

**Envelhecimento e saúde em Portugal.
Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa.
(1974 - 2031)**

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

**Tese de Doutoramento em Ciência Política
Especialização em Políticas Públicas**

Junho, 2016

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Doutor em Ciência Política, especialização em Políticas Públicas, realizada sob a
orientação científica da
Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues
e
Coorientação pela Professora Doutora Catherine Moury.

Apoio financeiro da FCT e do FSE no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio,
através da Bolsa de Doutoramento com a referência

SFRH / BD / 60942 / 2009

DECLARAÇÕES

Declaro que esta tese é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Lisboa, de de

Declaro que esta tese se encontra em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

A orientadora,

A coorientadora

Lisboa, de de

Não sei se andei depressa demais...Mas sei, que algum sorriso eu perdi...

Vou pedir ao tempo que me dê mais tempo para olhar para ti...

De agora em diante, não serei distante...

Eu vou estar aqui...!!

(Miguel Gameiro)

Para a minha família e para o meu Pai ...

AGRADECIMENTOS

Finalizada esta tese, certifico-me de que, embora sendo um processo individual, é impossível de concretizar sem a ajuda dos que, de alguma forma, me deram precioso apoio.

Início por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues, pelos ensinamentos, por ter acreditado e por nunca me deixar desistir, mesmo nos momentos mais difíceis. Agradeço, também, à minha coorientadora, Professora Doutora Catherine Moury, pela sua disponibilidade e pelo contributo teórico e metodológico.

Agradeço às instituições que me acolheram: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa (FCSH-UNL); Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE-UP); Instituto Português de Relações Internacionais (IPRI-UNL); Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT). Especificamente agradeço ao Departamento de Estudos Políticos da FCSH-UNL, ao corpo docente e ao secretariado.

Agradeço, ainda, à equipa de investigadores do projeto, para o qual este estudo também contribuiu, e que excelentes auxílios me prestaram. Assim como, agradeço ao painel de peritos a sua participação para a produção de conhecimento.

Deixo um agradecimento enorme aos meus amigos, pela amizade que me dedicaram e pelo apoio e disponibilidade que sempre demonstraram. Especificamente agradeço à Carmen, à Susana e à Ana pela paciência infindável e por tudo...

De uma forma especial agradeço à minha família que sempre me incentivou e se disponibilizou, para me prestar o apoio necessário, e a quem eu nem sempre retribui como queria, por via das ausências impostas por esta investigação e redação. Em especial à minha Avó, que embora o tempo lhe tenha roubado capacidades de percepção, acredito que este finalizar lhe trará felicidade... e ao meu Pai, com um pedido de desculpas, por o estender no tempo deste processo não lhe ter permitindo observar a vitória que conquisto...mas quero acreditar que, onde está, ficou feliz...

Por último aos mais lesados e a quem agradeço imensamente por tudo o que fizeram para me permitir a concretização desta Tese, os meus filhos e o meu marido.

Aos meus filhos quero ainda pedir deculpa por todas as minhas ausências, mas dizer-lhes que em nenhum momento foram esquecidos...Efetivamente este foi um processo longo de ausência e de luta, com muitos acontecimentos dolorosos pelo meio, mas que consegui concretizar com a força dos vossos abraços...!!

Concluo dizendo:

A todos o meu muito obrigado!

Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. (1974 - 2031)

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE: Portugal, envelhecimento, idosos, políticas públicas de saúde

A evidência do processo de envelhecimento em Portugal e o conseqüente aumento do número de idosos é irrefutável e tendencialmente crescente. A constatação de que os idosos são os principais utilizadores dos serviços de saúde é inegável. A crise económica e financeira em que Portugal se encontra imprimiu restrições ao nível do sistema de saúde e especificamente no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Perante este cenário colocámos as duas questões orientadoras desta tese: (1) Em Portugal, os serviços e recursos humanos da saúde existentes no sistema de saúde, a nível regional e essencialmente no SNS, são proporcionais ao número de idosos e respondem às suas necessidades atuais e futuras? (2) Que ajustamentos devem ser promovidos nos serviços e recursos humanos da saúde em Portugal considerando o aumento espectável do número de idosos e da esperança média de vida, a alteração do perfil epidemiológico e a alteração do perfil da população idosa, designadamente no que respeita ao nível de instrução? Argumentamos que o aumento do número de idosos em Portugal, com patologias distintas e com perfis socioeconómico e de instrução delicados, têm implicações para o sistema de saúde, particularmente para o SNS, por serem os idosos quem mais o utiliza. Paralelamente, o aumento do número de idosos, conseqüente do aumento da esperança média de vida, decorre dos melhoramentos no sistema de saúde, e criação do SNS, alicerçado na centralidade política da saúde. No quadro da política restritiva atual, conseqüente da crise económica e financeira nacional, referente aos equipamentos e recursos humanos da saúde, verifica-se um afastamento dos serviços face à população idosa, contrariando o contexto político internacional (a ONU, OMS e UE) que determina que os sistemas de saúde devem responder às necessidades dos idosos respeitando as dimensões da acessibilidade, da equidade e da vigilância sanitária de proximidade. Contextualmente, estas limitações poderão inverter o processo de aumento da esperança média de vida e levar a que Portugal incorra em incumprimento para com os compromissos assumidos com as referidas organizações internacionais. Contudo, no horizonte 2031, com o aumento esperado do nível de instrução dos idosos, a orientação da tomada de decisão política atual poderá adequar-se ao novo perfil desta população e responder às suas necessidades, enquadrando-se nas orientações/determinações da ONU, OMS e UE.

Atentando aos idosos e à política pública de saúde em Portugal, temos como objetivo: analisar a resposta conferida às necessidades dos idosos, dado o seu perfil epidemiológico próprio, que exige serviços e recursos humanos específicos em termos regionais; e prospetivar a adequabilidade destes serviços no horizonte 2031 considerando as mudanças de perfil (como o nível de instrução) desses idosos.

Ageing and health in Portugal. Challenges and practices in an increasing elderly population scenario. (1974 - 2031)

Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

ABSTRACT

KEYWORDS: Portugal, ageing, elderly, public health policies

The ageing process in Portugal is evident, and the consequent elderly increase is irrefutable and tendentiously growing. The fact that older people are the health services main users is undeniable. Portuguese economic and financial crisis printed constraints on the national healthcare system and particularly in the National Health Service (NHS). Under this scenario we present two guiding questions to this thesis: (1) In Portugal, healthcare system's services and human resources, at regional level and essentially in the NHS, are proportional to the number of elderly people, and respond to the needs of current and future elderly population? (2) What adjustments should be promoted in healthcare system's services and human resources in Portugal, considering the expected increasing of elderly people, of the average life expectancy, the epidemiological profile change, and the changes of profile of the elderly population, in particular regarding to educational level? We argue that the increasing number of elderly in Portugal, with distinct pathologies and delicate socio-economic and educational profiles, has implications for the healthcare system, particularly for the NHS, for being the elderly who use it the most. In parallel, the increasing number of elderly, consequent from increased life expectancy, emerges from the improvements in the health system, and the creation of the NHS, based on the political centrality of health. In the context the current restrictive policy, resulting of the national economic and financial crisis, regarding the equipment and health human resources, we could verify a detachment of the health services regarding the elderly population, diverging from international political context (the UN, WHO and EU) which provides that health systems should meet the needs of the elderly respecting the accessibility, equity and health surveillance proximity. Subsequently, these limitations may invert the process of increasing life expectancy and result in Portugal incurring in default towards the commitments made to those international organizations. However, on the horizon 2031, with the expected increase in the elderly education level, the orientation of the current policy decision can be well-adjusted to the new profile of this population and can respond to their needs, pursuing the guidelines of UN, WHO and EU.

Accordingly, in this thesis, considering the elderly and public health policy in Portugal, we aim: to analyze the response given to the needs of the elderly with its own epidemiological profile in relation to services and human resources for health at the level of NUTS II; and realize their potential suitability, at the horizon 2031, the particularities of the elderly, particularly the development of the indicator level of education.

INDICE

Lista de abreviaturas	vii
Introdução	1
Parte I: Envelhecimento e saúde. Conceitos dinâmicos e determinantes políticos.....	17
I.1. Envelhecimento, saúde e qualidade de vida. Concetualização e dimensões.....	17
I.1.1 Envelhecimento. O conceito.....	17
I.1.2. Saúde e qualidade de vida	22
I.2. Globalização do envelhecimento - Os processos de transição	28
I.2.1 Transição epidemiológica e sanitária, determinantes da transição demográfica..	28
I.2.2. Globalização do envelhecimento.....	35
I.3. Idosos, saúde e política. A importância dos idosos e dos determinantes da saúde no contexto político internacional	47
I.3.1. Idosos, saúde, qualidade de vida e nível de instrução. Determinantes decisivos para as organizações internacionais	47
I.3.2. Os idosos enquanto determinante político internacional.....	54
Parte II: Os idosos e saúde em Portugal. Prescritores políticos contemporâneos e prospetivos.....	77
II.1. Políticas de apoio à saúde e à doença	77
II.1.1. A política de saúde no Portugal democrático	87
II.1.2. A saúde e a crise económica. A fase da reestruturação e da sustentabilidade ..	127
II.1.3. Políticas de saúde. Trajetória e marcos decisivo – Exercício reflexivo	165
II.2. Os idosos e a saúde. Práticas no Portugal contemporâneo	181
II.2.1. Transição demográfica, epidemiológica e sanitária. Determinantes do envelhecimento demográfico em Portugal	182
II.2.2. A saúde e a doença na população idosa. Cenário atual	195
II.2.3. Os idosos em Portugal, cenário atual	206
II.2.4. Serviços de saúde em Portugal. Equipamentos e recursos humanos da saúde	213
II.2.4.1. Serviços de saúde / equipamentos	215
II.2.4.2. Recursos humanos da saúde	236
II. 3. Particularidades dos idosos em Portugal determinantes das políticas de saúde – A educação enquanto determinante capital no horizonte temporal 2011/2031	243
II.4. Idosos e saúde em Portugal. Práticas e desafios	256
II.4.1. Metodologia - Exercício Delphi.....	256
II.4.2. Apresentação dos resultados	260

II.4.3. Discussão dos resultados.....	283
Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. Considerações finais.....	287
Bibliografia.....	329
Fontes eletrónicas	333
Legislação	351
ANEXOS	377
ANEXO I - Tabelas representativas das taxas de mortalidade	379
ANEXO II - Indicadores da população. 1991-2001-2011	385
ANEXO III - Serviços de saúde: centros de saúde; extensões de centros de saúde; hospitais....	387
ANEXO IV - Serviços de saúde: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Unidades de Medicina Física e Reabilitação	401
ANEXO V - Recursos humanos da saúde	405
ANEXO VI - Os ciclos longos da história. Da assistência religiosa e caritativa ao Estado Novo	413
ANEXO VII - Organograma do Ministério da Saúde	443
ANEXO VIII - Painel de peritos e documentos utilizados no Exercício DELPHI	445
ANEXO IX - Tabela conclusiva: Serviços e recursos humanos da saúde por NUTS II. Ranking NUTS II	460

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS	Alto Comissariado da Saúde
ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
ADSE	Assistência Social para os Servidores Cívicos do Estado
ARS	Administrações Regionais de Saúde
BCE	Banco Central Europeu
CCE	Comissão Coordenadora de Emergência
CCISM	Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CCVE	Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica
CEE	Comunidade Económica Europeia
CGA, I.P	Caixa Geral de Aposentações, I.P.-
CMR	Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
CNFT	Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica
CNSP	Conselho Nacional de Saúde Pública
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CRI	Centros de Responsabilidade Integrados
CS	Centro de Saúde
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECS	Extensão dos Centros de Saúde
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
E0	Esperança Média de Vida à Nascimento
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERA	Escola de Reabilitação de Alcoitão
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESSA	Escola Superior de Saúde de Alcoitão
EUA	Estados Unidos da América
FMI	Fundo Monetário Internacional
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P
IPSS	Instituições Particular de Solidariedade Social
ISF	Índice Sintético de Fecundidade
MCDDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR	Medicina Física e Reabilitação
MoU	Memorandum of Understanding on Specific Economy Policy Conditionality; Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica
MS	Ministério da Saúde
NUTS	Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEF	Programa de Assistência Económica e Financeira

PEC	Programa de Estabilidade e Crescimento
PES	Programa de Emergência Social
PIB	Produto Interno Bruto
PMH	Programa do Medicamento Hospitalar
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSJ	Programa Nacional de Saúde dos Jovens
PPP	Parcerias Público-Privadas
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PREMAC	Plano de Redução e Melhoria da Administração Central
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RENTEV	Registo Nacional do Testamento Vital
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSI (2005)	Regulamento Sanitário Internacional 2005
SA	Sociedade Anónima
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SLS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TDT	Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica
TM	Taxa de Mortalidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
TN	Taxa de Natalidade
TRG	Tempos de Resposta Garantidos
UC	Unidades de Convalescença
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Unidade de cuidados paliativos
UE	União Europeia
UESP	Unidade de Apoio às Emergências de Saúde Pública
ULDM	Unidades de Longa Duração e Manutenção
ULS	Unidades Locais de Saúde
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)
USF	Unidades de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

O conceito *envelhecimento demográfico* vulgarizou-se. A generalização crescente e consequente impacto a nível social, político e económico é reconhecido, tornando-se tema transversal de referência e investigação a todas as áreas das políticas públicas. É no espaço da União Europeia (UE) que este processo tem maior visibilidade, pois embora tendo o processo de envelhecimento um carácter global, apresenta diferenças no que ao grau de implementação diz respeito. Nos países desenvolvidos o processo está concretizado por via da conclusão da transição demográfica, epidemiológica e sanitária; já nos menos desenvolvidos, o envelhecimento das estruturas etárias ainda não é visível, embora se adivinhe a sua concretização num espaço de tempo curto. A nível demográfico, Portugal pertence ao grupo de países que já concluíram a sua transição demográfica, epidemiológica e sanitária e é um dos mais envelhecidos do Mundo. A representatividade da população maior de 65 anos é considerável, tendencialmente crescente, o que tem consequências diretas no sistema de saúde e constitui um desafio para as políticas sociais e, especificamente, para a de saúde atual e futura, com impactos económicos inevitáveis, embora não consensuais¹. Este quadro demográfico tem imprimido uma crescente inquietação na comunidade internacional - designadamente a Organização da Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UE - espelhada na produção documental e consequente tomada de decisão. Estes processos decisórios têm implicações nas políticas nacionais, tal como sucede em Portugal.

De referir que o fenómeno de *envelhecimento* encerra em si duas dimensões da dinâmica demográfica, a diminuição de jovens e o aumento de idosos, ambas com influência nos determinantes da tomada de decisão política em setores como o económico e financeiro, de educação e mesmo de segurança e defesa. Atentando ao fator aumento dos quantitativos de idosos, percebe-se que o seu impacto tem amplo reconhecimento ao nível das políticas sociais e especificamente na política de saúde, já que este aumento tem efeitos no perfil e nos custos e tipologia dos serviços. Salvaguardamos que estas preocupações com a política social e de proteção social, designadamente com a política de saúde, considerada de extrema importância para o bem-estar da população², são apanágio quase exclusivo dos países com melhores indicadores de desenvolvimento humano e onde vigoram os princípios do Estado Social ou Estado-providência³. O conceito corresponde a uma organização da sociedade

¹ADAMS & WHITE, 2004; CASEY et al, 2003

²BOQUINHAS, 2012

³ “(...) *Estado social* (...) foi a designação usada pelos socialistas para marcar a forma política do Estado que faria a transição para o socialismo (...) Nas ciências sociais, e consoante as filiações teóricas, as designações

apta para responder eficazmente às necessidades dos cidadãos, colocando-se no seu centro a dignidade da pessoa incluindo, além da segurança física face à violência, a segurança perante a doença e nas etapas mais frágeis da vida, como a infância e a velhice⁴.

O Estado-Providência desenvolveu-se na Europa até ao choque petrolífero de 1973, embora de uma forma desigual, entrando em crise até finais da década de 70, imprimindo dificuldades aos governos na manutenção do nível de proteção social. Nos anos 80 o modelo é colocado em causa (Inglaterra, Áustria, Suécia), tentando-se manter os objetivos através de modelos diferentes. Não obstante, os ganhos conseguidos com o modelo tradicional não se perderam, por estarem irreversivelmente implementados modelos e políticas sociais com repercussão no bem-estar populacional, como os sistemas de saúde⁵.

Em Portugal, o Estado-Providência expressa-se objetivamente a partir de 1974, mais concretamente após 1979, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), embora se vislumbrassem algumas manifestações prévias. A Constituição da República Portuguesa de 1976 implementou a garantia a todos os cidadãos do direito à saúde através de um “(...) *serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (...)*”⁶. Porém, a sua essência foi sendo modificada com as alterações impressas pelo desenvolvimento e pelo enquadramento de Portugal a nível global e especificamente da UE. O processo de integração europeu trouxe o

mais comuns têm sido a de Estado Providência ou Estado de bem-estar (...)”(SANTOS, 2012 & SANTOS, 1987). Os conceitos de Estado Providência (Welfare State) ou Estado de Bem-estar Social desenvolveram-se com Keynes e Beveridge. Keynes considera que “(...) *o Estado deveria criar as condições para o investimento, o que faria com que aumentasse o número de postos de trabalho (...)* aumento do poder de compra e da procura de bens e serviços (...) novos investimentos e a um continuo ciclo de prosperidade. O aumento da riqueza (...) iria proporcionar as condições para melhores políticas de apoio social (...)” (BOQUINHAS, 2012). O Relatório de Beveridge (1942) define os “(...) *serviços de saúde como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável de segurança social (...)* baseia as suas propostas na existência de um Estado interventor que deve encontrar respostas para as diversas situações de risco social (...) Trata-se (...) de um sistema universal porque abarca toda a população, unificado porque a quotização cobre o cidadão em relação a todos os aspetos do risco social e uniforme porque as prestações são independentes do rendimento auferido (...)” (SIMÕES, 2005). Refere-se ao dever do Estado em assumir a manutenção de condições de vida à totalidade dos cidadãos e desenvolve sistemas sociais nas diferentes áreas e especificamente “(...) *sistemas de segurança social universais englobando situações de risco, incapacidades físicas, reformas, pensões, sistemas de provisão de serviços sociais institucionais e diretos como a saúde e a educação, formação profissional, equipamentos sociais básicos (...)* participação de medicamentos (...) sistema de assistência social (...)” (BOQUINHAS, 2012). Assenta na compatibilidade entre crescimento económico e políticas sociais no âmbito de um regime democrático (BOQUINHAS, 2012). Na génese das iniciativas sociais, está o modelo de Bismark (1883) que “(...) *obrigou os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença (...)* primeiro exemplo de um modelo de segurança social obrigatório, imposto pelo Estado (...) que cobria os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura (...) por contribuição partilhada de patrões e trabalhadores (...)” (CAMPOS & SIMÕES, 2011). Este modelo iniciou uma era de procura de instrumentos de proteção social, sendo exemplo a Inglaterra com a criação do Serviço Nacional de Saúde (1948) decorrente do referido Relatório Beveridge. Assim, surgem as políticas sociais e destas decorre a política de saúde (BOQUINHAS, 2012).

⁴ BARATA, 2014 in CARMO, 2014

⁵ BOQUINHAS, 2012

⁶BOQUINHAS, 2012. A propósito António Arnaut afirma que esta Constituição “(...) *criou o Estado Social de Direito, impropriamente chamado de Estado Providência (...)*”, causando alguma controvérsia conceptual. (ARNAUT, 2009)

contributo das reformas em desenvolvimento nos Estados europeus influenciadas pela ideologia de mercado⁷, o que originou um afastamento do Estado e permitiu a entrada do sector privado, adotando-se mais tarde o modelo de gestão empresarial no sector público da saúde. O sector privado foi-se expandindo e o SNS, que inicialmente era universal e gratuito, passa a tendencialmente gratuito concretizando-se o modelo definido por Branco & Costa⁸: “[o Estado-Providência português] que, amadurecendo no contexto da «crise dos Estados-Providência», desenvolveu a sua peculiar combinação de características Bismarckiana herdadas e traços Beveridgianos universalistas induzidos pela revolução, com financiamento misto e incorporação do terceiro sector [ou sociedade civil] na provisão de assistência social”⁹. Neste contexto de Estado Social ou Estado Providência, as políticas sociais assumem um papel central na esfera global/transnacional, com reflexo nas políticas públicas do Estado nacional, espelhando os princípios defendidos por ambas as esferas e assumindo a política de saúde centralidade no contexto das políticas sociais.

Concordantemente, observando o contexto de envelhecimento das estruturas etárias em Portugal e especificamente o aumento do número de idosos, bem como a importância que os serviços de saúde (incluindo unidades/equipamentos e recursos humanos da saúde) detêm para este grupo populacional, e o cenário económico e financeiro restritivo atual, formulámos a problematização inicial que originou esta Tese. Assim, questionámos se os serviços de saúde existentes em Portugal respondem às necessidades da população idosa nacional. Desta forma, e considerando que os serviços de saúde materializam a tomada de decisão política, assumimos como essencial a análise das políticas públicas de saúde em Portugal e a análise estatística dos serviços, recursos humanos e indicadores da saúde. Acresce a análise dos indicadores que traçam o quadro da representatividade dos idosos, das suas características, a que passamos a designar por particularidades, como a capacidade económica, situação social e familiar e especificamente a instrução enquanto *predictor* de saúde amplamente reconhecido. Neste processo incluímos a evolução das orientações/determinações internacionais (ONU, OMS e UE), pela sua relevância na produção de políticas públicas de âmbito nacional. Incluímos, também, a pretensão de contribuir para o delinear de orientações de políticas públicas de saúde futuras que respondam às necessidades da população idosa, com as características que se prospectivam, e, neste sentido, colocámos como um dos objetivos a inquirição de um painel de

⁷ “(...) sobretudo da competição entre prestadores, como forma de ganhar eficiência e também por políticas de prioridades, escolhas e limites nos cuidados públicos de saúde (...)” (CAMPOS & SIMÕES, 2011)

⁸ BRANCO & COSTA, 2014

⁹ Tradução feita pelos autores do artigo.

especialistas na área. Esta problematização e desenho de investigação inicial conduziu-nos à formulação de duas questões orientadoras e à construção de um quadro analítico no âmbito da Ciência Política, na área de especialização em Políticas Públicas. Posteriormente nesta introdução apresentaremos as referidas questões e a sua operacionalização metodológica.

