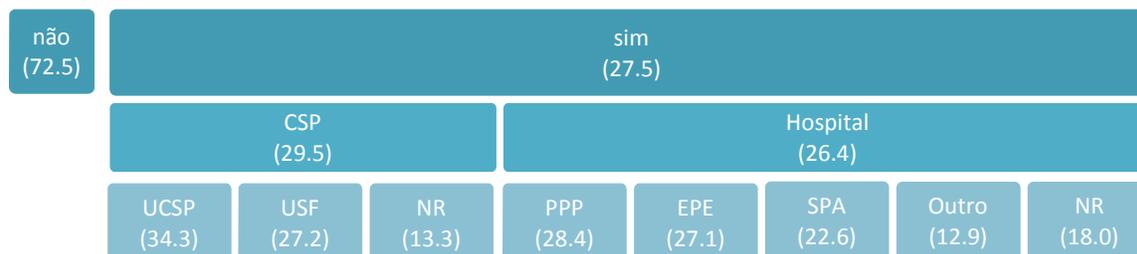


Gráfico 3 – Considera não ter condições necessárias para tratar os doentes conforme as *leges artis*? (valores %)

Nota: foram seleccionados os médicos com qualquer tipo de vínculo ao SNS.

Legenda: CSP (cuidados de saúde primários), UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados, vulgarmente conhecido por centro de saúde), USF (unidade de saúde familiar), NR (não responde), PPP (parcerias público-privadas), EPE (entidade pública empresarial), SPA (setor público administrativo); outro (prestadores hospitalares privados com convenção com o SNS como as misericórdias). O objetivo foi captar respostas relativas ao comportamento de utentes que embora atendidos no setor privado usufruem de condições semelhantes ao SNS).

qualidade dos cuidados prestados, são os médicos dos cuidados de saúde primários que mais consideram não ter condições para tratar os doentes conforme as *leges artis*.

Em traços gerais, os médicos nos hospitais PPP, embora convirjam nestas tendências de resposta, apresentam resultados menos expressivos comparativamente aos médicos dos restantes hospitais públicos. Resultado semelhante é encontrado nos cuidados de saúde primários entre as USF e as UCSP. Estas diferenças parecem indicar que apesar dos constrangimentos serem transversais ao SNS, os modelos de gestão dos hospitais e cuidados de saúde primários introduzem algumas nuances. No caso dos CSP, os resultados são menos acentuados nos modelos de gestão empresarializada encontrada nas USF. No setor hospitalar, as diferenças nas respostas ocorrem não apenas entre o modelo empresarializado (hospitais EPE) e o “tradicional” setor público (SPA) mas, particularmente, entre a gestão pública e a gestão privada dos hospitais públicos (PPP).

A leitura precisa destes resultados é complexa e deve merecer atenção por poder indicar uma de três situações: i) a melhor capacidade de gestão dos prestadores públicos sujeitos a transformações de tipo empresarial e com maior intervenção privada; ii) problemas no financiamento do “tradicional” setor público com prejuízo para o modo como os cuidados de saúde têm sido aí prestados; iii) particularidades organizacionais e do grau de diferenciação de cuidados prestados nos hospitais PPP, pois pese embora a melhor avaliação das implicações das reformas na qualidade dos cuidados, as percentagens são mais expressivas quanto ao facto de as condições de trabalho não permitirem tratar os

doentes conforme as *leges artis*. Independentemente da resposta, salientamos o peso global das percentagens que não deixam espaço de dúvida quanto à posição crítica dos médicos relativamente à extensão e natureza das reformas prosseguidas no SNS.

Entre as razões que os médicos mais discriminaram ao considerarem que as reformas afectaram a qualidade dos cuidados que prestam salientaram:

- barreiras no acesso aos cuidados (aumento das taxas moderadoras, custos do transporte para os doentes e aumento das listas de espera para as cirurgias programadas);
- falta de recursos humanos (médicos, enfermeiros e administrativos), dificuldade na formação contínua dos médicos (menos tempo para investigação e reuniões de equipa) e problemas decorrentes da contratação de médicos por firmas sob regime de prestação de serviços, em particular na organização do trabalho e nas decisões médicas tomadas;
- más condições de trabalho (condições físicas das instalações, material informático e utensílios médicos);
- falta de medicamentos disponíveis e barreiras no acesso a MCDT;
- atendimento dos doentes (imposição dos tempos de consulta, consequências negativas da excessiva informatização na interação médico-doente; redução do número de profissionais nas equipas).