As políticas públicas são, em nosso entender, decisões e ações de iniciativa governamental¹⁰ a serem obrigatórias e vinculativas aos cidadãos, por via da legitimação conferida por estes ao mesmo governo, as quais podem ser regulamentares ou reguladoras, distributivas e redistributivas¹¹. Assim, as políticas públicas de saúde são assumidas como todas as decisões tomadas pelo governo com impacto nos cidadãos, com implicações diretas na saúde ou nos cuidados de saúde. A política de saúde engloba os três tipos de políticas anteriormente referidos, uma vez que o setor é dos mais regulamentados em todos os países desenvolvidos, independentemente do tipo de sistema implementado. Desde logo por questões de segurança sanitária. A prática da política distributiva é visível em toda a sua extensão, designadamente no que se refere aos serviços de saúde. Já a prática da política redistributiva responde às diferentes necessidades de cada subpopulação, retirando recursos onde existem em excesso para os recolocar onde são mais necessários, numa tentativa constante de concretização de igualdade de recursos e acesso. As políticas de saúde são seriamente interrelacionadas com diversas políticas sociais, económicas e financeiras, uma vez que existem dimensões de saúde em todas elas e todas podem deter implicações na saúde dos indivíduos e na política de saúde¹². Veja-se a atual posição das organizações internacionais (ONU, a OMS e a UE) que consideram que a saúde deveria ser uma preocupação transversal a todas as áreas das políticas públicas¹³. Em particular, a UE não só defende o mesmo princípio, como acrescenta a sua capacidade supranacional de produção política e legislativa¹⁴.

A política de saúde operacionaliza-se por via de sistemas de saúde, que variam de acordo com: a ideologia e estrutura política, maioritariamente inspiradas no modelo de Bismark ou no de Beveridge; as diferentes estruturas informais com participação na saúde; e

¹⁰ O processo de elaboração de políticas públicas é dinâmico e as fases por que passa não são consensuais embora na sua essência todas as teorias admitem que o processo se pode resumir às seguintes fases que por vezes podem não ser estanques e nem sempre o processo passa por todas elas: perceção, informação e formulação do problema; consideração e decisão relativa à inclusão na agenda política; análise, elaboração e decisão; implementação; avaliação; manutenção ou supressão. (HILL, 2009)

¹¹ Regulamentares ou reguladoras: impõem restrições nas ações dos indivíduos; Distributivas: Providenciam benefícios ou serviços a segmentos da sociedade específicos; Redistributivas: representam o esforço deliberado do governo em alterar os rendimentos, riqueza ou propriedade entre os diferentes grupos da sociedade. (BLANK & BURAU, 2010)

¹² BLANK & BURAU, 2010

¹³ cf. Cap. I.3.2.

¹⁴ HILL, 2009

padrões sociais, identitários e culturais. Estes sistemas adaptam-se e transformam-se em função de diversas variáveis, designadamente: alterações nas estruturas sociais e demográficas; perfil epidemiológico; desenvolvimentos na investigação e tecnologia; surgimento de novas necessidades e expectativas; grau de desenvolvimento humano; desenvolvimento económico; evolução do processo de globalização e os consequentes desafios para a saúde.¹⁵ Em termos de objetivos, podemos afirmar que no espaço da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), no qual Portugal de insere, podem aglutinar-se três objetivos centrais: equidade; eficiência técnica; e eficiência económica.¹⁶

Em Portugal, o sistema de saúde desde a implementação do regime democrático manteve a sua trajetória, sem descontinuidades ideológicas de maior. Tem inspiração Beveridgeana substanciada com a concretização do SNS em 1979¹⁷, objetivando a universalidade, ou seja a saúde para todos, e concretizando o determinado pela Constituição. No entanto, com o decorrer dos anos foi-se imprimindo um modelo de sistema misto, com a combinação de prestação e financiamento públicos e privados¹⁸. Assim, atualmente, coexistem três sistemas de saúde sobreponíveis: o SNS; subsistemas públicos e privados, interligados com profissões e empresas específicas (abrangem cerca de 25% da população); seguros privados voluntários (abrangem cerca de 20% da população)¹⁹. A Lei de Bases da Saúde²⁰ assume os três sistemas²¹, salvaguardando que todos têm que cumprir o mesmo nível de exigência relativamente aos padrões de qualidade²².

¹⁵ Idem

¹⁶ Por equidade entende-se que todos os cidadãos devem ter acesso a cuidados de saúde mínimos e de qualidade, independentemente da sua capacidade económica e de acordo com as suas necessidades; a eficiência técnica consiste na maximização dos resultados decorrentes dos cuidados de saúde e na satisfação dos utentes a custos mínimos, através de uma organização que promova o aperfeiçoamento da produtividade dos meios disponíveis; por eficiência económica ou distributiva entende-se a utilização de mecanismos que limitem a despesa objetivando o consumo do estritamente necessário em relação ao Produto Interno Bruto (PIB). (SIMÕES, 2005)

¹⁷ “O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio” Ponto 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde Aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro.

¹⁸ CABRAL, AMADOR & MARTINS, 2010

¹⁹ Idem

²⁰ Aprovada pela Lei nº 48/90, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002.

²¹ Na Base XII“(…)1-O sistema de saúde é constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividade(…)4 - A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior (...)”

²² Base XII, ponto 6.

Em termos de organização, a nível da administração central, o Ministério da Saúde (MS) é a entidade tuteladora, tendo como missão “ (...) *definir a política nacional de saúde e exercer as correspondentes funções normativas, proceder à respetiva execução e avaliação dos resultados (...)*”²³. O MS tem a competência de regulamentação do SNS, bem como de planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção. O SNS operacionaliza os objetivos do Estado para a saúde e tem a responsabilidade da proteção da saúde do indivíduo e da sociedade, sendo “(...) *um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde (...)*”²⁴. No que concerne ao sector privado, o MS exerce funções de regulamentação, inspeção e fiscalização. Ao nível regional temos as Administrações Regionais de Saúde²⁵ (ARS)²⁶. Em termos organizacionais, as autarquias²⁷ e os municípios²⁸ têm como atribuições os níveis preventivo, dirigido também para a saúde comunitária, e de planeamento de equipamentos e rede de saúde. Acresce que as freguesias têm atribuições na área dos cuidados de saúde primários no planeamento, gestão e realização de investimentos²⁹. O SNS é financiado pelo Orçamento do Estado (OE)³⁰; impostos e contribuições diretas e indiretas, obrigatórias e voluntárias; subsistemas de saúde associados a classes profissionais; seguros privados e pelos utentes (pelas taxas de utilização dos serviços de saúde)³¹.

²³ CABRAL, AMADOR & MARTINS, 2010

²⁴ Idem . O SNS é constituído por diversas entidades públicas: Hospitais; Unidades locais de saúde (ULS); Centros de Saúde (CS); Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Extensões dos Centros de Saúde (ECS).

²⁵ “(...) *as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso (...)*” Ponto 3 da Base XII da Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei nº 48/90, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002.

²⁶ As ARS são: ARS do Norte, ARS do Centro, ARS de Lisboa e Vale do Tejo, ARS do Alentejo e ARS do Algarve. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (RAA e RAM) têm um estatuto próprio que lhes confere maior autonomia (CABRAL, AMADOR & MARTINS, 2010)

²⁷ “(...) *participam na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de atuação em que estejam diretamente interessadas e contribuem para a sua efetivação dentro das suas atribuições e responsabilidades (...)*” Diário da República, 1999, Lei nº 159/99

²⁸ “(...) *Participar no planeamento da rede de equipamentos de saúde concelhios, nos órgãos consultivos dos estabelecimentos integrados no SNS, na definição das políticas e ações de saúde pública levadas a cabo pelas delegações de saúde concelhias nos órgãos consultivos de acompanhamento e avaliação do SNS, no plano de comunicação e de informação do cidadão e nas agências de acompanhamento dos serviços de saúde (...)* Construir, manter e apoiar centros de saúde (...) Participar na prestação de cuidados de saúde continuados (...) em parceria com a administração central e outras instituições locais (...) cooperar no sentido da compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio (...)” Diário da República, 1999, Lei nº 159/99

²⁹ Diário da República, 1999, Lei nº 159/99

³⁰ “(...) *através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmo atos, técnicas e serviços de saúde (...)*” (Ponto 1 da Base XXXIII da Lei de Bases da Saúde aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro).

³¹ MACEDO & REIS, 2011

A eclosão da crise económica global e as alterações demográficas, consubstanciadas no envelhecimento demográfico, designadamente no aumento do número de idosos, que altera o perfil epidemiológico, colocam em risco a sustentabilidade do SNS. Daqui decorrem medidas reorganizacionais e restritivas, eclodindo nas políticas de austeridade subsequentes à assinatura do Memorando de Entendimento (MoU) em 2011, eventualmente refutando o modelo do SNS.³²

A análise demográfica deve servir como suporte às decisões das entidades públicas. Neste caso concreto, as características demográficas influenciam os sistemas de saúde, designadamente porque se altera o perfil dos utilizadores. Conhecemos a dinâmica demográfica e as mudanças socioeconómicas que ocorreram em Portugal após a implementação do regime democrático³³, assim como sabemos, com algum grau de certeza, como será a população portuguesa por sexo, idade e grau de instrução entre 2011-2031³⁴. Estes estudos provaram a ligação entre características socioeconómicas e o estado de saúde da população, incluindo a avaliação do impacto do envelhecimento no *status* de saúde e nas despesas de saúde, bem como o modo como fatores socioeconómicos se relacionam com o estado de saúde dos indivíduos³⁵. Todos concluem que existe uma associação entre grau de instrução, idade, rendimentos e autoavaliação do estado de saúde, com variações regionais. Existe evidência de que o valor destes resultados provavelmente não se alterou ao longo do tempo. Assim, a idade e o nível de instrução da população parecem ser fatores determinantes na autoavaliação do estado de saúde. Os mais idosos, quando comparados com os mais jovens, reportam um pior estado de saúde, os indivíduos com maior grau de instrução revelam um estado de saúde mais positivo. Sendo espectável uma população futura mais velha e mais instruída, o efeito do envelhecimento no estado de saúde torna-se ambíguo. Alguns estudos³⁶ avaliaram o impacto do envelhecimento nas despesas de saúde, não chegando a resultados conclusivos e um deles propõe a proximidade à morte como fator influenciador dos custos na saúde, sugerindo que as alterações demográficas e o envelhecimento, em particular, não representam grande impacto nas despesas futuras de saúde. Esta teoria é contestada pela análise de dados hospitalares³⁷, que provam que o envelhecimento e a idade da morte são determinantes relativamente a custos na saúde.

³² CARMO, 2012

³³ RODRIGUES, 2008; VEIGA et al, 2004; MOREIRA & RODRIGUES, 2005

³⁴ GAYMU et al, 2008

³⁵ OLANO et al, 2008; JOUNG et al, 2000; FRAGA et al, 2008

³⁶ SESHAMANI & GRAY, 2004; ZWEIFEL et al, 1999

³⁷ SESHAMANI & GRAY, 2004

Seshaman ³⁸ concluiu que as futuras alterações na composição da população, relativas ao grau de instrução, tenderão a melhorar o estado de saúde individual, podendo contrabalançar alguns dos efeitos do envelhecimento. Considerando diversos cenários, concluiu que a subida prevista no grau de instrução neutraliza os aumentos de custos decorrentes do aumento do número de idosos. A revisão da literatura existente para Portugal testemunha a necessidade de mais investigação relativa à relação entre envelhecimento e saúde, que considere a diversidade regional e o contexto europeu³⁹.

Tendo por base a problematização inicial apresentada e o estado da arte exposto, esta tese tem como **objeto de estudo** a relação entre os efetivos populacionais maiores de 65 anos (os idosos) e a política de saúde em Portugal. A pertinência desta investigação no âmbito científico da Ciência Política, e em particular das Políticas Públicas, justifica-se pela necessidade de analisar a resposta que vem sendo dada, no âmbito da política pública de saúde em Portugal, às necessidades dos idosos, bem como a compreensão da sua potencial adequabilidade face às tendências de evolução a média e a longo prazo.

Assim identificam-se como **questões orientadoras**:

(1) Em Portugal, os serviços e recursos humanos da saúde existentes no sistema de saúde, a nível regional e essencialmente no SNS, são proporcionais ao número de idosos e respondem às necessidades da população idosa atual e futura?

(2) Que ajustamentos devem ser promovidos nos serviços e recursos humanos da saúde em Portugal, considerando o aumento espectável do número de idosos, da esperança média de vida, a alteração do perfil epidemiológico, a alteração do perfil da população idosa, designadamente no que respeita ao nível de instrução?

Colocamos ainda um **segundo nível de questionamento**: (3) O processo de decisão em matéria de política de saúde, a nível internacional e nacional (Portugal), é influenciado pelo aumento do número de idosos, da esperança média de vida e a alteração do perfil epidemiológico da população?; (4) Em Portugal o percurso da política de saúde influenciou o perfil epidemiológico da população e o aumento da esperança média de vida, bem como estes influenciaram a trajetória da mesma política de saúde?

Sintetizando, temos como **objetivo** perceber se a política de saúde responde às necessidades da população idosa no que concerne aos serviços e recursos humanos da saúde e se vai ao encontro com as orientações internacionais. Queremos ainda saber qual o impacto destas mudanças a médio e longo prazo, aditando como fator determinante o grau

³⁸JOUNG et all, 2000

³⁹SANTANA et all, 2006; NOGUEIRA et all, 2006.

de instrução (reconhecido *predictor* de saúde) da população alvo. Entendemos que só assim é possível definir linhas orientadoras da tomada de decisão, percebidas como um contributo para o delinear da política pública de saúde, essencialmente respeitante ao planeamento de equipamentos e de recursos humanos, considerados primordiais para a manutenção da saúde, qualidade de vida e bem-estar dos idosos, a nível regional ou local.

Considerando o acima exposto, esta investigação parte do seguinte **argumento**: O aumento do número de idosos em Portugal, com perfil epidemiológico próprio, economicamente fragilizados, a viverem sós e com reduzido nível de instrução, tem implicações para o sistema de saúde, especificamente para o SNS, por serem os idosos quem mais recorre aos serviços de saúde. O aumento deste grupo populacional decorreu do aumento da esperança média de vida (E0), a que os melhoramentos impressos na saúde, baseados na capacitação do sistema de saúde e criação do SNS, não foram alheios. Estes melhoramentos têm como alicerce a centralidade da saúde das populações na tomada de decisão política. Atualmente, com a emergência da crise económica e financeira nacional, e constatada a insustentabilidade do SNS, a tomada de decisão política orientou-se no sentido da reestruturação e redução dos equipamentos e recursos humanos da saúde. Ou seja, afastou os serviços da população idosa implicando carência na resposta às suas necessidades, sendo que no contexto internacional (a ONU, OMS e UE) determina-se que os sistemas de saúde devem responder às necessidades dos idosos e têm que respeitar as dimensões da acessibilidade e da equidade, desde logo a da vigilância sanitária de proximidade. Assim, esta reação de contração, eventualmente poderá inverter o processo desejável de aumento da E0 e, em última instância, levar a que Portugal incorra em incumprimento com os compromissos assumidos no quadro daquelas organizações internacionais. No entanto, no horizonte 2031, com o aumento espectável do nível de instrução dos idosos, e o seu conseqüente incremento económico, eventualmente este novo perfil dos idosos poderá contribuir positivamente para a sustentabilidade do SNS (pela maior facilidade de deslocação aos serviços de saúde, maior capacidade de gestão do binómio saúde/doença e maior capacidade económica). Assim, a tendência atual de orientação da tomada de decisão poderá adequar-se ao perfil futuro dos idosos e responder às suas necessidades, mantendo a pretendida E0 e enquadrando-se nas orientações/determinações da ONU, OMS e UE.

Neste sentido, consideramos que a abordagem adotada nesta tese é inovadora e acrescenta valor ao conhecimento porque, para além de estudar o cenário nacional, intentando conhecer as lacunas existentes no que à relação entre serviços e recursos

humanos da saúde e idosos diz respeito, inclui a percepção do âmbito global (ONU, OMS e UE), e a análise da existência ou inexistência de implicações desta esfera política na esfera nacional. Ou seja, se a esfera política nacional sofre mutações e segue determinações em resultado da influência das organizações internacionais. Em termos de tipologia de investigação, enquadrada na área de especialização de políticas públicas, podemos afirmar que a abordagem ao tema que apresentamos se tipifica como sendo estudos de avaliação e impacto. Uma vez que, na sua essência, podemos dizer que pretendemos perceber e avaliar a evolução da tomada de decisão política, no que respeita à política pública de saúde, e perceber o seu impacto em termos, essencialmente, de serviços e recursos humanos da saúde e o impacto no perfil epidemiológico e demográfico, de forma a contribuir para a futura tomada de decisão ou produção de políticas públicas que respondam da melhor forma às necessidades dos idosos.

Neste contexto, e tendo em consideração a produção de investigação existente, e a que se considera ser ainda necessária, optamos por analisar a dinâmica demográfica da população portuguesa maior de 65 anos, ou seja os idosos, e o seu perfil de saúde, numa perspetiva do passado para o presente, de forma a constatar as alterações ocorridas, assim como o processo de transição demográfica, epidemiológica e sanitária. Em paralelo, iremos analisar o quadro dos serviços e recursos humanos da saúde, para aferir se estes estão distribuídos de forma adequada aos idosos existentes. Considerando que a distribuição e planeamento dos recursos da saúde estão dependentes da tomada de decisão política, cogitamos ser essencial analisar o contexto político internacional relativo à política de saúde mais orientada para os idosos, fundamentalmente no quadro da ONU e OMS e a nível regional da UE, bem como a sua influência na orientação política nacional. Por fim, o desafio colocado pelo inevitável aumento do número de idosos a nível nacional assumiu-se como um problema a que desejávamos dar uma resposta, contribuindo para a eventual tomada de decisão política. Neste sentido, escolhemos a instrução como preditor do estado de saúde. Alvitramos avaliar o cenário atual e o futuro, de forma a concluir se, eventualmente, este será um fator a considerar enquanto potenciador de melhor saúde e de utilização mais moderada e sustentável dos serviços de saúde no futuro. A problematização que sustenta esta investigação, coloca um último desafio que se relaciona com a relevância das nossas conclusões e propostas de linhas de orientações políticas, tendo como base a revisão bibliográfica e documental e a análise de dados. Assim, decidimos inquirir vários especialistas por forma a garantir maior segurança às nossas conclusões e orientações e acrescentar uma mais-valia à produção académica e ao contexto de decisão. Na abordagem,

não podemos olvidar a preocupação constante com a interceção do contexto global e transnacional com o contexto nacional e a necessidade de perceber se as orientações na linha decisória se acompanham em proximidade, ou seguem caminhos divergentes. Em termos nacionais, pretendendo que a análise dos indicadores tivesse contornos regionais, determinámos à partida a desagregação territorial mais próxima possível da população alvo e do nível regional de decisão política existente, por acreditarmos que perante um território heterogéneo, a tomada de decisão deverá ter em consideração as mesmas heterogeneidades e as especificidades regionais e, se possível, locais. Assim, determinámos a desagregação em NUTS II⁴⁰ por se aproximar das áreas geográficas correspondentes às ARS. A revisão bibliográfica demonstrou que este nível de análise acrescentava inovação ao estudo.

Em termos de **metodologia** estamos perante um estudo descritivo com abordagem qualitativa assente na revisão da literatura, documental e normativa que consideramos pertinente, sem pretensões de exaustividade, mas que espelhe o essencial do quadro que se pretende retratar e analisar. Apresenta ainda uma abordagem quantitativa, traduzida na análise estatística de indicadores e dados tendo como fontes organismos reconhecidos, como o Instituto Nacional de Estatística (INE). Acrescenta-se ainda a utilização de técnica não documental, por via da observação não participante, recorrendo a inquérito por questionário, baseado nos princípios do método Delphi⁴¹, dirigido a um grupo de especialistas, selecionado por conveniência tendo em conta o seu percurso institucional e/ou profissional e/ou académico. Ou seja, estamos perante um estudo qualitativo multi-método.⁴²

A pesquisa e revisão da literatura, documental e normativa, assim como a recolha de dados teve como término o final do ano 2013, não obstante, em casos que considerámos essenciais e de forma pontual, recorremos a publicações de 2014. De referir ainda que a análise dos indicadores portugueses assenta na divisão territorial em NUTS II (Norte; Centro; Lisboa; Alentejo; Algarve; Região Autónoma dos Açores; Região Autónoma da Madeira), sendo que sempre que possível abordamos as NUTS III⁴³, por ser uma divisão de maior proximidade às populações.

⁴⁰ Nomenclaturas de Unidades Territoriais para fins Estatísticos estabelecidas pelo Regulamento (CE) n.º 1059/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho de 26 de Maio de 2003, relativo à instituição de uma Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS)

⁴¹ Este método será explicado no capítulo 3.

⁴² REUS-SMIT & SNIDAL, 2008

⁴³ Correspondem à divisão em 30 sub-regiões: Minho-Lima; Cávado; Ave; Grande Porto; Tâmega; Entre Douro e Vouga; Douro; Alto Trás-os-Montes; Baixo Vouga; Baixo Mondego; Pinhal Litoral; Pinhal Interior Norte; Pinhal Interior Sul; Dão-Lafões; Serra da Estrela; Beira Interior Norte; Beira Interior Sul; Cova da Beira; Oeste; Grande Lisboa; Península de Setúbal; Médio Tejo; Lezíria do Tejo; Alentejo Litoral; Alto Alentejo; Alentejo Central; Baixo Alentejo; Algarve; Região Autónoma dos Açores; Região Autónoma da Madeira.

A informação que apresentamos nesta Tese, relativa aos dados prospetivos, decorre da investigação no âmbito do projeto PTDC/SOC-DEM/098382/2009, *Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas /Ageing and health in Portugal. Politics and Practise*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, da qual fizemos parte como membro da equipa. Aliás, a investigação que culminou nesta Tese contribuiu como indicador de produtividade com produção de publicações nacionais e internacionais, conferências nacionais e internacionais, *posters* para congressos internacionais, produção de dados, outra produção documental como seja contributo de texto para a publicação final⁴⁴.

O trabalho de investigação que desenvolvemos com vista à obtenção do grau de Doutor em Ciência Política, especialidade em Políticas Públicas, encontra-se dividido em duas partes: A primeira, intitulada *Envelhecimento e saúde. Conceitos dinâmicos e determinantes políticos*, tem como objetivo o enquadramento e a conceptualização das questões em análise, assim como o enquadramento da problemática a nível internacional. O primeiro capítulo (I.1.) define os conceitos: envelhecimento e qualidade de vida. Conceitos relevantes para a política pública de saúde, apresentados em dois subcapítulos respetivamente (I.1.1. e I.1.2.). O segundo capítulo (I.2.) faz o enquadramento do eclodir do processo que reconhecemos ser *globalização do envelhecimento*. Apresenta-se dividido em dois subcapítulos: o primeiro (I.2.1.) debruça-se sobre os processos de transição epidemiológica e sanitária, desencadeadores da transição demográfica e conseqüente envelhecimento demográfico; e o segundo (I.2.2) aborda especificamente a globalização do envelhecimento, traçando o quadro global do fenómeno. O terceiro capítulo (I.3.) trata as três dimensões em análise nesta tese – idosos, saúde e política – assim como a importância conferida às três dimensões no contexto político internacional. Encontra-se dividido em dois subcapítulos: O primeiro (I.3.1.) relaciona os idosos com a saúde, qualidade de vida e nível de instrução, tratando-os enquanto determinantes políticos de âmbito internacional; e o segundo (I.3.2.), tem enfoque exclusivo nos idosos enquanto determinante político, tendo como objetivo perceber a importância que no decorrer da história da ONU, da OMS e da UE, e na atualidade, lhe foi e é conferida. Essencialmente, analisamos a produção documental e normativa das organizações internacionais referidas relativa à temática. Este subcapítulo assume-se como pertinente pela influência que consideramos que a política de saúde internacional, através da ONU e especificamente da OMS, e regional, pela UE, detém na política nacional. Sumariamente, apresentaremos o percurso das inquietações destas

⁴⁴ RODRIGUES, Teresa Ferreira; MARTINS, Maria do Rosário Oliveira (Coordenadores), 2014, *Envelhecimento e saúde. Prioridades políticas num Portugal em mudança*, CEPESE/Instituto Hidrográfico. Lisboa.

organizações relativamente à temática em estudo e qual a orientação da tomada de decisão atual. Terminamos com uma referência ao histórico da produção política na Suécia, bem como referência ao sistema atual naquele país. Esta escolha decorre da Suécia ser um Estado-Membro da UE e o país que reúne as melhores condições de suporte aos idosos⁴⁵, a nível mundial e da UE, embora assente num modelo social distinto do português.

A segunda parte, *Os idosos e a saúde em Portugal. Prescritores políticos contemporâneos e prospetivos* está dividida em quatro capítulos, cuja sequência visa responder às questões orientadoras e retratar o cenário português no que respeita ao objeto de estudo desta tese. O primeiro capítulo (II.1.) descreve o percurso da política de saúde em Portugal essencialmente entre 1974 e 2013, abordando sumariamente o trajeto anterior, com maior desenvolvimento para o período do Estado Novo. Sem ter a pretensão de produzir uma análise intensiva da tomada de decisão nos diferentes momentos, visa essencialmente apresentá-la, através da descrição cronológica, da trajetória efetuada, de forma a percebermos o processo de capacitação do sistema de saúde nacional e especificamente do SNS, que desencadeou o melhoramento dos indicadores de saúde e o aumento da E0. Assim como, auxiliará o nosso contributo para o traçar de linhas orientadoras da política pública de saúde futura, considerando que o conhecimento da história é um valioso contributo para o delinear do futuro.

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos. Inicia-se com uma súmula contextual do percurso histórico até à implementação do regime democrático em 1974, encontrando-se no anexo VI uma descrição mais exaustiva da cronologia. Segue-se o primeiro subcapítulo (II.1.1.), que se inicia no período pós implementação do regime democrático em Portugal e termina no momento que antecede o início do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), que procede à reestruturação dos serviços em 2006, embora publicado em 2005. O subcapítulo seguinte (II.1.2), continua a análise pelo período em que vigora o plano de redução decorrente da assinatura do MoU - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC) - e termina em dezembro de 2013, data que determinamos ser o final da nossa pesquisa. Termina com o quarto subcapítulo (II.1.3.), dedicado a uma reflexão delimitadora da orientação da tomada de decisão, remetendo para os dois subcapítulos anteriores.

O segundo capítulo (II.2.), tem por objetivo demonstrar a evolução e o cenário atual dos idosos e da sua saúde em Portugal, dos serviços e dos recursos humanos da saúde, que se assumem como os mais influentes no estado de saúde dos idosos, por serem

⁴⁵Referido no *Global AgeWatch Index 2013* e no *Active Ageing Index (2013)*

materializadores da tomada de decisão política descrita no anterior capítulo. Caracterizamos, ainda, a população idosa no que concerne ao seu nível de instrução e fazemos alusão ao cenário prospetivo. Com este intuito iniciamos com um subcapítulo (II.2.1), que descreve os processos de transição demográfica, epidemiológica e sanitária em Portugal, desencadeadores do envelhecimento demográfico e consequentemente do aumento dos quantitativos de idosos a nível nacional. Sendo que também a evolução destes processos de transição espelha a trajetória da política de saúde em Portugal. No subcapítulo seguinte (II.2.2.), retratamos o perfil de saúde dos idosos nacionais, tendo em consideração que estes são uma camada da população com necessidades distintas. Terminada esta descrição, no subcapítulo que se segue (II.2.3.), apresentamos o quadro nacional atual no que concerne à distribuição dos idosos em território nacional. No quarto subcapítulo (II.2.4.), descrevemos o quadro atual e a evolução dos serviços e recursos humanos da saúde, que julgamos mais relevantes para a saúde dos idosos. Com este desígnio dividimos este subcapítulo em dois pontos. No primeiro ponto (II.2.4.1.), tratamos primeiramente dos serviços de saúde/equipamentos; no segundo ponto (II.2.4.2.) expomos os recursos humanos. Sempre que retratamos o quadro nacional relativo aos diferentes fatores em apreciação, fazemos uma desagregação territorial em NUTS II, mas abordamos as NUTS III quando possível, pelas razões já referidas.

Terminada a descrição das condicionantes que influenciam a saúde e qualidade de vida dos idosos portugueses, expomos no capítulo três (II.3.), as singularidades dos idosos portugueses, que designámos por particularidades, procurando compreender se o sistema atual de saúde, os serviços e recursos humanos de saúde, e a trajetória da tomada de decisão política respondem às suas necessidades efetivas. Acrescentamos o cenário prospetivo, no horizonte 2031, enquanto desafio para a política de saúde, no que ao nível de instrução diz respeito, com o objetivo de tirar ilações e desta forma concretizar o desígnio de contribuir para a identificação de linhas orientadoras de tomada de decisão.

Terminados os capítulos de enquadramento e de explanação do quadro atual e prospetivo sobre o tema em estudo, passamos para o último capítulo (II.4.). Nele apresentamos as respostas obtidas por via de um questionário dirigido a um painel de especialistas, de forma a que com as suas apreciações, a que se acrescenta a nossa investigação, possamos contribuir para a produção ou ajustamento de políticas públicas. Como opção metodológica utilizamos uma forma de questionário que se insere numa tipologia específica de exercício e por essa razão iniciamos com a sua descrição metodológica [primeiro subcapítulo (II.4.1.)]. O subcapítulo seguinte (II.4.2.), descreve, as

respostas dadas pelos peritos inquiridos. O último subcapítulo (II.4.3.), substancia o tratamento das respostas, respondendo às questões orientadoras do questionário utilizado.

Terminamos com as considerações finais - *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa. Considerações Finais* - retomando o título da tese e extraíndo do texto os pontos essenciais. Pretende-se, assim, responder às questões orientadoras que conduziram esta investigação e salientar o que consideramos ser o nosso contributo para a tomada de decisão política e para a produção académica.

A terminar, referimos que existiram limitações ao estudo, que interferiram de forma relativamente substantiva com o processo de investigação (como seja a inexistência da totalidade dos dados necessários, para os períodos temporais que pretendíamos e com a desagregação territorial que o estudo exigia, tornando-se incompreensível nesta época da informatização e da extrema necessidade de mensurar para decidir). Não obstante, a maior limitação relacionou-se com os limites impostos para a redação, sendo que num estudo como este que recorre a metodologia qualitativa e quantitativa com tratamento estatístico de dados e indicadores, com necessidade imperiosa de os retratar por meio de tabelas e figuras, de forma a tornar a narrativa mais compreensível, os limites em vigor assumem implicações que consideramos ser de extrema relevância.

Nesta época da globalização e das interdependências dos Estados, em que as organizações internacionais e regionais assumem papéis de grande preponderância na esfera nacional, acreditamos que as políticas públicas dos Estados não se podem distanciar das orientações internacionais. Ou seja, estamos em crer que a produção da tomada de decisão política nacional, e a sua análise, deverá ter em consideração as determinações internacionais e a conseqüente avaliação do cumprimento das metas estabelecidas pelas mesmas. Assim, no processo decisório é necessário considerar a avaliação da pertinência do objeto da decisão, os condicionamentos à soberania do Estado decorrentes da crescente interdependência e pertença a organizações internacionais e regionais, o que afeta a produção de políticas públicas nacionais, como esta Tese pretende demonstrar na área da saúde para os idosos.

PARTE I:
ENVELHECIMENTO E SAÚDE.
CONCEITOS DINÂMICOS E DETERMINANTES POLÍTICOS

Iniciamos esta primeira parte com um capítulo conceitual, de forma a definir os conceitos envolvidos neste estudo, nomeadamente o de envelhecimento, idoso, saúde e qualidade de vida, conceito emergente e de grande relevância no que à política de saúde diz respeito, utilizando como metodologia a revisão da literatura respeitante.

I.1. Envelhecimento, saúde e qualidade de vida. Concetualização e dimensões

I.1.1 Envelhecimento. O conceito.

O conceito de envelhecimento encerra em si vários significados e conceitos. O dicionário enciclopédico⁴⁶ define-o como: “*(de envelhecer) (...) ato ou efeito de envelhecer (...) Fase regressiva do ciclo vital humano, que se manifesta por alterações anatómicas e fisiológicas (...)*”; Envelhecer, no mesmo dicionário “*(de velho) (...) tornar ou tornar-se velho (...)*”; Velho “*(...) que tem muita idade; antiquado; antigo; muito usado (...) homem de idade muito avançada (...)*”.

Vejamos agora o conceito de envelhecimento. Segundo Valente Rosa⁴⁷, o conceito de envelhecimento encerra em si duas significâncias distintas:

- ✓ O envelhecimento individual, relaciona-se com o individuo e pode ser subdividido em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O primeiro diz respeito ao aumento da idade do sujeito, é universal, inevitável e progressivo, faz parte do desenvolvimento do ser humano e é caracterizado pelas alterações orgânicas que o crescimento e desenvolvimento do organismo imprimem. O segundo, não é fácil de definir ou de encontrar o momento a partir do qual se desenvolve. É um conceito subjetivo, dependente das características da pessoa em termos genéticos e de género, da sua vivência, estilos de vida, hábitos e da sociedade em que se encontra inserido. A velhice é um conceito com que este processo de envelhecimento se relaciona, sendo também difícil determinar quando se inicia, quem são os velhos e quando se é velho⁴⁸.

⁴⁶Ediclube, 1996

⁴⁷ ROSA, 2012

⁴⁸ Uma vez que se por um lado relacionamos a palavra velho com a pessoa que tem idade avançada, também a relacionamos com a pessoa que, embora não tenha a idade para se incluir neste grupo, tem comportamentos e hábitos que socialmente se relacionam com os velhos e esta sociedade passa a intitula-los como velhos. Não obstante, a velhice não tem esta conotação negativa em todas as sociedades nem foi ao longo dos tempos

Atualmente a velhice tem várias conotações, uma mais negativa, associada à última fase da vida e à morte, ou seja à fase em que os seres humanos deixam de ter projetos de futuro, que se assemelha a uma etapa de marasmo ou *standby*, em que as limitações físicas impostas pela idade se suplantam a tudo e o isolamento ou solidão imperam, em contraponto com a fase gloriosa de concretização de projetos, de atividade e inclusão social, com família e amigos. Por outro lado, existe a visão mais positiva, que se relaciona com o facto de se ter atingido uma idade mais avançada, de ser uma fase de ausência de compromissos laborais e tudo o que lhe é inerente, usufruindo de uma reforma que lhes proporciona a manutenção da qualidade de vida. É uma fase em que se concretizam alguns sonhos ou projetos, que as rotinas laborais quotidianas não permitiram, essencialmente para os mais instruídos e com atividades mais diferenciadas, como seja a investigação ou as atividades artísticas.

- ✓ O envelhecimento coletivo⁴⁹, subdivide-se em envelhecimento demográfico e envelhecimento societal. O primeiro relaciona-se com a divisão estatística em grupos funcionais da população, baseados em grupos etários relativos à atividade laboral, ou seja o grupo dos jovens (0-14 anos), dos ativos (15-64 anos) e dos idosos (65 e mais anos). A partir desta categorização, o envelhecimento demográfico pressupõe a diminuição dos jovens (envelhecimento na base da pirâmide etária) e o aumento dos idosos (envelhecimento no topo da pirâmide etária). Quando estes dois fatores acontecem em simultâneo designam-se por duplo envelhecimento. Este fenómeno tem-se vindo a propagar e nos países desenvolvidos assume proporções já preocupantes em termos quantitativos e com repercussões a vários níveis do saber, designadamente nos que se relacionam diretamente com o conhecimento da população idosa: *“(...) a importância dos idosos como um grupo específico, dotado de uma cada vez maior relevância estatística e social, acerca do qual era absolutamente necessário saber mais, originou inclusive o aparecimento de uma disciplina nova, a gerontologia – definida por Schroots (1996) como o estudo simultâneo e multidisciplinar do*

considerada desta forma. Nos primórdios da humanidade, o velho era sábio e as suas lições e conhecimentos eram respeitados pelos mais novos. Esta situação, ainda se mantém em muitas sociedades e nas regiões desenvolvidas este comportamento social era bem visível até há poucas décadas, através do respeito, obediência e submissão que se tinha aos mais velhos, detentores do poder económico, de determinação e de orientação da família. (ROSA, 2012)

⁴⁹ ROSA, 2012

*processo de envelhecimento, da velhice e do idoso (...)*⁵⁰. O envelhecimento societal é complexo, porque uma sociedade demograficamente envelhecida pode não constituir uma sociedade envelhecida. Tal sucede quando a sociedade reage empregando formas que não excluam os idosos, incluindo-os nas atividades e vivências familiares e sociais respeitando as suas vontades enquanto gestores do seu desenvolvimento e da sua vida, encarando o envelhecimento biológico como mais uma fase do desenvolvimento do organismo.⁵¹

Quando falamos de envelhecimento demográfico primeiramente referimos que não é um fenómeno exclusivo da atualidade, mas assume contornos mais explícitos, e geradores de desafios com maior grandiosidade, na atualidade. Já em 1908 Harald Westergaard⁵² disse, referindo-se às questões demográficas futuras, “(...) não iremos ter a distribuição etária do passado, pois a população irá ter uma aparência totalmente diferente, com um grande número de idosos e um número relativamente baixo de jovens(...)”⁵³

Focando-nos agora na vertente do envelhecimento demográfico respeitante ao aumento do número de idosos, essencialmente no envelhecimento individual, podemos afirmar que nas sociedades ditas desenvolvidas, desde que a transição demográfica se implementou e os efetivos populacionais idosos aumentaram, colocando algumas áreas sociais em risco de insustentabilidade, tem-se vulgarizado o conceito de envelhecimento, uma vez que é, incontornavelmente, o maior desafio demográfico vivenciado na atualidade e desvendado nos cenários prospetivos com grandes implicações para a governação.

Em demografia considera-se a idade sociocultural⁵⁴ para constituir o grupo funcional dos idosos, sendo idoso o indivíduo com 65 e mais anos, por via de ser esta a idade em que termina a idade ativa. Embora decorrente do processo de envelhecimento demográfico e do risco de insustentabilidade financeira para os Estados, esta idade tenha vindo a ser aumentada, continua a ser esta a charneira para a adoção do conceito nos estudos e relatórios demográficos.

Com o aumento da E0 e conseqüente aumento dos indivíduos com mais de 80 anos, surge um outro conceito, o conceito dos *muito idosos*. Facilmente se compreende esta

⁵⁰ FONSECA, 2006

⁵¹ ROSA, 2012

⁵² Um dos cientistas sociais mais famosos do início do século XX

⁵³ Fundação Calouste Gulbenkian; Forum Gulbenkian da Saúde, 2009

⁵⁴ “(...) refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam relativamente a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem, idade essa que é julgada com base em comportamentos, hábitos, estilos de relacionamento interpessoal, etc. (...)” (Fonseca, 2006)

desagregação do grupo funcional⁵⁵ dos 65 e mais anos, porque a funcionalidade do organismo está mais comprometida, exigindo cuidados mais efetivos por parte da família e dos serviços de saúde. A alteração das estruturas familiares e a consequente crescente institucionalização dos idosos mais dependentes, torna necessário conhecer esta população. No estudo intitulado BASE (*Berlin Aging Study*)⁵⁶, os investigadores observaram que os muito idosos, essencialmente os com 90 e 100 anos, apresentam uma acentuada disfuncionalidade, concluindo que viver mais tempo poderá constituir “(...) *um factor de risco acrescido para a dignidade humana (...)*”⁵⁷. Desta forma, a tomada de decisão relativa aos mais idosos deverá ser multidisciplinar, abarcando todas as áreas do saber, desde as ciências médicas, às ciências sociais, económicas e agregando forças científicas, sociais e políticas. Mas não poderemos deixar de salvaguardar a subjetividade deste indicador, uma vez que a idade biológica⁵⁸, respeitante aos 65 anos, poderá ser objetiva, mas não define o estado bio-psico-social do indivíduo. Com o desenvolvimento das ciências da saúde e com o aumento do nível de instrução, cada vez mais um indivíduo com 65 anos apresenta menor degradação física, intelectual e psicológica, mantendo todas as capacidades para desenvolver atividade que até aqui se pensava não ser possível. Assim, sustentamos a ideia de que o recurso à idade psicológica⁵⁹ ou à idade funcional⁶⁰ seria o ideal para o conhecimento desta população e consequentemente para o apoio à tomada de decisão, mas assumimos a quase impossibilidade de o utilizar, pela necessidade de avaliação individual dos sujeitos. Cria-se assim a necessidade de padronizar. Consideramos igualmente redutor este padrão, devido ao facto de a ideia do início da reforma coincidir com a data padronizada como sendo o limite inferior do intervalo em que se considera idoso, poder ter uma significância negativa para a autoestima do indivíduo e acarretar, em alguns casos, problemas do foro psicológico e até psicossomático. Consideramos que o conceito de idade funcional resolve alguns estereótipos relativos à falta ou ausência de capacidades que os idosos têm. Um outro estereótipo que resolve é o relativo à imagem que se tem da velhice

⁵⁵ Grupo funcional: Agrupa a informação por grupos de grande amplitude relativos à idade e sexo (reunidos ou separados), para que a informação seja reduzida e a sua leitura possa ser mais funcional

⁵⁶ In FONSECA, 2006

⁵⁷ Baltes & Smith, 2003 in FONSECA, 2006

⁵⁸ “ (...) refere-se ao funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano e é especialmente importante para a consideração dos problemas de saúde que afetam os indivíduos, pois é verificável que a capacidade de autorregulação do funcionamento desses sistemas diminui com o tempo (...)” FONSECA, 2006

⁵⁹ “ (...) refere-se às capacidades de natureza psicológica que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, o que inclui sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a autoestima (...)” FONSECA, 2006

⁶⁰ “ (...) constitui-se como um conjunto de indicadores (capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais) que (...) permitem compreender como se podem criar condições para um envelhecimento satisfatório” FONSECA, 2006

como sendo um revisitar da infância, com “(...) infantilização, dependência e diminuição da responsabilidade individual dos idosos, conduzindo a uma inevitável redução do seu estatuto social (...)”⁶¹. Ou ainda, com a ideia de que os idosos não têm muita iniciativa e têm muita dificuldade em aceitar desafios, sendo resistentes à mudança, com algum vazio intelectual e impotência emocional, com ausência de desejo sexual, incapacidade para a aprendizagem e dependência generalizada.