A respeito dos motivos porque o SNS não pode acomodar mais cortes no financiamento as respostas apontam dois argumentos distintos:

- crítica ao modelo de redução de despesa prosseguido no SNS: referência ao menor tempo dedicado aos doentes e falta de

recursos considerados necessários à prática clínica;

- concordância quanto à necessidade de mecanismos de redução da despesa no SNS: referência a problemas na organização dos cuidados (interface cuidados de saúde primários e hospitalares), necessidade de centralização das compras no SNS com menor espaço de autonomia às administrações hospitalares e a necessidade de chefias profissionais com maior capacidade de liderança.

As razões mais discriminadas para os médicos considerarem não ter condições para tratar os doentes conforme as *leges artis* referem-se:

- ao acesso a terapêuticas inovadoras, escolha de medicamentos (ou por imposição ou falta de medicamentos) ou MCDT;
- a dinâmicas organizacionais que limitam a relação com os doentes (solicitações administrativas, tempos de consulta, número de doentes por médico e trabalho definido por indicadores administrativos);
- a falta de tempo para formação e reuniões entre pares.

Elementos para reflexão: velhos problemas, novos desafios

Os resultados apresentados procuraram somente sistematizar conhecimento sobre a experiência dos médicos face a alguns dos efeitos sentidos após a intervenção da *Troika*. No entanto, um entendimento amplo sobre a governação do sistema de saúde português não pode deixar de equacionar a existência de outros efeitos políticos duradouros e enraizados mesmo antes do da edificação jurídica do SNS no início dos anos 90 (Lei n.º 48/90 ou Decreto-Lei n.º 11/93) (Carapinheiro, 2006). Sem este conhecimento, o debate sobre o sistema de saúde em Portugal, pode acabar por ignorar que parte dos problemas atualmente existentes decorrem também de marcas institucionais e políticas que não tiveram lugar somente após 2011.

Contudo, e por outro lado, passado o tempo da *Troika* é claro que a oportunidade de reforma desses “nós problemáticos” do sistema não foi aproveitada. Reforma traduziu-se em larga medida na necessidade de redução de despesa pública, sendo pertinente constatar a forte similitude entre os MdE de Portugal, Grécia ou Chipre a esse respeito. Por outras palavras, a análise comparativa dos programas de ajustamento destes países permite concluir que parte das medidas aplicadas diferiu muito pouco, pese embora especificidades nacionais ao nível dos problemas e das soluções.

Por “nós problemáticos” referimo-nos a aspetos da configuração do sistema de saúde há muito conhecidos e que ora se mantiveram ora se renovaram após as reformas prosseguidas. Dizemos, por isso, que perante velhos problemas do sistema de saúde português passamos a ter que equacionar novos desafios

decorrentes das evidências encontradas neste relatório.

Sumariamente, alguns destes “nós problemáticos” que consideramos não terem sido alvo de reformas devidas no tempo da *Troika* dizem respeito:

- às fortes assimetrias regionais: no acesso aos cuidados, mas também nos indicadores de saúde das populações;
- ao papel e lugar dos cuidados de saúde primários (CSP): não se trata apenas de saber qual a cobertura das infraestruturas e de recursos humanos. A questão passa também por saber como modelos de cuidados preventivos, de menor incidência tecnológica, têm sido pensados e aplicados nos CSP, além de como a prestação de cuidados tem sido adaptada aos contextos e às necessidades locais, ou ainda como se processa a articulação com os cuidados hospitalares e como o modelo de contratualização tem respeitado estes princípios;
- às políticas de recursos humanos na saúde: como os planos prospetivos de recursos humanos têm sido implementados nas políticas de saúde? Que medidas se têm procurado para favorecer a qualidade de cuidados por intermédio do comprometimento dos profissionais às organizações e aos doentes? Que avaliação tem sido feita aos efeitos da precariedade laboral nas profissões de saúde, assim como as situações de duplo e triplo emprego para os profissionais, doentes e organizações? Como os currículos académicos têm sido adaptados para lidar com as profundas transformações no campo da saúde e que tempo de formação tem sido permitido aos profissionais? Como se assegura a distribuição

e retenção dos melhores recursos humanos na saúde?

- à relação público/privada: como se tem assegurado a transparência e complementaridade da prestação e financiamento público e privado? A questão coloca-se do ponto de vista dos profissionais, mas também dos utilizadores e dos contratos que o SNS celebra com entidades privadas. A evidência internacional tem mostrado com consistência que o modelo de financiamento público é aquele que acaba por ser mais eficiente (na relação entre investimento e resultados), mas também que a aposta em modelos de financiamento privados nem sempre melhora o funcionamento dos sistemas públicos de saúde (muito pelo contrário).

Em suma, não obstante uma parte dos desafios com que o sistema de saúde português se depara seja comum aos de outros países (e.g. crescimento da despesa e da exigência de consumos em saúde, limitações na padronização da prática clínica, necessidade de adaptação do modelo de cuidados aos atuais padrões de mortalidade e morbilidade), a outra parte específica ao caso português não pode deixar de ser equacionada sob pena das necessidades de reforma do sistema de saúde português não serem devidamente satisfeitas e que dinâmicas prejudiciais à prestação de cuidados se perpetuem.

Referências bibliográficas

- Baker, GR e Denis, JL (2011), Medical leadership in health care systems: from professional authority to organizational leadership. *Public Money & Management*, 31(5): 355-362.
- Barer, ML, Evans, RG e Hertzman C (1995), Avalanche or Glacier?: Health Care and the Demographic Rhetoric. *Canadian Journal on Aging*, 14(2): 193-224.
- Béland, F et al (2008), *Le Privé dans la Santé: Les discours et les faits*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bernardo, L, Silva, M e Correia, T (2014), A saúde pública como investimento social, em RM Carmo e A Barata (orgs.), *Estado Social: de todos para todos*. Lisboa: Tinta-da-china: 91-134.
- Brownlee, S (2007), *Overtreated: why too much medicine is making us sicker and poorer*. London: Bloomsbury Press.
- Burau, V e Vrangbæk, K (2008), Global Markets and national pathways of medical re-regulation, em E Kuhlmann e M Saks (eds.), *Rethinking Professional Governance*. Bristol: The Policy Press: 29-43.
- Burke, M e Stevenson, HM (1998), Fiscal Crisis and Restructuring in Medicare: the politics of Health in Canada, em D Coburn, C D'Arcy e GM Torrance (eds.), *Health and Canadian Society, Sociological Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press: 597-618.
- Carapinheiro, G (2006), A saúde enquanto matéria política, em G Carapinheiro (ed.), *Sociologia da Saúde, Estudos e Perspectivas*. Porto: Pé de Página: 137-164.
- Carter, R e Quesnel-Vallée, A (2014), A Comparative Policy Analysis of Private Financing for Diagnostic Services in 8 OECD Countries Between 1990 and 2010. *XVIII ISA World Congress of Sociology*, Yokohama: ISA.
- Correia, T (2012a), Debating the Comprehensive basis of western healthcare systems in the light of neoliberalism. *CIES e-Working Paper*, 124/2012.
- Correia, T (2012b), *Medicina: o agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais.
- Correia, T (2012c), Argumentos em Torno da Relação Público-Privada na Saúde: Reflexões Comparadas. *VII Congresso Português de Sociologia*, Porto: APS.
- Correia, T, Carapinheiro, G e Serra, H (2015, forthcoming), The State and medicine in the governance of health care in Portugal, em T Carvalho e R Santigado (eds.), *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services*. London: Palgrave.
- Freeman, R e Frisina, L (2010), Health Care Systems and the Problem of Classification. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 12 (1-2): 163-178.
- OCDE (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*. OECD Publishing (disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en)
- OPSS (2009), *Relatório de Primavera 2009: 10/30 Anos: razões para continuar*. Lisboa: OPSS.
- OPSS (2010), *Relatório de Primavera 2010: Desafios em tempos de crise*. Lisboa: OPSS.

OPSS (2013), *Relatório de Primavera 2013: Duas Faces da Saúde*. Lisboa: OPSS.

OPSS (2014), *Relatório de Primavera 2014: Saúde, síndrome de negação*. Lisboa: OPSS

Portugal (2011), *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. Lisboa: Governo de Portugal (disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf)

Stoleroff, A e Correia T (2008), A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e desafios sindicais para a sua re-regulação. *CIES e-Working Paper*, 47/2008.

Teixeira, L (2012), *A reforma do Centro de Saúde*. Lisboa: Mundos Sociais.

van der Zee, J e Kroneman, M (2007), Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research* 7:94.