Estes estereótipos são, eventualmente, os responsáveis pelo facto de, tendencialmente, as sociedades atuais não darem o devido valor à experiência de vida e ensinamentos dos mais velhos “(...) Estas ideias levaram à consolidação do que a literatura anglo-saxónica designa frequentemente por *idadismo* (“ageism”), ou seja, estereotipo, preconceito ou discriminação baseados na idade (...)”⁶². Mas este *idadismo* tem vindo a influenciar a sociedade, de forma bastante visível, em alguns casos a tomada de decisão política, as organizações e as instituições que desenvolvem atividade de apoio ao idoso e até mesmo as famílias e os próprios idosos que interiorizam os princípios do *idadismo*, refletindo-se de forma negativa na sua postura perante a vida, anulando-se física e mentalmente, induzindo à gerontofobia⁶³.

Terminamos citando Fonseca⁶⁴, “(...) o envelhecimento comporta realidades específicas sob o ponto de vista físico, mental e societal, que assim devem ser entendidas e que fazem parte do próprio sentido da vida, as noções incontornáveis do declínio e da morte (...) é inegável que há perdas e que o fim da vida, tal como a conhecemos, está próximo, mas tal não significa que o individuo idoso, só por sê-lo, perca dignidade pessoal ou capacidade de participação social (...) a única forma de evitar a “caricaturização” dos idosos na sociedade contemporânea é olhar para uma pessoa idosa simplesmente...como uma pessoa, com direitos e obrigações, com alegrias e angústias, com desejos e frustrações, enfim, exatamente como uma criança, um jovem ou um adulto, ou seja, como um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro (...)”

⁶¹ FONSECA, 2006

⁶² Idem

⁶³ Atitude de negação do envelhecimento devido ao paralelismo que se faz com doença, inatividade, depressão, aborrecimento, incapacidade em desconformidade com a sociedade que nos rodeia impregnada da imagem de jovialidade.

⁶⁴ FONSECA, 2006

I.1.2. Saúde e qualidade de vida

A palavra saúde etimologicamente deriva do latim “*sanus*” que significa “*são*”. O homem sempre tentou perceber de que forma se podiam curar as doenças, primeiro recorrendo aos recursos que a natureza dava e posteriormente através da investigação. Gradualmente a cura deixou de ser a maior preocupação, passando a prevenção e a promoção a ter um lugar de destaque. Simultaneamente, a nível estatal a saúde assumiu lugar de destaque nas preocupações governativas. A criação da OMS foi a nível internacional marcante, passando a considerar-se a saúde como um direito fundamental da humanidade, sem distinção de sexo, raça, religião, opiniões políticas e condições económicas e sociais⁶⁵. A nível político, as preocupações com a saúde aumentaram. Foram-se criando responsáveis políticos pelo sector e ministérios próprios e a cooperação internacional, nestas matérias, foi progressivamente fomentada. A saúde foi assumindo um lugar de destaque em termos políticos, até ao nível a que chegamos hoje, em que a globalização da saúde e da doença, são conceitos comuns e têm sido objeto de debates, publicações, projetos, políticas, etc.

A OMS foi a primeira organização a publicar uma definição de saúde mundialmente aceite: “*A Saúde é um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a simples ausência de doença ou enfermidade.*”⁶⁶. A saúde decorria da ausência de doença, mas a partir daqui passou a ter uma significância mais lata, incluindo dimensões subjetivas, difíceis de mensurar, como as dimensões psíquicas e sociais. Se acrescentarmos a dimensão ambiental, mais atual, adicionamos complexidade ao processo de determinação e de avaliação do estado de saúde do indivíduo. Existem assim várias perspetivas sobre o conceito, como: a perspetiva médica, ausência de doença; a perspetiva psicossocial, ausência de mal-estar, estado de segurança e conforto; a perspetiva político-legal, garante do equilíbrio dos indivíduos e da comunidade; a perspetiva económica, fator de impacto a nível da afetação de recursos e de desenvolvimento económico⁶⁷.

Sumariamente, podemos afirmar que ter saúde não se relaciona exclusivamente com a ausência de patologia orgânica, com sintomatologia objetiva e passível de ser tratada com recurso a terapêutica. Os conceitos de saúde e doença devem ser lidos numa múltipla perspetiva: física, biológica e química; psicológica, cultural, social e ambiental. O bem-estar do indivíduo, enquanto ser biocultural, para ser conseguido tem que passar pela satisfação de necessidades várias e de entre estas as necessidades básica, naturais, culturais e

⁶⁵ FERREIRA, 1989

⁶⁶ Organização Mundial da Saúde, 1946

⁶⁷ NUNES & REGO, 2002

espirituais. Sendo certo, que a doença consiste numa das formas mais estreitas da relação do homem com a natureza, no qual qualquer alteração ao equilíbrio natural, ou ao equilíbrio ecológico, pode constituir uma ameaça e um fator de risco. Segundo Márties⁶⁸ “(...) a saúde oferece a integridade dos sentidos, a disponibilidade do corpo e da mente, o suporte emocional, estimula a cooperação, a amizade, possibilita a realização de tarefas socialmente desejáveis e o uso do tempo livre de uma forma adequada, criativa, mantendo a força e a resistência necessária para enfrentar frustrações (...)”. A saúde, segundo Barros⁶⁹ pode ser encarada de uma forma economicista, como um bem de consumo, por promover a satisfação, e pode ser considerada como um bem de investimento, uma vez que acumulando o seu *stock* diminuem as potenciais incapacidades e aumenta o nível de rendimento.

A intervenção em saúde, na atualidade, desenvolve-se em três fases: promoção, prevenção e tratamento. Acrescentamos dois: reabilitação, essencial inclui-la nesta tese por o objeto de estudo primordial ser o idoso; generalização dos cuidados à população e do conhecimento. Uma vez que a “(...) promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado (...)”⁷⁰, bem como “(...) a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos(...)”⁷¹, abordamos de forma mais alongada este nível.

A prevenção comporta cinco níveis de atuação⁷²: 1. Prevenção Primordial – Visa evitar a adoção de estilos de vida potenciadores do risco de doença. Prevenindo comportamentos sociais, económicos ou culturais de risco, promove-se a saúde e o bem-estar do indivíduo, diminuindo a probabilidade de ocorrência de doença. Com estes objetivos, e de acordo com o momento e acontecimentos sociais, procede-se ao lançamento de ações, políticas e programas de promoção da saúde, como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas; 2. Prevenção Primária – Visa anular ou evitar os fatores de risco promotores da doença. Neste nível, a informação é dirigida ao indivíduo, a grupos de indivíduos ou à população em geral, pretendendo-se a diminuição da incidência da doença; 3. Prevenção Secundária – Compreende a deteção precoce de problemas de saúde de forma a conseguir uma aplicação imediata de medidas apropriadas, atingindo-se o rápido restabelecimento da saúde ou a administração rápida de tratamento, para a evolução da situação ser favorável; 4. Prevenção Terciária – “(...) 1) limitar a progressão da doença,

⁶⁸In PRAÇA, 2012

⁶⁹BARROS, 2013

⁷⁰Diário da República, 1990, Lei n° 48/90 de 24 de Agosto

⁷¹Direcção-Geral da Saúde, 2004

⁷²MEIRELES, 2008

*circunscrevendo-a, 2) evitar ou diminuir as consequências ou complicações da doença como as insuficiências, incapacidades, sequelas, sofrimento ou ansiedade, morte precoce, 3) promover a adaptação do doente às consequências inevitáveis (situações incuráveis), 4) prevenir recorrências da doença, ou seja, controla-la e estabiliza-la (...)*⁷³; 5. Prevenção Quaternária – *“(...)recentemente introduzido, desconhecido ou não aceite por muitos. Objetivos: evitar o excesso de intervencionismo médico e suas consequências; detetar indivíduos em risco de sobretratamento (“hipermedicalização”), para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas; sugerir (...) alternativas eticamente aceitáveis por forma a curar sem dano; capacitar os utentes, enquanto consumidores de cuidados de saúde, quanto às implicações (individuais, sociais, económicos) do consumo inapropriado; salientar a importância de “análise das decisões clínicas” no aumento da qualidade do ato médico, no complemento e reforço do julgamento e decisão clínicos, na utilização dos métodos de diagnósticos e tratamento, na prescrição criteriosa e adequada técnico-cientificamente, na racionalidade económica e do ato médico (...)*⁷⁴.

À prevenção acrescenta-se a promoção da saúde, pela sua relevância. De acordo com o MS⁷⁵, a promoção da saúde permite habilitar as pessoas para o controle sobre a sua saúde, no que respeita com comportamentos e com determinantes psicossociais e ambientais. De forma a alcançar os objetivos pretendidos, relativos à promoção e prevenção, a intervenção dos profissionais de saúde deverá ter em consideração a necessidade de capacitação dos utentes relativamente a: implicações do consumo dos cuidados a nível individual, social e económico; compreensão, aceitação e utilização de informação de forma a tomarem decisões autónomas; conhecimento das vantagens e desvantagens dos métodos de diagnósticos e tratamento.⁷⁶

É reconhecido que a saúde é o resultado do acumular de situação decorrentes dos estilos de vida *“(...) de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem , sendo a qualidade de vida, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência (...)*⁷⁷. Surge assim o conceito de qualidade de vida e como é visível os seus domínios e os da saúde são complementares.

Qualidade de vida é um conceito holístico, subjetivo, variável de indivíduo para indivíduo, definido como *“(...) uma perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objetivos,*

⁷³ Idem

⁷⁴ Idem

⁷⁵ Tendo como referencia a Carta de Otawa (1986)

⁷⁶ MEIRELES, 2008

⁷⁷ Direção-Geral da Saúde, 2004

expectativas, normas e preocupações (...)". Assim sendo, inclui a saúde física, o estado psicológico "*(...) o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente (...)*"⁷⁸. O conceito de qualidade de vida, tem sofrido mudanças ao longo dos tempos, em paralelo com as mudanças sociais. A saúde dos indivíduos, até determinada altura, era analisada tendo em consideração somente o organismo humano, com a evolução do conhecimento e das sociedades, alterou-se esta perspetiva, passando-se a entender a saúde do indivíduo englobando a dimensão da qualidade de vida. A qualidade de vida assume o mesmo patamar de importância da saúde e ambas as dimensões passaram a ocupar uma posição primordial. Contextualmente, a saúde deve ser avaliada de acordo com um complexo multidimensional que inclui a qualidade de vida, sendo que atualmente, maioritariamente, este procedimento tem sido aplicado. A qualidade de vida tem vindo a ser avaliada quer pelos serviços de saúde, muitas vezes como procedimento da consulta do profissional de saúde, quer ao nível institucional ou estatal.⁷⁹

A avaliação deste indicador surge preferencialmente como sinónimo de avaliação da consecução ou perda de bem-estar do indivíduo, devendo incluir-se uma dupla dimensão em termos de perspetiva individual: a objetiva e a subjetiva (uma vez que a noção de qualidade de vida varia de acordo com as expectativas de cada indivíduo). O conceito relaciona-se com três patamares de necessidades humanas: 1. Satisfação de carácter primário (dieta alimentar, vestuário, habitação, acesso a cuidados de saúde); 2. Satisfação de necessidades (conforto, cultura, educação); 3. Aspetos de maior subjetividade (lazer, estima social e expansão das potencialidades individuais). Para a avaliação da qualidade de vida têm-se desenvolvido instrumentos de medida, validados para as diferentes populações, mas padronizados com o objetivo de conseguir efetuar comparações. Para se atingir este patamar de avaliação muito teve que ser alterado no cenário das instituições e dos profissionais de saúde. No que à área da saúde e dos serviços de saúde diz respeito, tanto as políticas de saúde, como a intervenção e a formação dos profissionais de saúde, sempre colocaram a prioridade no controle da morbilidade e mortalidade. Nas últimas décadas tem-se assistido à alteração desta postura, existindo uma crescente preocupação não só com a frequência e a severidade das doenças, mas também com a avaliação do impacto da doença no indivíduo: o comprometimento das atividades diárias; a perceção da saúde e a disfunção funcional.

⁷⁸ in Direção-Geral da Saúde, 2004

⁷⁹ Damos o exemplo de avaliação feita à população portuguesa através do Inquérito Nacional de Saúde, no qual uma das dimensões avaliadas é exatamente a qualidade de vida.

A utilização dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, de forma a normalizar e harmonizar o processo e escala de medida, tem assumido uma posição importante, uma vez que a avaliação da qualidade de vida tem, crescentemente, sido utilizada como medida de avaliação de resultados de tratamento em saúde. Os instrumentos que têm sido desenvolvidos e utilizados, são cada vez mais específicos e direcionados para cada uma das diferentes áreas de intervenção/patologias e áreas geográficas e sociais. A OMS, constatando a inexistência de um instrumento de avaliação da qualidade de vida transcultural, desenvolveu o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100)*⁸⁰. O *WHOQOL-100*⁸¹ é composto por cem questões e por norma torna-se difícil de responder em poucos minutos, surgindo a necessidade de criar um instrumento mais curto para uso em investigação epidemiológica, levando a OMS a desenvolver uma versão com 26 questões (o *WHOQOL-Bref*)⁸². A elaboração destes instrumentos não está terminada. A OMS encontra-se a desenvolver mais instrumentos direcionados para pacientes com patologias específicas.

Reforçamos, que o pretendido com a avaliação da qualidade de vida não é o conhecimento objetivo do meio ambiente, do estado funcional ou do estado psicológico do utente, nem as dimensões avaliadas pelo profissional de saúde ou pelos familiares. Pretende-se a perceção do utente / paciente.^{83 84 85} Não obstante, a avaliação objetiva tem também grande importância nesta matéria, por ter implicações na perceção de saúde do indivíduo.

Assim, o indicador *esperança média de vida saudável* adquire relevância: “*Are we living healthier as well as longer lives, or are our additional years spent in poor health?*”⁸⁶

A esperança de vida saudável relaciona-se com o grupo de indicadores de saúde que combinam dados de mortalidade, incapacidade e morbilidade. Este indicador mede o número de anos que uma pessoa, de determinada idade, pode esperar viver sem nenhuma limitação, severa ou moderada, por causa de problemas de saúde. Enquadra-se no conjunto de indicadores estruturais europeus, tendo o seu valor sido reconhecido na *Estratégia de Lisboa* e é utilizado para: “*(...) analisar a saúde como fator económico e de produtividade; introduzir o conceito de qualidade de vida; avaliar a empregabilidade dos trabalhadores*

⁸⁰ Organização Mundial da Saúde, 2013, *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*

⁸¹ Versão em português disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2940/4/escala%20de%20qualidade%20de%20vida%20WHOQOL-100%20PORTUGAL.pdf> (Consultado em: julho de 2013)

⁸² Versão em português disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53373/3/WHOQOLBref%20PORTUGAL.pdf> (Consultado em: 17/07/2013)

⁸³ FLECK, 2000

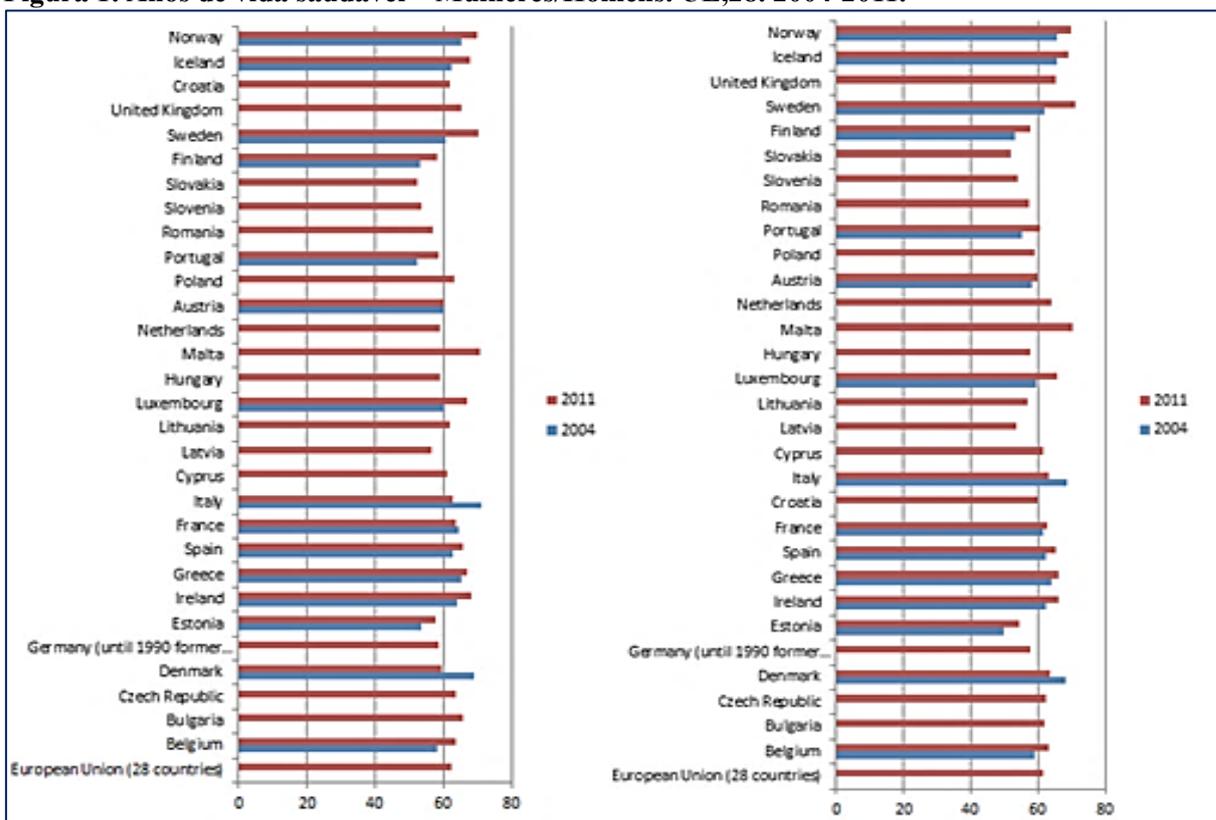
⁸⁴ LEAL, 2008

⁸⁵ OLIVEIRA, 2004

⁸⁶ Organização Mundial da Saúde, 2011, *Global health and ageing*

mais idosos; acompanhar os progressos realizados em termos de acesso, qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde (...)"⁸⁷. O aumento na E0 e à idade de 65 anos, levanta a questão da qualidade dos anos vividos e especificamente dos anos vividos com boa saúde e tem sido alvo de preocupação e de investigação⁸⁸ para as organizações⁸⁹. De acordo com os resultados encontrados na investigação⁹⁰, poderemos extrapolar que, no seu todo, os indicadores são animadores para o continente europeu, demonstrando a existência de efetivos fatores influenciadores de uma boa saúde (Figura 1), exceto para a Itália e Dinamarca, sendo que a França apresenta desvantagem somente para as mulheres.

Figura 1: Anos de vida saudável – Mulheres/Homens. UE,28. 2004-2011.



Elaboração própria. Fonte: Eurostat, 2014, *Healthy Life Years (from 2004 onwards)*.

Definidos os conceitos importa expor os processos de transição epidemiológica e sanitária que determinaram o processo de transição demográfica e consequentemente o aumento do número de idosos a nível global. Concordantemente, referimos de seguida o contexto inerente à globalização do envelhecimento, de forma a fazer o enquadramento

⁸⁷ Comissão Europeia, 2014, *Indicadores de saúde. Anos de vida saudável*

⁸⁸ A OMS expôs os resultados do estudo deste indicador para as crianças europeias nascidas em 2002, o qual apresenta a percentagem de anos que estas crianças viverão com boa saúde, assim os valores vão de 90,7% a 84,8%, dos anos vividos, para as mulheres nascidas em França e Espanha com o valor mais elevado e para as nascidas no Tajiquistão e Quirguistão com os valores mais baixos. Para o sexo masculino os valores vão dos 92,2%, para a Suécia e Noruega, a 86,4% para o Quirguistão, sendo que para Portugal os valores são 89,1% para as mulheres e 90,6% para os homens

⁸⁹ Organização Mundial da Saúde, 2008, *Atlas of Health in Europe. 2nd Edition 2008*

⁹⁰ Idem

global, sendo que consideramos, apenas, no presente estudo, o envelhecimento no topo, ou seja, o que decorre do aumento do número de idosos. Em termos metodológicos recorremos à revisão bibliográfica e documental, assim como a análise de dados.

I.2. Globalização do envelhecimento - Os processos de transição.

I.2.1 Transição epidemiológica e sanitária, determinantes da transição demográfica

A alteração ou transição dos modelos demográficos sustenta-se essencialmente na saúde das populações. A doença enquanto ausência de bem-estar bio-psico-social é uma das consequências da alteração do equilíbrio entre o homem e o ambiente, quer o natural, quer o construído. Desta forma, as alterações efetuadas no ambiente quer ao nível político, como económico, como ao nível da investigação, ao longo dos tempos, influenciaram os comportamentos das populações e a sua saúde. Consequentemente, estas mutações têm alterado o tipo de doenças e a relação do homem com a saúde, a doença e a morte. Não obstante, o homem é o único ser vivo capaz de alterar, construir os ecossistemas e alcançar a solução perante a adversidade do meio em que sobrevive.

O conceito de transição demográfica encerra em si a passagem de um padrão de altas para baixas taxas de fecundidade e mortalidade. Este processo iniciou-se na Europa e alargou-se à América do Norte entre o final do século XIX e meados do século XX, embora de forma e a ritmos diferentes. Em todos os locais o processo ocorre de forma lenta, e decorre da adaptação do homem às conjunturas culturais, socioeconómicas e higieno-sanitárias, iniciando-se com a diminuição das TM, e especificamente da TMI, ao que se segue a diminuição da TN. O quadro referido, atinge o seu auge no momento em as taxas mencionadas atingem níveis baixos, similares e com carácter constante, induzindo a um crescimento populacional diminuto. A fase intermédia da transição demográfica pressupõe um aumento populacional significativo, pois com a diminuição das TM e a manutenção dos comportamentos relativos à fecundidade (natalidade alta), dá-se o “*Boom*” populacional⁹¹.

Assim, a transição demográfica (Imagem 1), divide-se em quatro fases⁹²: 1. *Fase do «quase-equilíbrio» antigo (ou de pré-transição)* - caracterizada por mortalidade elevada e fecundidade elevada implicando crescimento populacional reduzido; 2. *Fase do declínio da mortalidade* - consequentemente acelera o crescimento natural da população; 3. *Fase do declínio da fecundidade* - a mortalidade diminui a um ritmo mais moderado e o crescimento

⁹¹Population Reference Bureau Staff, 2004, *Transitions in World Population*.

⁹²NAZARETH, 1996

natural da população lentifica-se; 4. Fase do «quase-equilíbrio» moderno - baixa mortalidade e baixa fecundidade - o crescimento natural da população tende para zero.

Imagem 1: Transição demográfica

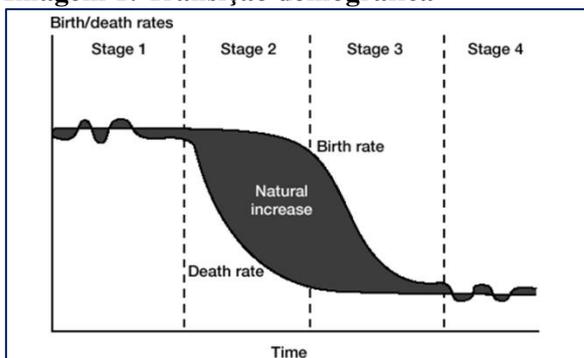
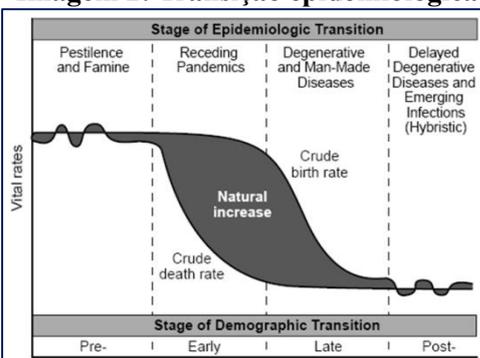


Imagem 2: Transição epidemiológica



Fonte: Population Reference Bureau Staff, 2004, *Transitions in World Population*. & Population Reference Bureau Staff, 1999, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*.

A par ou mesmo antes da transição demográfica ocorre a transição epidemiológica (Imagem 2) e sanitária. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças que ocorrem em determinado espaço temporal e numa determinada população, nos tipos de patologias mais frequentes, nos padrões de morbidade, invalidez e morte. Relativamente ao tipo de patologia, corresponde à transição da predominância de patologia infecciosa ou infetocontagiosa, para a predominância de patologia crônica e degenerativa. Condiz com a passagem de um modelo em que prevalece a mortalidade, para outro no qual prevalece a morbidade. Estas alterações, são por norma decorrentes de outras transformações, políticas, económicas, sociais e demográficas. Segundo Rodrigues⁹³ “(...) a transição epidemiológica corresponde à passagem de uma realidade em que predominam as doenças e mortes causadas por doenças infecciosas e parasitárias (doenças transmissíveis) a outra, em que prevalecem as mortes devidas a doenças degenerativas (não transmissíveis) e acidentes (...)”. A autora acrescenta que a transição epidemiológica coincide com “(...) a substituição de uma realidade em que a morte afeta com intensidade todas as idades, embora com uma grande concentração nos primeiros escalões etários, a uma segunda, em que tende a concentrar-se nas idades mais avançadas (...)”. A transição epidemiológica relaciona-se e é decorrente de determinantes socioeconómicos, políticos e culturais, que incluem níveis de vida, hábitos de saúde, higiene e nutrição. Relaciona-se, ainda, com determinantes científico-médicos e de saúde pública, como melhorias no saneamento público, avanço da investigação, vacinação, desenvolvimento de certas terapias e outros.

O que nos transporta para um outro conceito, a transição sanitária. Esta surge na sequência do processo de avaliação do estado de saúde das populações, com o objetivo de

⁹³ RODRIGUES, 2008

ênfatizar os determinantes sociais e de comportamento como fatores a considerar, uma vez que o estado de saúde das populações depende dos recursos existentes ao nível do Estado e do indivíduo, da cultura, da identidade e dos valores e comportamentos dos indivíduos, das famílias e da comunidade, em determinado território.

A transição sanitária pressupõe uma mudança na intervenção dos profissionais de saúde, ênfatizando para além das questões orgânicas, os determinantes da saúde em geral, tais como a nutrição, as condições e práticas de higiene individual e comunitárias, o saneamento básico, as condições das habitações, entre outros. Em suma, envolve um interesse por um conjunto de questões mais amplas que englobam não só a saúde do organismo, mas também outras valências como o contexto político, social, a educação e a equidade. Contextualmente a transição sanitária assume-se como um processo dinâmico, no qual a saúde e doença se afiguram como resposta às alterações ambientais, demográficas, económicas, tecnológicas, políticas, culturais e biológicas. Ou seja, a avaliação do estado de saúde abarca a análise de dois critérios fundamentais, a avaliação da saúde ao nível individual e a avaliação das condições ambientais⁹⁴ nas quais o indivíduo vive. A transição sanitária abrange e é abrangida pela transição epidemiológica e ambiental.

Terminada a conceptualização, passamos a produzir sobre os processos em si e sobre a forma como têm decorrido a nível mundial, sendo que em algumas situações os fenómenos da transição epidemiológica e sanitária aparecem interligados, tornando-se difícil delimitá-los porque maioritariamente acontecem de forma simultânea e conseqüente.

No decorrer da maior parte da história do Homem, o crescimento da população efetuou-se de uma forma lenta, uma vez que pontualmente ocorriam mais mortes do que nascimentos, devido às guerras, à fome, às epidemias, às infeções crónicas e outras patologias e situações adversas à vida humana⁹⁵. Na Europa nos séculos XVII e XVIII começou a assistir-se a melhoramentos nas condições de higiene e sanitárias, o comércio desenvolveu-se e trouxe maior disponibilidade de alimentos o que melhorou o padrão nutricional, implicando melhoramentos na saúde e nas condições de vida, impelindo à diminuição da TM e ao aumento da E0. Estes fenómenos compeliram ao aumento dos efetivos populacionais, embora a fecundidade tenha sofrido uma diminuição devida ao aumento da idade em que ocorria o casamento, à urbanização, à industrialização, ao aumento das ambições pessoais, entre outros fatores. No entanto, o número de nascimentos

⁹⁴ Entenda-se condições ambientais na sua forma mais abrangente, o conjunto do ambiente natural, construído, político, social, económico, etc.

⁹⁵ Exemplo: a peste bubónica ou negra reduziu a população da China e da Europa em um terço durante o século XIV.

excedia os de mortes e a população aumentava. A partir da Revolução Industrial o quadro de saúde e o tipo de patologias alterou-se, sendo as doenças contagiosas responsáveis pelos altos índices de mortalidade⁹⁶ do período anterior ao século XX, substituídas pelas do foro oncológico e cardíaco⁹⁷ no final do mesmo século. O desenvolvimento do processo de transição epidemiológica passa de uma fase denominada *Idade da pestilência e da fome* para a *Idade do retrocesso das pandemias* e para a *Idade das doenças degenerativas e civilizacionais*, terminando num quarto estágio o *Estádio híbrido*, relativo à existência de patologia degenerativa e a reemergência das infecciosas. A maioria dos países desenvolvidos encontram-se atualmente, e desde a última década do século XX, nesta fase da transição epidemiológica. As patologias emergentes denominam-se *Patologias sociais*^{98, 99}.

Os EUA e a Europa já completaram a transição demográfica, epidemiológica e sanitária, outros estão em patamares intermédios e outros ainda não a iniciaram, dependendo do seu grau de desenvolvimento socioeconómico. Grande parte dos países desenvolvidos, estão a entrar na fase da transição demográfica em que se atingem índices de fecundidade inferiores a 2 filhos por mulher em idade fértil, não conseguindo fazer a reposição dos efetivos populacionais^{100, 101}. A transição epidemiológica e sanitária também refletem o desenvolvimento económico, social, sanitário, de saúde pública e os avanços nas ciências médicas, o que induz às diferentes fases de transição em que as regiões se encontram, com a sua conclusão nos países desenvolvidos e os menos desenvolvidos a encontrarem-se em diferentes fases impulsionadas essencialmente pela influência dos primeiros.¹⁰² Para além da diminuição das TM geral, infantil e da natalidade, a transição epidemiológica induziu a um outro quadro, característico da transição demográfica e que surge como causa e efeito de ambas, o aumento da E0. Este aumento da E0 trouxe outras patologias ao cenário epidemiológico como as crónicas degenerativas e as demências (as patologias relacionadas com o envelhecimento do organismo humano).

Todos estes fatores impeliram a um novo enfoque na investigação em saúde. Abrandou-se a investigação das doenças transmissíveis, com algumas exceções como a investigação do HIV e de outras patologias infecciosas que surgem designadamente pelo incremento do processo de mobilidade de pessoas e pelas alterações inerentes ao processo

⁹⁶ Como as pneumonias, tuberculose, diarreias e enterites.

⁹⁷ Como os vários tipos de patologias cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais e os vários tipos de cancro.

⁹⁸ Constituídas pelos homicídios, cirroses do fígado, suicídio, HIV / Sida, ressurgimento da tuberculose e patologias relacionadas com a pobreza e com estilos de vida pouco saudáveis.

⁹⁹ Population Reference Bureau Staff, 1999, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*

¹⁰⁰ Valor do ISF que permite a reposição dos efetivos populacionais: 2,1 filhos por mulher em idade fértil.

¹⁰¹ Population Reference Bureau Staff, 2004, *Transitions in World Population*.

¹⁰² Nos EUA e na Europa o fator que demarcou o início da transição terá sido o socioeconómico; no Japão e Taiwan foram as medidas de saúde pública como a purificação da água, imunização, aplicação de inseticidas.

de globalização, para se passar para a investigação relacionada com a morbilidade e mortalidade provocadas pelas doenças degenerativas, doenças do foro cardíaco e circulatório e doenças neoplásicas. Assim, o paradigma da investigação em saúde altera-se focando-se, em grande medida, nos fatores agressores à saúde, decorrentes das alterações ambientais e de estilo de vida, e não só no estudo dos microrganismos patogénicos ¹⁰³.

Importa saber os fatores impulsionadores da transição demográfica e que de alguma forma nos explicam o surgimento do objeto de estudo desta investigação, os idosos. Assim, a nível mundial durante o século XIX, o número de filhos por mulher em idade fértil rondava os 7 ou 8 e no final do mesmo século e início do século XX desce para 4. A quando da crise económica mundial de 1930 o ISF fixava-se em 2 filhos por mulher em idade fértil nos EUA e para valores ainda mais baixos na Europa, tendo subido para 2,8 após a Segunda Guerra Mundial levando ao já referido *baby boom*. O declínio assumiu-se com mais estabilidade a partir de 1970, na sequência do desenvolvimento socioeconómico das sociedades, da diminuição do número de casamentos, aumento dos divórcios, aumento da instrução das mulheres e da sua participação no mercado de trabalho. Na maioria dos países europeus o ISF desce para menos de dois filhos por mulher em 1980 e em 2000 na maior parte dos países desenvolvidos atingia valores de 1,2 ¹⁰⁴. Na Europa, os níveis do ISF repudiam a teoria da transição demográfica, uma vez que esta dá como factual o cenário de diminuição da natalidade até a um nível em que assume estabilidade permitindo a reposição e o crescimento populacional lento e a longo termo. Passou a assistir-se a um decréscimo rápido que compromete a reposição, tornando os países dependentes da imigração para manter ou aumentar os seus efetivos populacionais. Os EUA detêm o maior número de efetivos populacionais e o ISF mais elevado, das áreas geográficas desenvolvidas, desde as duas últimas décadas do século XX, devido maioritariamente à diversidade étnica populacional e aos níveis de imigração que vai mantendo a natalidade em valores relativamente altos. As regiões menos desenvolvidas (como África, Ásia e América Latina) mantinham-se no fim do século XX na fase pré transição demográfica com altas TM e TN. Alguns autores designam este quadro de diminuição da fecundidade como a *Revolução Reprodutiva* a qual na sua génese, a partir da segunda metade do século XX nos países desenvolvidos, é potenciada pela emergência dos métodos contraceptivos e o fácil acesso aos mesmos, o aumento da informação, bem como as políticas e práticas de planeamento familiar, ao que se somam as alterações socioeconómicas, induzindo a comportamentos

¹⁰³Population Reference Bureau Staff, 1999, *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*

¹⁰⁴ República Checa, Itália e Espanha. (Population Reference Bureau Staff, 2004, *Transitions in World Population*. Population Bulletin, Vol.59,Nº1, março 2004. Washington.)

antinatalistas. Para além destes fatores existem outros, como a modernização dos países, a urbanização, o aumento da instrução da mulher, os casamentos em idades tardias, a adoção de práticas de generalização do aborto, o local de vida, a proximidade aos cuidados de saúde, a escolaridade obrigatória infantil e as práticas de acolhimento e proteção materna e paterna a nível dos locais de trabalho. Assim como, as normas estatais e culturais relativas ao género, ou seja países em que a mulher não tem um papel muito vincado a nível social têm índices de fecundidade superiores aos em que a mulher ocupa um lugar de destaque na estrutura social.¹⁰⁵ Já os países menos desenvolvidos mantêm os comportamentos relativos a altas TN, embora gradualmente vão adotando os comportamentos que conduzirão à transição demográfica. Não obstante, terão como grandes obstáculos à adoção dos mesmos comportamentos, as questões relacionadas com identidade, cultura, crenças religiosas e em alguns casos políticas internas contra as práticas contraceptivas e planeamento familiar^{106 107}.

Conforme anteriormente mencionado, nos meados do século XX inicia-se a transição demográfica nos países desenvolvidos. No que se refere à mortalidade, este processo consistiu na passagem de níveis de mortalidade elevados para níveis de mortalidade baixos e estáveis e decorre de o homem ter aprendido a controlar, e a reduzir, a relevância da maioria das doenças transmissíveis e das doenças fatais, através da investigação e das novas tecnologias, auxiliadas pelo desenvolvimento económico. O aumento da E0 e a diminuição da TMI são o resultado que melhor ilustra estes progressos. A diminuição da mortalidade retrata os melhoramentos na saúde, na medicina, nas condições sanitárias e higiénicas e nas condições de vida relativas à qualidade de vida e condições socioeconómicas. Assim, como retrata o nível de evolução das condições que influenciam a transição epidemiológica, com a diminuição da incidência das patologias infecciosas que rapidamente assumiam formas epidémicas dizimadoras da população. Na maioria dos países, a baixa TMI está relacionada com as campanhas de vacinação, uso de antibióticos e melhoramentos na dieta alimentar. De entre as descobertas científicas, relativas à saúde, a descoberta da vacina da varíola foi a mais relevante, permitindo a redução das TMI e juvenil. Os avanços nas áreas da saúde materna melhoraram a assistência à gravidez e ao parto, diminuindo a mortalidade materno-infantil. A mortalidade em idades avançadas torna-se cada vez mais tardia^{108 109 110}.

¹⁰⁵ Na Suécia subiu de 1,5 para 1,9 entre 1999 e 2006. Para além desta, também a Bulgária, a República Checa, a Estónia, a Finlândia, a França, a Itália, a Letónia, a Espanha, a Ucrânia e o Reino Unido, apresentam o mesmo aumento embora não conseguindo a reposição. Este aumento deve-se em parte a algumas políticas pró-natalistas e à imigração.

¹⁰⁶ Population Reference Bureau Staff, 2004, *Transitions in World Population*.

¹⁰⁷ Population Reference Bureau Staff, 2009, *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*.

¹⁰⁸ Population Reference Bureau Staff, 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*.

A globalização e a consequente alteração nos estilos de vida, a urbanização e o aumento da E0, tornaram as doenças crónicas não transmissíveis e os traumatismos nas causas de morte com maior importância atualmente e nos anos que se avizinham¹¹¹. Embora, o HIV/Sida continue a ser um flagelo, as mortes decorrentes de acidentes de viação e do consumo de tabaco, para além de se perspetivar o seu aumento, assumirão valores consideravelmente mais importantes. Este quadro, embora de uma forma mais ténue, atingirá os países menos desenvolvidos e mais jovens. Em África o tabagismo, a hipertensão arterial e o colesterol são alguns dos dez fatores de risco mais importantes de doença e morte¹¹². Não obstante, as principais causas de morte, com tendência a aumentar até 2030 serão, por ordem decrescente, o cancro, doenças isquémicas cardíacas, doenças cerebrovasculares¹¹³. As mortes por causas perinatais, infeções respiratórias agudas, doenças diarreicas, malária, HIV/Sida e tuberculose tendencialmente diminuirão. Na generalidade a população mundial está mais saudável: “ (...) *Se as crianças ainda estivessem a morrer de acordo com as taxas de 1978, teriam havido 16,2 milhões de mortes globalmente em 2006. De facto, só se observaram 9,5 milhões. Esta diferença de 6,7 milhões equivale a 18829 crianças salvas todos os dias. A noção, outrora revolucionária, de medicamentos essenciais está vulgarizada. Têm havido melhorias significativas no acesso à água, saneamento e cuidados pré-natais (...)*”¹¹⁴.

Os melhoraram nos padrões de saúde e doença, diminuíram a mortalidade e aumentaram a E0 de uma forma incontornável. De referir que no início do século XX a E0 era diminuta mas no prazo de 50 anos aumentou em pelo menos 20 anos nos países desenvolvidos, mantendo-se esta tendência até ao século XXI, embora exista consenso entre os demógrafos acerca da evidência de um abrandamento nos valores para o futuro próximo. Neste século, os países menos desenvolvidos passaram a ter indicadores comparáveis com os dos países mais desenvolvidos em 1950, embora com grandes diferenças explicadas por um desenvolvimento socioeconómico dissemelhante.¹¹⁵ Essas dissemelhanças existem

¹⁰⁹RODRIGUES & MOREIRA, 2005

¹¹⁰Population Reference Bureau Staff, 2009, *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*.

¹¹¹Organização Mundial da Saúde, 2008, *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*.

¹¹²Organização Mundial da Saúde, 2002, *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Health Life*. In Organização Mundial da Saúde, 2008, *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*.

¹¹³Organização Mundial da Saúde, 2008, *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*.

¹¹⁴Idem

¹¹⁵Population Reference Bureau Staff, 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*.

também no seio europeu, entre a Europa Ocidental e a Europa de Leste.^{116 117 118} Na atualidade, o que sobressai relativamente à esperança média de vida, para além do espectável aumento da mesma à nascença, é o seu aumento à idade dos 65 anos.^{119 120 121}

I.2.2. Globalização do envelhecimento

Os seres humanos viveram, até épocas recentes, em relativo equilíbrio ecológico quer com o meio natural, quer com o meio construído, bem como com a sua própria espécie. Ao longo da história vários acontecimentos colocaram este equilíbrio em causa, como sejam as guerras, catástrofes naturais e as pestes, que alteravam os ecossistemas e dizimavam populações. Não obstante, a natureza e a espécie humana sempre venceram estes impropérios, reagindo aos mesmos com comportamentos indutores do equilíbrio ecológico e da manutenção da espécie. O binómio saúde/doença, tem espelhado os fenómenos mencionados e induzido alguns dos comportamentos sociais impulsores de alterações na estrutura das populações. Os modelos de relação do homem com a saúde, doença e morte relacionam-se, de forma muito próxima, com a história, com as características, dimensão e concentração demográfica, com os índices de fecundidade e taxas migratórias das regiões, bem como com fatores ambientais, regime nutricional, estilos de vida, identidades económicas e sociais e crenças locais. Assim, percebe-se que, num ecossistema tão vasto como o planeta terra, existe uma imensa variedade de biótopos com particularidades distintas, traduzindo-se em diferentes momentos evolutivos no que respeita à população.

Na procura por melhores condições de vida, a economia e o mercado têm assumido um lugar de destaque enquanto determinante das alterações das estruturas populacionais, uma vez que o homem, na sua maioria, relaciona a melhor condição de vida com o incremento no nível económico. Cumulativamente às alterações demográficas, o desenvolvimento económico introduz transformações nos ecossistemas por via do consumo e transformação dos recursos e espaços naturais, implicando mutações nos locais de vida e nas estruturas sociais¹²². A economia parece ser o impulsor que ao longo dos tempos tem movido o homem e que tem mediado a sua relação com o meio e com os outros homens. Não obstante, perante um desequilíbrio, o homem, dotado de racionalidade, tende a procurar

¹¹⁶Organização Mundial da Saúde, 2008, *Atlas of Health in Europe. 2nd Edition 2008*

¹¹⁷Population Reference Bureau Staff, 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*.

¹¹⁸Population Reference Bureau, SANDERSON, Warren; SCHERBOV, Sergei, 2008, *Rethinking Age and Aging*.

¹¹⁹ Número médio de anos que um indivíduo, ao atingir os 65 anos, pode esperar ainda viver, se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência.

¹²⁰Population Reference Bureau, SANDERSON, Warren; SCHERBOV, Sergei, 2008, *Rethinking Age and Aging*.

¹²¹Organização Mundial da Saúde, 2008, *Atlas of Health in Europe. 2nd Edition 2008*

¹²² RODRIGUES & MOREIRA, 2005; VALLIN et al, 2001 in RODRIGUES & MOREIRA, 2005; CARVALHO, 2007

o equilíbrio e, assim, tendencialmente procura soluções tendo em vista a prosperidade económica para atingir a qualidade de vida desejada e a manutenção da espécie, através de meios que podem passar pela melhoria da saúde, das condições sanitárias e de higiene.

Relativamente à população, a história da humanidade pautou-se por um ritmo de crescimento populacional lento, com níveis de mortalidade e natalidade elevados, com a primeira a impedir o contributo de crescimento da população da segunda, devido à fome, às epidemias e às catástrofes naturais que pontualmente assolavam as populações. Neste cenário, a Revolução Industrial, constituiu-se como marco gerador de mudanças no perfil populacional. As transformações impressas no modo de vida das populações, levaram a uma aceleração inicial do crescimento demográfico, em alguns países europeus alargando-se posteriormente aos restantes países industrializados.

A Revolução Industrial não se confinou à alteração nos meios de produção mas também acrescentou a transformação tecnológica e científica, afetando todas as áreas do conhecimento, entre elas a medicina. O progresso na medicina e a crescente preocupação com as populações, instigou à resolução das dificuldades relacionados com a higiene e condições sanitárias, o que terá sido decisivo para retificar o problema da mortalidade infantil e da mortalidade em geral e, definitivamente, conduziu ao aumento gradativo da E0. Este aumento da E0 coadjuvado com a manutenção dos níveis de natalidade, garantiu um aumento populacional nos países industrializados.

No período pós Revolução Industrial, e durante o século XIX e princípio do século XX, o espírito nacionalista ampliou-se no território europeu, assim como a competição económica, a competição política e a concorrência comercial entre os Estados, nomeadamente na disputa pelos mercados consumidores. Assim como se incrementou o processo de militarização e a corrida ao armamento que, entre outros fatores, impulsionaram a Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918), que originou elevada mortalidade, a destruição generalizada dos territórios intervenientes, fome, doenças e avultados prejuízos económicos particularmente para os Estados interventores. Neste período altera-se a estrutura social e do trabalho, uma vez que os homens lutavam nas trincheiras, as mulheres passaram a ocupar o seu lugar na indústria, particularmente na bélica, com vista à manutenção da produção e consequente manutenção da economia dos países. Perante este cenário, impôs-se aos vencidos a assinatura do Tratado de Versalhes, o qual versava a aplicação, a estes países, de vigorosas restrições e punições¹²³ que impeliram a agitações sociais, influenciando o início

¹²³ Como exemplo ilustrativo referimos o caso da Alemanha, que foi forçada a reduzir o seu exército, a sua indústria bélica passou a estar controlada, perdeu a região do corredor polaco, teve que devolver à França a região da Alsácia Lorena, além de ter que pagar os prejuízos da guerra aos países vencedores.

da Segunda Guerra Mundial¹²⁴ (1939 - 1945) da qual decorreram novamente cenários contraproducentes em termos socioeconómicos e, especificamente, em termos populacionais.¹²⁵ Em suma, o período pós Revolução Industrial, incutiu alterações sociais, assinaladamente no que respeita a melhorias na qualidade de vida e ao nível da saúde, à participação da mulher no mercado de trabalho, ao aumento da E0 e redução da TM, induzindo ao aumento populacional principalmente nas zonas urbanas. As sucessivas guerras, a morte, a doença e a fome levaram à diminuição dos efetivos populacionais, essencialmente homens. No final do período de guerra, o balanço de mortalidade era elevado e os homens que sobreviveram encontravam-se fragilizados e impossibilitados de voltar ao trabalho, imprimindo na sociedade um sentimento de “obrigação”, por parte das mulheres e por parte dos empregadores, de decisivamente assumirem o mercado de trabalho, afastando-se do seu papel tradicional de cuidadoras¹²⁶. Os acordos de paz e o incremento da economia sucedem à guerra atingindo-se um estado de acalmia e prosperidade económica. No entanto, em termos sociais não se retoma ao ponto de partida, uma vez que a vivência das guerras imprimiu marcas incontornáveis e as conquistas conseguidas, como as da saúde, mantiveram-se ou foram reforçadas. Uma das marcas, talvez mais importante, respeita ao cenário demográfico. Assim, finalizada a guerra (1945) o índice sintético de fecundidade (ISF) aumentou, chegando a 2,8 crianças por mulheres em idade fértil, nos países desenvolvidos. Na Europa a população cresceu aceleradamente, à medida que os países se recompunham dos efeitos devastadores da guerra.¹²⁷ Em 1950 o cenário demográfico mundial (Tabela 1) era caracterizado por TM e fecundidade altas e uma E0 baixa. Porém, se diferenciarmos países desenvolvidos (Tabela 2) e países menos desenvolvidos (Tabela 3), deparamo-nos com realidades substancialmente diferentes.

Do conjunto dos *Países desenvolvidos*, se destacarmos as regiões com maior intervenção na industrialização e nos conflitos, Europa (Tabela 4) e EUA (Tabela 5), deparamo-nos na primeira com TM, essencialmente a infantil, muito superiores às dos EUA, TN e de fecundidade mais baixas e E0 também inferiores mas com valores bastante próximos. Estes valores demonstram a vantagem dos EUA. Relativamente aos indicadores respeitantes aos efetivos populacionais e às suas características etárias, a Tabela 6 demonstra que os seus quantitativos, a nível mundial, embora reduzidos eram resultantes

¹²⁴ SOUSA, (sd); CASTRO, (sd); GOLDSTONE, 2010

¹²⁵ Idem

¹²⁶ ARAÚJO, 2000; GOLDSTONE, 2010

¹²⁷ Population Reference Bureau Staff, 1999, *World Population Beyond Six Billion*.

maioritariamente dos países menos desenvolvidos, muito por via da devastação populacional conferida pela guerra.

Tabela 1:
Indicadores demográficos
Mundo
1950/2030

Período	TM (%)	TMI (%)	TN (%)	TFT	E0 (anos)		
	M/F	M/F	M/F	Crianças/Mulher	M/F	M	F
1950-1955	19	135	37.0	4.97	46.9	45.9	47.9
1955-1960	17	122	35.6	4.91	49.4	48.1	50.7
1960-1965	16	115	35.3	5.02	51.1	49.2	53.0
1965-1970	13	94	33.5	4.85	56.5	55.1	57.9
1970-1975	12	86	31.1	4.44	58.8	56.9	60.7
1975-1980	11	80	28.3	3.85	60.7	58.6	62.8
1980-1985	10	71	27.8	3.60	62.4	60.2	64.7
1985-1990	9	63	27.4	3.45	64.0	61.8	66.2
1990-1995	9	59	24.3	3.04	64.8	62.5	67.1
1995-2000	9	55	21.8	2.73	65.6	63.4	68.0
2000-2005	8	48	20.6	2.59	67.1	64.9	69.3
2005-2010	8	42	20.1	2.53	68.7	66.5	71.0
2010-2015	8.1	36.8	19.5	2.50	70.0	67.8	72.3
2015-2020	8.1	33.1	18.5	2.45	71.0	68.8	73.3
2020-2025	8.1	30.2	17.4	2.41	71.9	69.7	74.2
2025-2030	8.3	27.4	16.6	2.37	72.8	70.6	75.1

Tabela 2:
Indicadores demográficos
Países desenvolvidos
1950/2030

Período	TM (%)	TMI (%)	TN (%)	TFT	E0 (anos)		
	M/F	M/F	M/F	Crianças/Mulher	M/F	M	F
1950-1955	10.6	59.6	22.4	2.83	64.7	62.1	67.1
1955-1960	9.7	43.2	21.5	2.81	67.7	64.8	70.1
1960-1965	9.4	32.9	19.7	2.68	69.4	66.3	72.1
1965-1970	9.4	26.4	17.3	2.39	70.3	66.9	73.1
1970-1975	9.6	21.5	16.0	2.15	71.1	67.5	74.1
1975-1980	9.6	18.4	14.9	1.92	72.0	68.2	75.1
1980-1985	9.7	15.1	14.5	1.84	72.8	69.0	76.1
1985-1990	9.7	13.0	13.9	1.81	73.9	70.2	77.1
1990-1995	10.0	10.7	12.4	1.67	74.1	70.2	78.1
1995-2000	10.2	8.7	11.2	1.56	74.7	70.9	78.1
2000-2005	10.3	7.4	11.1	1.58	75.6	71.8	79.1
2005-2010	10.0	6.3	11.4	1.66	76.9	73.4	80.1
2010-2015	10.4	5.6	11.2	1.68	77.7	74.3	81.1
2015-2020	10.6	5.0	11.0	1.71	78.6	75.2	81.1
2020-2025	10.8	4.5	10.7	1.74	79.4	76.1	82.1
2025-2030	11.0	4.0	10.4	1.78	80.1	77.0	83.1

Tabela 3:
Indicadores demográficos
Países menos desenvolvidos
1950/2030

Período	TM (%)	TMI (%)	TN (%)	TFT	E0 (anos)		
	M/F	M/F	M/F	Crianças/Mulher	M/F	M	F
1950-1955	23.1	152.5	43.7	6.08	41.6	41.3	42.0
1955-1960	20.7	140.4	41.8	5.95	44.2	43.5	44.8
1960-1965	19.1	130.7	41.9	6.11	46.0	44.8	47.4
1965-1970	14.2	105.7	39.9	5.93	52.8	52.2	53.4
1970-1975	12.3	96.5	36.6	5.36	55.8	54.6	56.9
1975-1980	10.9	89.6	32.8	4.57	58.0	56.7	59.4
1980-1985	10.0	78.7	31.9	4.18	60.0	58.4	61.6
1985-1990	9.4	68.9	31.2	3.92	61.7	60.2	63.4
1990-1995	8.8	64.9	27.5	3.38	62.7	61.1	64.5
1995-2000	8.4	60.1	24.4	2.99	63.7	62.0	65.5
2000-2005	8.0	53.0	22.9	2.80	65.3	63.7	67.1
2005-2010	7.7	46.4	22.0	2.69	67.0	65.2	68.8
2010-2015	7.6	40.3	21.3	2.63	68.3	66.5	70.2
2015-2020	7.5	36.2	20.0	2.56	69.4	67.5	71.3
2020-2025	7.6	33.0	18.7	2.50	70.4	68.5	72.3
2025-2030	7.8	30.0	17.8	2.45	71.3	69.4	73.3

Legenda: TFT-Taxa de Fecundidade Total; E0-Esperança Média de Vida à Nascimento; M-Masculino; F-Feminino
Elaboração própria. Fonte de dados: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012, *World Population Prospects, the 2012 Revision*.

Tabela 4: Indicadores demográficos –
Europa – 1950/2030

Período	TM (%)	TMI (%)	TN (%)	TFT	E0 (anos)		
	M/F	M/F	M/F	Crianças/mulher	M/F	M	F
1950-1955	11.2	72.3	21.5	2.67	63.6	60.9	66.1
1955-1960	10.2	50.6	20.9	2.66	67.1	64.1	69.7
1960-1965	9.7	37.2	19.0	2.56	69.2	66.0	72.0
1965-1970	9.9	29.7	16.8	2.37	70.0	66.5	73.2
1970-1975	10.2	24.7	15.6	2.17	70.6	66.9	74.1
1975-1980	10.5	21.6	14.8	1.98	71.0	67.0	74.8
1980-1985	10.8	18.1	14.4	1.88	71.6	67.6	75.6
1985-1990	10.6	15.5	13.7	1.82	72.8	68.9	76.5
1990-1995	11.2	12.8	11.5	1.57	72.6	68.3	76.8
1995-2000	11.5	10.4	10.2	1.43	73.1	68.9	77.3
2000-2005	11.6	8.4	10.1	1.43	73.8	69.6	78.0
2005-2010	11.3	6.6	10.8	1.54	75.3	71.3	79.3
2010-2015	11.6	5.8	10.8	1.58	76.1	72.2	80.0
2015-2020	11.8	5.2	10.5	1.61	76.9	73.1	80.7
2020-2025	12.0	4.7	10.0	1.66	77.7	74.0	81.5
2025-2030	12.2	4.2	9.6	1.71	78.5	74.9	82.2

Tabela 5: Indicadores demográficos –
Estados Unidos da América – 1950/2030

Período	TM (%)	TMI (%)	TN (%)	TFT	E0 (anos)		
	M/F	M/F	M/F	Crianças/mulher	M/F	M	F
1950-1955	9.6	30.5	24.4	3.33	68.6	65.8	71.7
1955-1960	9.4	27.3	24.6	3.67	69.6	66.6	73.0
1960-1965	9.5	25.4	22.3	3.40	70.1	66.8	73.6
1965-1970	9.5	22.7	18.1	2.58	70.3	66.8	74.2
1970-1975	9.4	18.4	15.6	2.02	71.3	67.5	75.2
1975-1980	8.8	14.3	14.9	1.77	73.2	69.4	77.0
1980-1985	8.7	11.6	15.5	1.80	74.3	70.7	77.9
1985-1990	8.8	10.4	15.8	1.91	74.9	71.3	78.4
1990-1995	8.7	8.8	15.6	2.03	75.6	72.2	79.0
1995-2000	8.6	7.5	14.4	2.00	76.4	73.4	79.3
2000-2005	8.5	7.0	14.2	2.04	77.1	74.5	79.7
2005-2010	8.2	6.9	14.0	2.06	78.1	75.6	80.6
2010-2015	8.3	6.1	13.2	1.97	78.9	76.4	81.2
2015-2020	8.4	5.5	13.1	1.98	79.6	77.3	81.9
2020-2025	8.5	4.9	13.0	1.98	80.4	78.2	82.5
2025-2030	8.8	4.4	12.7	1.98	81.1	79.0	83.1

Legenda: TFT-Taxa de Fecundidade Total; E0-Esperança Média de Vida à Nascimento; M-Masculino; F-Feminino.
Elaboração própria. Fonte de dados: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012, *World Population Prospects, the 2012 Revision*.

Tabela 6: Mundo, países desenvolvidos e países menos desenvolvidos – População total; maiores de 65 e de 80 anos; população 0-4 anos.

Ano	Mundo			Países desenvolvidos			Países menos desenvolvidos					
	População (milhares)	65+ anos (%)	80+ anos (%)	0-4 anos (%)	População (milhares)	65+ anos (%)	80+ anos (%)	0-4 anos (%)	População (milhares)	65+ anos (%)	80+ anos (%)	0-4 anos (%)
1950	2 525 779	5.1	0.6	13.4	812 943	7.7	1.0	10.2	1 712 836	3.8	0.4	14.9
1955	2 761 651	5.1	0.6	14.7	863 396	8.1	1.1	10.1	1 898 255	3.7	0.3	16.8
1960	3 026 003	5.1	0.6	14.3	915 034	8.5	1.3	9.8	2 110 969	3.6	0.3	16.3
1965	3 329 122	5.1	0.6	14.4	965 809	9.1	1.4	9.1	2 363 314	3.5	0.3	16.6
1970	3 691 173	5.4	0.7	14.1	1 008 230	9.9	1.6	8.3	2 682 943	3.7	0.4	16.3
1975	4 071 020	5.7	0.8	13.3	1 048 126	10.8	1.8	7.7	3 022 894	3.9	0.4	15.2
1980	4 449 049	6.0	0.9	12.3	1 083 077	11.7	2.0	7.2	3 365 971	4.1	0.5	13.9
1985	4 863 602	6.0	1.0	12.2	1 116 068	11.6	2.3	7.0	3 747 533	4.3	0.6	13.7
1990	5 320 817	6.2	1.1	12.1	1 148 278	12.5	2.7	6.7	4 172 538	4.5	0.6	13.6
1995	5 741 822	6.6	1.2	10.9	1 173 484	13.6	3.1	6.0	4 568 339	4.7	0.7	12.1
2000	6 127 700	6.9	1.2	9.9	1 193 355	14.3	3.1	5.5	4 934 346	5.1	0.7	10.9
2005	6 514 095	7.3	1.4	9.4	1 215 149	15.3	3.6	5.4	5 298 945	5.5	0.8	10.4
2010	6 916 183	7.7	1.6	9.3	1 240 935	16.1	4.3	5.6	5 675 249	5.8	1.0	10.1
2015	7 324 782	8.2	1.7	9.1	1 259 588	17.5	4.7	5.6	6 065 194	6.3	1.1	9.8
2020	7 716 749	9.3	1.9	8.7	1 274 929	19.1	5.2	5.5	6 441 820	7.3	1.2	9.3
2025	8 083 413	10.3	2.0	8.2	1 286 157	20.8	5.6	5.3	6 797 256	8.3	1.3	8.8
2030	8 424 937	11.6	2.3	7.9	1 293 905	22.5	6.4	5.2	7 131 033	9.6	1.5	8.4

Elaboração própria. Fonte de dados: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012, *World Population Prospects, the 2012 Revision*.

A análise das duas regiões referidas (Tabela 7), revela que no período pós guerra, o contributo para os quantitativos populacionais dos países desenvolvidos advém da Europa, demonstrando o seu peso demográfico, situação que se manterá, até 2030.¹²⁸

Em termos de estrutura etária (Tabelas 6 e 7), no período pós-guerra imediato a população era jovem a nível mundial, com uma percentagem diminuta de idosos e uma percentagem de jovens reveladora de sustentabilidade demográfica, sendo que já nesta época existiam diferenças consideráveis entre regiões. Os países menos desenvolvidos apresentavam um percentual de jovens muito superiores aos países desenvolvidos e estes últimos apresentavam um percentual de idosos superior ao primeiro, sendo que os EUA detinham percentuais superiores à Europa no que respeita aos maiores de 65 e à população entre os 0 e os 4 anos (Tabela 7). O total de efetivos populacionais a nível mundial era relativamente baixo, no entanto a TN e de fecundidade total eram relativamente altas, prevendo-se que rapidamente se reporiam as perdas populacionais resultantes do período de guerra, embora os territórios mais afetados apresentassem percentuais mais modestos.

¹²⁸ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012, *World Population Prospects, the 2012 Revision*.

Tabela 7: Europa e Estados Unidos da América - População total; maiores de 65 e de 80 anos; população 0-4 anos.

Ano	Europa				Estados Unidos da América			
	População (milhares)	65 e mais anos (%)	80 e mais anos (%)	População 0-4 anos (%)	População (milhares)	65 e mais anos (%)	80 e mais anos (%)	População 0-4 anos (%)
1950	549 043	8.0	1.0	9.4	157 813	8.3	1.1	10.9
1955	576 912	8.4	1.2	9.7	170 939	8.8	1.3	11.3
1960	605 517	8.8	1.3	9.4	186 362	9.1	1.4	11.2
1965	635 004	9.5	1.4	8.9	199 686	9.5	1.6	10.0
1970	657 369	10.5	1.6	8.1	209 891	9.8	1.8	8.5
1975	677 662	11.5	1.8	7.6	219 439	10.5	2.1	7.5
1980	694 510	12.4	2.0	7.2	230 176	11.3	2.3	7.2
1985	709 189	11.9	2.4	7.0	241 870	11.9	2.5	7.5
1990	723 248	12.7	2.8	6.7	254 507	12.5	2.8	7.5
1995	729 743	13.9	3.2	5.7	268 040	12.6	3.0	7.3
2000	729 105	14.7	2.9	5.1	284 594	12.4	3.2	6.8
2005	732 970	15.9	3.5	5.0	298 166	12.3	3.4	6.7
2010	740 308	16.3	4.2	5.3	312 247	13.1	3.6	6.5
2015	743 123	17.3	4.6	5.4	325 128	14.7	3.7	6.5
2020	743 569	18.9	5.1	5.3	337 983	16.6	3.9	6.4
2025	741 020	20.6	5.3	5.0	350 626	18.6	4.3	6.4
2030	736 364	22.4	6.0	4.8	362 629	20.1	5.3	6.3

Elaboração própria. Fonte de dados: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012, *World Population Prospects, the 2012 Revision*.

O período pós guerra caracterizou-se pelo surgimento de um cenário de paz entre Estados, alicerçado na criação de uniões e organizações estatais, de entre elas a ONU (1945), que com o Tratado de Londres, em 1949, materializou o intuito de promover a democracia e proteger os Direitos do Homem e o Estado de direito na Europa. Neste espaço temporal tem início o período da Guerra-fria (1945 – 1991)¹²⁹, mas o clima de tensão política não se refletiu negativamente nos indicadores demográficos¹³⁰ e todos os indicadores evoluíram favoravelmente de acordo com os pressupostos que o desenvolvimento foi ditando, como sejam o aumento da população a nível mundial (repondo as perdas), a diminuição gradual da natalidade, a diminuição do peso da população jovem e aumento da população com mais de 65 e 80 anos, com as diferenças regionais, anteriormente referidas, a manterem-se e até a acentuarem-se.¹³¹ Mais uma vez esta evolução é mais visível nas regiões e países desenvolvidos do que nos restantes (Tabelas 1 a 7).

A seguir à criação da ONU outras organizações e uniões estatais surgiram, como a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (1951) que em 1957 se tornou na Comunidade Económica Europeia (CEE) com a implementação do “*Mercado Comum*” e a Comunidade

¹²⁹ Sendo que no final da década de 1980, a inexistência de democracia, o atraso económico e a crise nas repúblicas soviéticas abreviaram a crise do socialismo e em 1989 cai o Muro de Berlim dando-se a reunificação da Alemanha. No princípio da década de 1990, o presidente vigente da União Soviética Gorbachev, compeliu ao fim do socialismo no território nacional e no território dos aliados, seguindo-se reformas económicas, acordos com os EUA e transmutações políticas, conduzindo à debilidade do sistema e ao fim de um período de choques políticos, ideológicos e militares, simbolizados pela extinção da União Soviética em 1991 e conseqüente fim do período da Guerra Fria.

¹³⁰ GOLDSTONE, 2010

¹³¹ GOLDSTONE, 2010

Europeia da Energia Atómica (Euratom), cujos objetivos são a livre circulação das pessoas, das mercadorias e dos serviços entre os Estados-Membros.

Este período de reagrupamento familiar e de paz, contribuiu para que a sustentabilidade demográfica dos países intervenientes nos conflitos não tenha sido colocada em risco. No período 1950 a 1965, as TN mantiveram-se elevadas, aumentando a população e repondo as perdas, conforme se observa nas Tabelas 2, 4, 5, 6, 7. Este período, pela sua alta TN, ficou conhecido como o período do “*Baby Boom*”, estando estas crianças atualmente incluídas, ou muito próximas, do grupo populacional maior de 65 anos (são os nossos idosos atuais). A partir deste período e até 1990, nas regiões desenvolvidas, os níveis de natalidade, fecundidade e mortalidade foram diminuindo e a E0 aumentou, caminhando paulatinamente para o envelhecimento demográfico. Nos países menos desenvolvidos as TM, TN e de fecundidade diminuíram, mas mantiveram-se com valores altos, a E0 também aumentou, mas mantem-se sempre abaixo dos países desenvolvidos (Tabela 3).

Relativamente à CEE, no decorrer dos anos mais países europeus foram aderindo à Comunidade, destes destacamos a adesão de Portugal em 1986, e em 1993 é alcançado o *Mercado Único*, com a conceção das *quatro liberdades*: livre circulação de mercadorias, de serviços, de pessoas e de capitais. No decorrer da década de 90 são firmados mais dois tratados importantes: o *Tratado da União Europeia* e o *Tratado de Maastricht* em 1993 que estabelece a denominação de UE. Ainda nesta década assinaram-se os *Acordos de Schengen*, abolindo o controlo fronteiriço e a comunicação passa a estar mais facilitada à medida que prolifera a utilização do telemóvel e da Internet.¹³² Este fator relativamente à saúde foi de extrema relevância facilitando a generalização da investigação e do saber.

A análise da Tabela 4 demonstra de que estes desenvolvimentos políticos e económicos se refletiram nos indicadores demográficos europeus, uma vez que entre o início da década de 90 e 2005 a TMI reduziu para metade (de 15,5‰ para 8,4‰) e a E0, ultrapassou a barreira dos 70 anos. Porém o indicador de fecundidade total¹³³, fazia vislumbrar um risco de sustentabilidade demográfico ao atingir níveis que não garantem a renovação das gerações¹³⁴ e prospetivando¹³⁵ que se poderia chegar, ao cenário que hoje se conhece, da diminuição dos saldos naturais¹³⁶. Sustentando-se esta noção no facto de a diminuição da fecundidade se relacionar com o desenvolvimento e transformação da

¹³²União Europeia, Uma Europa sem fronteiras.

¹³³ Número de nascimentos por cada 1000 mulheres em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade.

¹³⁴ 2,1 filhos em média por mulher, corresponde ao valor mínimo que garante a renovação das gerações.

¹³⁵ Decorrente de fazer prospetiva

¹³⁶ Saldo natural ou saldo fisiológico, é igual à diferença entre o número de nados-vivos e o número de óbitos, num determinado período de tempo (geralmente um ano civil)

sociedade¹³⁷ e este se espelhar no aumento da escolaridade, aumento do investimento individual na carreira profissional, alteração das estruturas tradicionais de família¹³⁸, vulgarização da adoção de métodos contraceptivos, entre outros fenómenos, como sejam o aumento da idade a quando do casamento e as práticas abortivas. Sendo que este cenário prospetivo se concretizou, uma vez que os níveis de fecundidade no período 1990-2005 registaram decrescimento (de 1,57 para 1,43) e manteve-se o padrão iniciado no período 1975 – 1980. A Tabela 7, relativa á Europa, demonstra o que afirmamos anteriormente, ao apresentar um crescimento moderado da população geral, o decrescimento do grupo 0-4 anos e o crescimento do número de indivíduos com mais de 65 anos, demonstrativo dos avanços nas áreas da saúde promotoras das melhorias na saúde da população e consequente aumento da E0. Este cenário de aumento populacional moderado, diminuição da TMI, diminuição da taxa de fecundidade total, consequentemente diminuição dos efetivos populacionais entre os 0 e os 4 anos, e aumento da E0 (aumento da população com 65 e 80 e mais anos), é visível também nos EUA e no geral dos países desenvolvidos, mas embora seja visível nos países menos desenvolvidos é em proporções diferentes.

Atualmente a UE é constituída por 28 Estados-Membros e vigora o Tratado de Lisboa que afiança uma Europa de direitos e valores, liberdade, solidariedade e segurança, com a defesa dos valores da União, a inserção da Carta dos Direitos Fundamentais no direito primário europeu, a formação de novos mecanismos de solidariedade e a garantia de mais proteção para os cidadãos europeus. Reforça o papel da Europa enquanto ator na cena mundial, com a junção dos instrumentos de política externa da União, tanto na elaboração como na adoção de novas políticas.¹³⁹ A nível dos outros países do mundo, outras formas de coligação e de acordos foram sendo desenvolvidas de forma a manter a paz e a prosperidade económica. Neste seguimento, não poderíamos deixar de referir o Processo de Globalização, caracterizado pelas crescentes interdependências dos Estados a nível internacional, principalmente no que aos mercados e comércio diz respeito, mas também aos meios de comunicação e de transportes, à sociedade e à forma de vida dos indivíduos. Este processo foi principalmente impulsionado pelas tecnologias de informação e comunicação. Relativamente ao aspeto económico e financeiro segundo Félix Ribeiro¹⁴⁰ “(...) *O aspeto principal da globalização é a constituição de um “pool” mundial de poupanças, disponível*

¹³⁷ Para a comumente designada *sociedade de consumo*

¹³⁸ Advindas das mutações impressas desde as guerras, como seja a implementação da participação da mulher no mercado de trabalho, alterando de forma irreversível o quadro tradicional das mulheres enquanto cuidadoras.

¹³⁹ União Europeia, *O Tratado em poucas palavras*.

¹⁴⁰ RIBEIRO, 2007

para investimento em qualquer parte do mundo através dos mercados de capitais – crescentemente integrados – e do papel central dos investidores institucionais e dos bancos de investimento no sistema financeiro internacional (...)”. Decorrente deste aspeto várias crises mundiais foram surgindo, das quais destacamos, pela sua atualidade, a crise financeira que assolou a economia mundial, e que se refletiu em Portugal, iniciada em setembro de 2008 e exigiu a cooperação económica entre os países da UE, com resultados visíveis até à atualidade e imprimindo alterações substanciais aos diferentes níveis políticos e sociais, designadamente ao nível demográfico, da saúde e da educação.

Todos estes processos históricos provocaram no cenário demográfico alterações eventualmente irreversíveis, nos países desenvolvidos e cumulativamente nos menos desenvolvidos, embora mantendo o perfil anteriormente mencionado de desfasamento temporal. Assim, a Tabela 1 demonstra que todas as taxas apresentadas diminuíram consideravelmente e a E0 aumentou de forma evidente. Estes valores são francamente reforçados nos países desenvolvidos (Tabela 2) e este panorama de decréscimo de todos os indicadores relacionados com a mortalidade e natalidade e aumento da E0, é visível também nos países menos desenvolvidos (Tabela 3). Analisando a Europa (Tabela 4), pela sua importância política para Portugal, observamos que a TMI, de 1950 para 2010, decresceu de 72,3‰ para 6,6‰, a E0 aumentou de 63,6 anos para 75,3 anos, com as mulheres a atingirem os 79,3 anos, indicadores demonstrativos dos avanços ao nível da saúde. A TN diminuiu de 21,5‰ para 10,8‰ e a taxa de fecundidade total de 2,67 para 1,54, revelando as alterações sociais ocorridas e assumindo a incapacidade de renovação das gerações.

O mundo entre 1950 e 2010 quase triplicou a sua população (Tabela 6), sendo os países menos desenvolvidos (Tabela 7) os grandes responsáveis. A população maior de 65 anos manteve-se em crescendo até 2010 (Tabela 6) e a população incluída no intervalo 0-4 anos foi perdendo importância sobretudo nas regiões desenvolvidas (Tabela 6) e expressivamente na Europa (Tabela 7). Em 2010 a Europa detinha um quantitativo populacional muito baixo (740308 milhares), um percentual de maiores de 65 anos de 16,3% e os maiores de 80 anos representavam 4,2% da população, ao que se acrescenta (agravando o cenário e conduzindo a graves problemas de sustentabilidade aos diversos níveis) que a população dos 0 aos 4 anos representava apenas 5,3% da população total.

O quadro apresentado mantém-se hoje e imprimiu, de forma irrefutável e irremediável, o designado fenómeno da globalização do envelhecimento demográfico, com o peso dos idosos a tornar-se bastante superior ao dos jovens, nos países desenvolvidos e de forma preocupante na Europa, com os países menos desenvolvidos a evoluírem

paulatinamente neste sentido por influência dos primeiros. Fenómeno este agravado pela mobilidade de indivíduos para os países de origem, mas melhorado para os países de acolhimento, que na sua maioria se encontram em posição de dependentes desta mobilidade para a manutenção do rejuvenescimento populacional. Mas o fenómeno do envelhecimento demográfico, dentro dos Estados tem desigualdades regionais que, na sua maioria, advém da crescente urbanização das populações, aumentando o percentual de idosos nas regiões rurais, e da alteração das estruturas familiares tradicionais que tem vindo a refletir-se na diminuição da natalidade, essencialmente nas cidades onde as famílias alargadas são tendencialmente inexistentes. Quadro gerador de desafios para os Estados e sociedades, nomeadamente no que à sustentabilidade financeira diz respeito e a todas as áreas da governação, designadamente à produção de políticas de saúde. De acordo com os estudos prospetivos, os indicadores vão sofrer agravamentos, no que à sustentabilidade demográfica e ao envelhecimento demográfico dizem respeito, conforme é visível nas Tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7, relativamente aos cenários dos períodos até 2030, com a Europa na liderança¹⁴¹.

Na verdade, o envelhecimento demográfico é o resultado final da transição demográfica, epidemiológica e sanitária e a nível mundial está a acontecer a diferentes velocidades, ou seja, se por um lado temos países (desenvolvidos) onde já se instalou, por outro lado temos outros (menos desenvolvidos) onde se está a iniciar. Este início é visível no aumento da E0, implicando aumento de população idosa, não sendo ainda tão visível na diminuição da população jovem, uma vez que os comportamentos humanos não são fáceis de alterar e as TN e a fecundidade mantêm-se com valores muito altos, embora pontualmente já se consiga perceber uma descida ténue. Apesar da variedade de situações na atualidade, a tendência mundial aponta para o aumento de percentagem de idosos no mundo e para a progressiva diminuição da percentagem de jovens. Prevê-se que o processo de envelhecimento atinja o seu máximo entre 2030-2050 no grupo dos países desenvolvidos. Nos restantes tal acontecerá antes do final do século, mas através de um processo muito mais rápido, implicando maiores dificuldades na adaptação a nível político, económico e social, por serem mais populosos, terem níveis de desenvolvimento humano mais baixos e não têm, ou são débeis, sistemas de proteção social. Relativamente à proteção social coloca-se um problema difícil de resolver, por a solidariedade familiar não conseguir suprir as falhas de proteção estatal¹⁴². Para além de que se está a instalar, de forma relativamente

¹⁴¹Apresentamos os cenários prospetivos até 2030 por se aproximar do limite temporal em análise nesta tese.

¹⁴²Uma vez que, por exemplo em África e parte da Ásia, a sida e a guerra mata os descendentes.

rápida, o modelo de vida moderno urbano indutor da diminuição do número de filhos, aumenta o desemprego, o isolamento e reduz-se o estatuto do idoso.

Importa olhar o fenómeno do envelhecimento demográfico não só como algo negativo, mas também perceber as suas potencialidades. Interessa perceber o papel importante que os idosos têm a nível económico, uma vez que detêm o conhecimento prático dos modos de produção, transmitem património material e imaterial às gerações seguintes, detêm o saber relativo à capacidade de gerar e usar poupanças. Os mais velhos têm um papel social preponderante enquanto agentes de educação e socialização, com uma relação própria com os valores sociais, através das transferências intergeracionais da história, património e tradição. Quando questionada a sua importância na sociedade, importa salvaguardar a sua vulnerabilidade em termos económicos, face à saúde e aos afetos, à sua desvalorização na sociedade moderna, que de algum modo os renega para segundo plano, por norma institucionalizando-os e retirando-lhe individualidade, identidade e valores.

Estes problemas ou questões desenrolam-se num pano de fundo marcado por diferencialidades, devido à feminização do envelhecimento, aos diferentes contextos afetivos e de suporte familiar, de rendimento e de instrução. Com o aumento da E0 aumentam o número dos muito idosos, ou seja os que têm mais de 80 anos e aumenta a percentagem de pessoas a viver sós, sobretudo mulheres viúvas, como resultado da diferente sobrevivência dos homens e das mulheres. Tendo a noção de que os idosos são mais suscetíveis à doença e recorrem mais aos serviços de saúde, dever-se-ia falar em *esperança média de vida saudável* e não em E0, per si, uma vez que nos deveríamos começar a preocupar com a manutenção da vida, até ao seu fim, com qualidade, funcionalidade e independência. O envelhecimento tornou-se num dos fenómenos mais marcantes da evolução demográfica, com impacto nos sistemas e cuidados de saúde, enfrentando novos desafios, devido ao aumento de pessoas idosas e porque as afeções associadas à idade podem conduzir à dependência extrema.¹⁴³

De forma sumária podemos afirmar que no período pós guerra e até à atualidade, nos países desenvolvidos, numa primeira fase, o contributo positivo facultado pelos melhoramentos ao nível político, nas condições higiénicas, sanitárias, de saúde e alimentares, induziram a transformações no modo de vida das populações, configurando crescimento populacional, ou seja a TM diminuiu, a E0 aumentou, ao que se somou o

¹⁴³ GONÇALVES & CARRILHO, 2007; Comissão Europeia, 2012, *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*; INE, 2012, *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*; NAZARETH, 2009; ONU, 2009; Population Reference Bureau, 2005; LEÃO et al, 2011;

aumento do ISF. Numa segunda fase e até hoje a TM continuou a diminuir, a E0 a aumentar e, ao contrario da primeira fase, o ISF diminuiu de forma drástica, levando ao aumento lento ou mesmo à diminuição dos efetivos populacionais nacionais, ou seja no saldo natural, e ao envelhecimento demográfico, induzindo à conclusão da transição demográfica, a qual é interdependente da transição sanitária e da epidemiológica. O referido processo de transição ainda não se concluiu nos países menos desenvolvidos, encontrando-se os mesmos em diferentes fases, colocando-os como responsáveis do atual aumento populacional.¹⁴⁴

O capítulo seguinte tem como objetivo refletir sobre a interferência que o aumento da idade, ou seja o envelhecimento individual, tem sobre o organismo humano e a importância que é conferido a este facto, pela política internacional e regional. Surge nesta fase a intervenção da variável *nível de instrução*, enquanto determinante decisivo do estado de saúde dos indivíduos, bem como o conceito de qualidade de vida, na produção documental das organizações internacionais. Este capítulo reveste-se de importância por via da Base X da Lei de Bases da Saúde¹⁴⁵ relativa às Relações internacionais a qual determina¹⁴⁶ que “(...) *1-Tendo em vista a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, o Estado Português reconhece as consequentes interdependências sanitárias a nível mundial e assume as respectivas responsabilidades. 2-O Estado Português apoia as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a OMS, coordena a sua política com as grandes orientações dessas organização e garante o cumprimento dos compromissos internacionais livremente assumidos. 3-Como Estado membro das Comunidades Europeias, Portugal intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participa nas acções que se desenvolvem a esse nível e*

¹⁴⁴Population Reference Bureau Staff, 2004; Population Reference Bureau Staff, 2009; Population Reference Bureau Staff, 1999. *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*; Population Reference Bureau Staff, 2005; RODRIGUES & MOREIRA, 2005

¹⁴⁵ Aprovada pela Lei nº 48/90, com as alterações introduzidas pela Lei nº 27/2002

¹⁴⁶ No cumprimento do que a teoria dos regimes afirma, entendendo-se “regime” como sendo os princípios implícitos ou explícitos, as normas, as regras e os procedimentos de tomada de decisão, em torno do qual as expectativas dos atores convergem em uma determinada área das Relações internacionais (Krasner, 1983)* ou seja «(...) *“conjunto de disposições governamentais” que incluem “redes de regras, normas e procedimentos que regulam os comportamentos e controlam os seus efeitos”*(...) Assim, num sistema internacional composto por Estados soberanos, a função básica dos regimes é coordenar o comportamento dos Estados por forma a alcançar o resultado desejado, no contexto do regime, numa questão particular (...)» (Pinto, 2014)*. Referimo-nos assim a regimes internacionais. Estes pressupostos aplicam-se à construção da ONU e da OMS enquanto organização do Sistema das Nações Unidas e também à UE, no entanto “(...) *a evolução do processo de integração europeia – que pode ter-se iniciado através da existência de um ‘regime internacional’ em áreas políticas específicas – há muito ultrapassou os limites conceptuais definidos. Não só pelo alargamento da cooperação a um vasto leque de áreas políticas, mas também porque passou a existir um sentimento de partilha e pertença coletiva mais profundo – desnecessário à existência dos regimes internacionais – e que está na base da identidade política europeia (...)*” (Pinto, 2014)*. * in HASENCLEVER et all, 1997; PINTO, 2014

assegura as medidas a nível interno decorrentes de tais decisões. 4-Em particular, Portugal defende o progressivo incremento da acção comunitária visando a melhoria da saúde pública, especialmente nas regiões menos favorecidas e no quadro do reforço da coesão económica e social fixado pelo Acto Único Europeu (...)”. Ou seja, a política de saúde internacional, da ONU e especificamente da OMS, e da UE, tem interferência direta na nacional desde o momento da assinatura e ratificação da Carta das Nações Unidas (14 de dezembro de 1955), da adesão à OMS (assinada a constituição em 22 de julho de 1946) e à UE com a assinatura do tratado de adesão à CEE (12 de junho de 1985)¹⁴⁷. Torna-se, assim, imprescindível perceber o percurso das preocupações destas organizações com a temática em estudo, bem como o enfoque das preocupações atuais. De forma a perceber a adequação destas preocupações a nível dos Estados-Membros, damos como exemplo o caso da Suécia, por ser o Estado-Membro das organizações em causa, considerado como o que tem melhores práticas no apoio aos idosos. O que apresentamos é resultado de revisão bibliográfica; da análise de documentos das organizações em análise: ONU, OMS, UE; e da análise da tomada de decisão política da Suécia.

I.3. Idosos, saúde e política. A importância dos idosos e dos determinantes da saúde no contexto político internacional

I.3.1. Idosos, saúde, qualidade de vida e nível de instrução. Determinantes decisivos para as organizações internacionais.

O processo de envelhecimento do organismo humano inicia-se no momento em que se nasce. No entanto, a determinada altura este processo incrementa-se com a deterioração funcional, conduzindo a prazo à morte. A idade cronológica do indivíduo tem pouca representação no que respeita à saúde, mas a probabilidade de doença aumenta em relação direta com a idade. Por seu turno a idade biológica assume grande importância no que concerne ao desenvolvimento de processos de doença. Falamos de alterações que o organismo sofre, com as agressões a que está exposto, que são proporcionais à idade cronológica. O envelhecimento, considerado habitual, é o que se desenvolve na maioria da

¹⁴⁷ Dando seguimento ao fundamento da teoria dos regimes internacionais, as organizações internacionais e a ONU, OMS e UE em particular personalizam-nos e são essenciais uma vez que *os regimes não são mais do que conjuntos de princípios, normas, regras e procedimentos aceites pelos Estados, não usufruindo da capacidade de agir, enquanto que as organizações podem responder a eventos, para além de que, exemplificado pela ONU, a área de atividade de uma organização internacional não necessita de ser restrita a um problema de uma área específica das relações internacionais, enquanto que os regimes são por definição instituições relativas a questões específicas (issue-specific institutions). Ao que se acrescenta que algumas das funções atribuídas aos regimes, como seja a recolha e disseminação de informação, dificilmente pode ser realizada sem o auxílio de uma estrutura organizacional incorporado no regime.* (HASENCLEVER et al, 1997)

população mesmo com as doenças normais associadas à idade. Este inclui debilidade muscular, lentidão dos movimentos, perda do equilíbrio e da memória. No entanto, este processo de envelhecimento, que era considerado como fatal, veio a provar-se ser, maioritariamente, o resultado de estilos de vida pouco saudáveis ou da existência de patologias que são passíveis de se prevenir, tratar ou reverter e minoritariamente resultado do envelhecimento em si. A idade biológica torna-se preponderante no processo de perda de capacidades do organismo, relativamente à idade cronológica. Considera-se, ainda, a idade psicológica, relacionada com os comportamentos e com a forma como o indivíduo se sente, estando, por norma, dependente da atividade física, intelectual, perspectivas de futuro e manutenção ou ausência de objetivos de vida.

Os conceitos abordados anteriormente relacionam-se com o conceito de envelhecimento saudável, o qual objetiva a conservação da saúde física e mental, evitar as doenças e manter-se ativo e independente, tornando este modelo de envelhecimento no desejável e expectável. Exige um estilo de vida saudável e a adoção de comportamentos saudáveis que reduzem o risco de desenvolver doença. Implica desenvolver o mais precocemente, uma dieta nutritiva, exercício físico regular e atividade mental efetiva. Efetivamente, o organismo vai se alterando com a idade e a exposição às agressões, devido às transformações que ocorrem nas células e nos órgãos e que alteram as funções orgânicas e o aspeto do corpo. Durante o processo de envelhecimento orgânico as células vão declinando a sua função e acabam por morrer. Como tudo no organismo humano está interligado, com esta alteração a nível celular os órgãos são afetados, mas existem órgãos que não perdem muitas células com o envelhecimento, como o cérebro (referimo-nos a um cérebro que não sofreu patologias, como acidentes vasculares cerebrais). Não obstante, os constituintes cerebrais sofrem alterações bioquímicas implicando reduções na função cerebral e consequentemente lentificação desta¹⁴⁸. As alterações orgânicas relacionadas com a idade, por norma, não são muito perceptíveis no processo de realização das atividades da vida diária, pois a perturbação relaciona-se com lentidão nas mesmas o que facilmente se encobre, mas assumem visibilidade a quando da exigência de esforço acrescido ao padrão habitual, ou quando existe uma perturbação¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Por exemplo no que respeita ao vocabulário, memória a curto prazo, capacidade de aquisição de novas aprendizagens e de recordar.

¹⁴⁹ Damos como exemplo o facto de que a quantidade de sangue bombeado pelo coração durante o exercício físico vigoroso, diminui com a idade, assim só existe perceção disto aquando de desenvolvimento de atividade física intensa quer em termos absolutos quer em termos relativos à atividade normalmente desenvolvida pelo indivíduo. Poderá existir perceção do mesmo fenómeno a nível cerebral, quando pretendem desenvolver uma atividade intelectual diferente da normalmente desenvolvida, ou quando se pretende aquisição de novos

A situação psicológica, económica e sociológica condiciona os comportamentos dos idosos podendo levar à inatividade e conseqüente destruição funcional aos vários níveis. Bem como, o medo e as preocupações e a solidão podem levar à apatia induzindo à perda de capacidade para realizar atividades. Os idosos que estão bem inseridos na família ou numa comunidade, participam em atividades regulares, têm rendimentos adequados e têm um nível de instrução superior, por norma mantêm-se mais saudáveis e vivem mais.¹⁵⁰ O processo de envelhecimento do ser humano é duas vezes superior nas mulheres em relação aos homens do mesmo grupo etário e mais prevalente em indivíduos de raça negra relativamente à raça branca. Estas incapacidades, quando decorrentes de patologias e não somente do processo normal de envelhecimento, estão em geral relacionadas com alterações músculo-esqueléticas¹⁵¹. As doenças crónicas mais comuns em pessoas com mais de 65 anos são: artrite; hipertensão arterial; doença cardíaca; perda auditiva; patologias dos ossos, ligamentos e tendões; cataratas; sinusite crónica; diabetes; zumbidos nos ouvidos; perda de visão. As principais causas de morte para o mesmo grupo etário são: doença cardíaca; cancro; acidentes vasculares cerebrais e doenças relacionadas; doença pulmonar obstrutiva crónica e doenças relacionadas; gripe e pneumonia; diabetes mellitus; doença de Alzheimer; insuficiência renal; infeções sanguíneas; acidentes excluindo os de trânsito e por último os acidentes de trânsito.¹⁵² A análise desta listagem, e dos seus fatores de risco, evidencia que a maioria das patologias podem ser evitáveis, através da prevenção e vigilância, designadamente recorrendo aos serviços de saúde que prestam cuidados de saúde primários, e com o assumir de estilos de vida saudáveis.

Um relatório da Comissão Europeia de 2012¹⁵³, afirma que a prevalência de problemas de saúde é maior nos idosos e muitas das causas de doença e morte são passíveis de ser prevenidas¹⁵⁴. O aumento da população idosa resultará no acréscimo da solicitação dos produtos e serviços de saúde, com o aumento da população com 80 e mais anos a agravar este cenário e a requerer mais serviços de suporte, nomeadamente cuidados domiciliários e cuidados de longa duração em unidades residenciais e de internamento. Esta noção, é reforçada com a evidência de que no futuro mais idosos viverão sozinhos, refletindo as alterações das estruturas familiares de suporte. Neste sentido, se não se alterar

conhecimentos. Ressalvamos que a perda de capacidade orgânica pode estar relacionada com a existência de patologia e neste ciclo a patologia induz à mesma perda.

¹⁵⁰MERCK & DOHME, 2004

¹⁵¹ Como as artrites, fraturas do colo do fémur e entorses

¹⁵²SALDANHA, 2009

¹⁵³ Comissão Europeia, 2012, *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*.

¹⁵⁴ Caso das doenças cardiovasculares e da diabetes tipo II.

o estado de saúde da população e não se efetuarem reformas nos sistemas sociais e no mercado de trabalho que promovam um envelhecimento ativo e mais saudável, as alterações demográficas resultarão no aumento da pressão nos orçamentos públicos para a saúde e cuidados de longo termo, reforçado pelo facto de que os idosos são quem mais recorre aos serviços de saúde. Em 2009 quase metade da população (48,2 %) da UE com 65 e mais anos foram ao médico pelo menos seis vezes durante o ano e mais de 25% foi dez ou mais vezes. Na UE as altas hospitalares aumentam em função da idade, de tal forma que em média cada indivíduo com 95 anos tem alta hospitalar mais do que uma vez por ano. Conforme afirma o relatório, é compreensível que por via das alterações físicas e orgânicas apresentadas e por via das alterações sociais, como sejam as estruturas familiares, os idosos tendencialmente recorram mais aos serviços de saúde. Nas sociedades modernas acontece a diminuição dos cuidados de saúde informais, uma vez que existe alteração das estruturas familiares (tornaram-se mais reduzidas e instáveis), desagregação das redes familiares de solidariedade e crescente participação da mulher no mercado de trabalho (eram as principais prestadoras de cuidados de saúde informais). O aumento da população com mais de 65 anos e mais de 80 anos, implica grandes desafios para a saúde dos países. Uma vez que o cenário será pautado por maior número de idosos e duração de vida mais longa, isolamento geográfico, social e afetivo dos idosos, idosos e doentes crónicos sem suporte familiar, falta de apoios concretos da família e para a família, aumento das doenças próprias do envelhecimento: doenças crónicas e de evolução prolongada; alto risco de dependência física e/ou psíquica, responsável pela perda de mobilidade e de autonomia; aumento do número e dos consumidores de cuidados de saúde; maiores exigências quanto à garantia da qualidade de vida dessas pessoas e à complexidade dos cuidados. Relativamente ao tipo de doentes, os serviços de saúde deparam-se com: doentes crónicos com variável grau de dependência; doentes geriátricos, com patologias próprias; doentes crónicos com doença avançada, incurável e terminal e com escassa ou nula possibilidade de assumir o tratamento específico para a patologia de base. Contextualmente, deparamo-nos com a necessidade de desenvolver uma oferta específica de cuidados, tais como, cuidados continuados e paliativos, que garantam a qualidade de serviços, acessibilidade a toda a população utente e à família, bem como sustentabilidade financeira.¹⁵⁵

O *Global health and ageing*¹⁵⁶ afirma que nos países, que dispõem de sistemas de saúde implementados de tratamento e de cuidados de longo termo, o uso dos serviços de

¹⁵⁵ Comissão Europeia, 2012, *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*.

¹⁵⁶ Organização Mundial da Saúde, 2011, *Global health and ageing*.

saúde, pelos adultos, eleva-se com o aumento da idade. A maioria dos idosos atuais têm filhos e netos que poderão prestar-lhes cuidados, mas os futuros, se o padrão de natalidade se mantiver, não terão este suporte, ou seja, a tendência atual implicará diminuição do potencial suporte pela família. A este fenómeno soma-se a atual tendência de alteração das estruturas familiares, por via de fatores como divórcios e migrações, implicando o crescente quadro de idosos a viverem sós (já atualmente em alguns países europeus mais de 40% das idosas vive sozinha)¹⁵⁷. Afirmam, ainda, que a maioria dos idosos atuais prefere viver nas suas casas e sós. Não obstante, com o aumento da longevidade, os mais velhos perdem as capacidades que lhes permitem autonomia, por via da sua limitada mobilidade e funcionalidade. A maioria requer cuidados de longa duração incluindo cuidados de saúde domiciliários, cuidados comunitários, residências de vida assistida e hospitais.

Um outro estudo¹⁵⁸, afirma que a necessidade de cuidados de saúde prende-se com o estado de saúde do indivíduo e o local onde os cuidados de saúde lhe são administrados (em instituições ou no domicílio e se está dependente da estrutura familiar e dos meios que detêm), ao que acresce fatores socioeconómicos. Um idoso com boa saúde pode viver sozinho, em situação de doença pode viver em sua casa se viver com alguém que lhe preste os cuidados necessários. Ou seja, este cenário implica que as projeções sobre as necessidades futuras de cuidados de saúde suportam-se, em pressupostos sobre as tendências futuras de saúde, enquanto que as projeções de necessidades de cuidados devem ter em consideração as estruturas informais de suporte que são espectáveis para os futuros idosos, designadamente a existência de cônjuge, de filhos e netos. Não basta conhecermos o perfil de saúde dos idosos para aferir o espectável afluxo de pessoas aos serviços de saúde, é necessário traçar o perfil socioeconómico desta população para se conseguirem resultados mais acertados. O relatório conclui que os melhoramentos a concretizar na saúde deveriam ter em consideração a população idosa e a perspectiva de que esta população irá aumentar. Embora nos próximos 25 anos, o suporte familiar irá elevar-se, por exemplo por via do facto de que a E0 dos homens irá dilatar-se e estes mantêm melhores estados de saúde que as mulheres, e que o número de idosos a viver só, irá aumentar de forma mais ténue, sendo estes últimos os que mais necessidades têm de cuidados de saúde. No entanto, com os melhoramentos visíveis e os previsíveis, ao nível da saúde e dos cuidados de saúde, supõem, que as maiores necessidades de saúde dos idosos sem suporte familiar irão diminuir ou estabilizar. Referem ainda que a maioria dos idosos dependentes, no futuro, terá o apoio de

¹⁵⁷ Idem

¹⁵⁸ DOBLHAMMER et al in GAYMU et al, 2008

um companheiro e terão maior grau de instrução. Não obstante, à medida que a população dependente envelhece, o aumento do número de homens que têm que lidar com as incapacidades da sua companheira e o aumento da E0 dos casais em que ambos apresentam incapacidades funcionais, sugerem uma necessidade adicional de cuidados de saúde prestados por profissionais, aumentando a sobrecarga dos serviços de saúde. Deverá este facto ser uma prioridade a considerar na política de saúde, não descurando os idosos com ausência de suporte familiar.

Conforme referido anteriormente, o grau de instrução assume relevância na caracterização do perfil do idoso do futuro e na determinação das suas necessidades. Com efeito o nível de instrução, é em larga escala determinante do processo de gestão do binómio saúde/doença. Esta questão deverá ser olhada a diferentes níveis, por um lado o impacto da situação económica do individuo e por outro o *input* que a detenção de maior instrução pode ter neste processo. De facto, os indivíduos com maior grau de instrução, por norma, têm atividades laborais diferenciadas o que lhes confere maior capacidade económica para pagar os meios necessários para atingir uma vida saudável (retirando os acontecimentos que se revestem de inevitabilidade e que não são controláveis), qualidade de vida e também o que necessitam para tratar a doença, bem como têm potencialmente meios para se poderem deslocar, de forma facilitada, aos serviços de saúde. O segundo fator a que nos referimos, prende-se com as competências adquiridas com a instrução, relacionadas com a capacidade intelectual que dela advém. Ou seja, os indivíduos com maior instrução são mais informados acerca dos fatores de risco, para a sua saúde, e conhecem melhor os comportamentos para a promoção da saúde e prevenção da doença, o que lhes permite optar pela adoção de comportamentos saudáveis. Acresce que, muitos destes indivíduos, a quando da idade da reforma mantêm atividade física e intelectual potencialmente impeditiva de alcançar estados de apatia indutora de depressões e estados de inatividade potenciadores de doenças cardíacas, vasculares, ósseas, articulares entre outras. Reportando-nos a um nível mais primário, e por vezes esquecido, os indivíduos com maior grau de escolaridade e consequentemente mais informados, em princípio, têm maior capacidade de apreensão da mensagem transmitida pelos profissionais de saúde, seguindo os seus conselhos/prescrição, tornando o processo de tratamento ou de manutenção da saúde mais eficaz¹⁵⁹. A população mais instruída, por regra, vai alcançando conhecimentos, quer pelos meios vulgarmente

¹⁵⁹ Um individuo com pouca ou nenhuma instrução dificilmente, sem auxílio, consegue ler a prescrição médica ou o folheto informativo que acompanha os medicamentos, facilitando a possibilidade de confundir a informação arriscando-se a alterar o regime diário de toma dos medicamentos ou confundir os tipos e funções dos mesmos.

disponíveis como literatura, televisão, internet e outros, como pela informação que ao longo da vida lhe vai sendo facultada pelos profissionais de saúde, dando maior atenção aos sinais e sintomas transmitidos pelo organismo. O que permite ser mais objetivo, quanto aos sinais e sintomas de possível doença, induzindo a um processo de diagnóstico mais fácil evitando, por exemplo, a necessidade de maior número de consultas, consultas mais demoradas, bem como, evitando a necessidade de recorrer a excessivos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). Considerando a importância que a promoção da saúde e a prevenção da doença detêm para a qualidade de vida e para um envelhecimento saudável, a informação difundida pelas campanhas de promoção e de prevenção é mais facilmente captada pelos indivíduos com mais formação, porque estes são mais recetivos e estão menos permeáveis a crenças e costumes. Bem como, reconhecem a importância de consultas de rotina com o objetivo de prevenção e não de tratamento.¹⁶⁰

Tendo em consideração o exposto, e especificamente a importância que é dada aos cuidados informais, nomeadamente aos cuidados prestados pelos familiares, para a concretização de uma boa qualidade de vida, em termos legais qual será o papel da família na prestação destes cuidados? Um estudo¹⁶¹ adianta, que existe a necessidade de produzir legislação, orientada para a família, que torne obrigatório legar alguma quota mínima da propriedade do idoso para o parente próximo que assuma o papel de cuidador, ou dar ao mesmo cuidador suporte e assistência para o cuidado desempenho da função. Salvaguardando que a falta desta legislação pode pressupor que o apoio aos idosos dependentes é fornecido pela família, compensando a falta de soluções coletivas, quando sabemos que não pode ser dirigido à família a totalidade das responsabilidades de cuidar dos idosos, uma vez que estas detêm limitações, nomeadamente ao nível do conhecimento dos cuidados de saúde a prestar. As respostas coletivas que incluam cuidados de saúde e alguma forma de redistribuição, conforme consta nos princípios de Estado Social da UE, deveriam ter ênfase de forma a providenciar uma existência digna aos que necessitam e uma contribuição informada dos familiares/cuidadores, com mais qualidade e mais entrega¹⁶².

Não obstante, deveremos ter em consideração que o que se assume como sendo certo nos estudos prospetivos, poderá ser sempre negado pelas alterações comportamentais da população, as quais assumem por vezes contornos impossíveis de qualquer previsão. Desta forma, quais serão as opções que os idosos terão? A investigação¹⁶³ desenvolvida,

¹⁶⁰CALDWELL, 1995 in HALSTEAD et all, 1995; KINSELLA & PHILIPS, 2005; HENRIQUES, 2004

¹⁶¹SAYN, 2008 in GAYMU et all, 2008

¹⁶²Idem.

¹⁶³DELBÉS, 2008, in GAYMU et all, 2008

demonstra que o ato de cuidar desta população com necessidades específicas de apoio, não deverá estar a cargo somente da família mas também a cargo da solidariedade coletiva. É necessário desenvolver cuidados de saúde formais, mesmo porque “(...) *family’s role is not to provide assistance and care , but to offer support. Moreover, this is usually the wish of elderly people themselves (...)*”¹⁶⁴. Para mais, num contexto em que a população idosa sem suporte familiar também irá aumentar, colocando pressão sobre a procura de cuidados de saúde, tornando inevitável a reavaliação do mercado de trabalho e a formação de profissionais com competência na área, mesmo que o desenvolvimento e a utilização de novas tecnologias auxilie e alivie a falta destes profissionais.¹⁶⁵

O envelhecimento demográfico e especificamente o individual, não é um desafio somente para a demografia, é um desafio transversal às áreas intervenientes na dinâmica social, política e económica, devendo considerar-se, para conhecer as implicações deste fenómeno, o aumento do número de idosos e o aumento da E0, mas também as características desta população no que se refere à existência de suporte familiar, capacidade económica e grau de instrução. A Comissão Europeia considera que o aumento da E0 é uma conquista das sociedades europeias modernas e que o envelhecimento populacional coloca desafios à economia e à política social, como a saúde e o sistema de cuidados de longa duração, afirmando “(...) *older people often need not only more care, but also specific types of care to face constantly changing morbidity and disability patterns. This is seen as one of the most important challenges facing the EU in the coming years (...)*”¹⁶⁶

I.3.2. Os idosos enquanto determinante político internacional.

A constatação dos potenciais desafios que o envelhecimento demográfico e individual, nomeadamente o aumento da E0 e o acréscimo de população com 80 e mais anos, a nível mundial e especificamente a nível europeu, poderiam trazer, impeliu as organizações internacionais a assumir o fenómeno como desafio político transversal a todas as áreas da política nomeadamente para a política de saúde dos Estados.

Este processo teve início em 1969 com a *Declaration on Social Progress and Development*¹⁶⁷, da ONU, na qual se assume a necessidade da proteção social e especificamente a necessidade de implementar medidas que respondam às necessidades de saúde da totalidade da população, nomeadamente para os idosos. Seguida por várias

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Idem

¹⁶⁶ Comissão Europeia, 2013, *Health care and long-term care*

¹⁶⁷ Organização das Nações Unidas, 1969

Resoluções, nas quais o envelhecimento demográfico e individual ganha importância, nomeadamente em 1971 com a Resolução 2842¹⁶⁸, na qual se assumem os desafios que o envelhecimento trará à política, baseando-se em projeções efetuadas, referindo as futuras alterações sociais, para os países industrializados, solicitando às organizações, e de entre estas à ONU e OMS, que efetuassem estudos de impacto de forma a orientar a tomada de decisão política. Posteriormente em 1973 com a Resolução 3137 de 14 de Dezembro¹⁶⁹, a ONU recomendou aos governos dos Estados-Membros que adotassem programas de proteção à saúde dos idosos e outras medidas de proteção social, de forma a garantir a qualidade de vida desta população bem como o seu bem-estar económico. Culminando com a Resolução 33/52 de 14 de Dezembro de 1978¹⁷⁰ que convocou a *World Assembly on the Elderly*, que veio a concretizar-se em 1982 na cidade de Viena na Áustria. Nesta Assembleia foi produzido o *Vienna International Plan of Action on Ageing*¹⁷¹, que abordou áreas específicas como a saúde, a nutrição, proteção dos consumidores idosos, ambiente, família, proteção social, segurança, emprego e educação. Sendo este o documento considerado por muitos autores como o primeiro documento da ONU com impacto mundial, sobre as questões do envelhecimento. Este documento, refere a necessidade, por parte dos Estados, de resolver as carências específicas dos idosos, nomeadamente de saúde, e promover respostas internacionais ajustadas às dificuldades do envelhecimento através de medidas que incorporem esta nova ordem económica internacional e o incremento da cooperação técnica. Afirmando a relevância do tema para a ONU, em 1991, a Assembleia Geral adotou os *United Nations Principles for Older Persons*¹⁷², que incidiam sobre a promoção da independência dos idosos, participação, cuidados de saúde, realização pessoal e dignidade: “(...) Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que os ajudem a manter ou a readquirir um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional e que previnam ou atrasem o surgimento de doenças (...) devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura (...)”¹⁷³. Em 1992 na *International Conference on Ageing* adotou-se a *Proclamation on Ageing*¹⁷⁴, observando-se a constatação da urgência de se tomar decisões políticas para o

¹⁶⁸ Organização das Nações Unidas, 1971

¹⁶⁹ Organização das Nações Unidas, 1973

¹⁷⁰ Organização das Nações Unidas, 1978

¹⁷¹ Organização das Nações Unidas, 1983

¹⁷² Organização das Nações Unidas, 1991, *United Nations Principles for Older Persons*.

¹⁷³ Organização das Nações Unidas, 1991, *Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991. Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*.

¹⁷⁴ Organização das Nações Unidas, 1992

envelhecimento e para a promoção da qualidade de vida dos idosos. Na sequência desta conferência, conferindo importância, proclamou-se o ano de 1999 o *International Year of Older Persons*¹⁷⁵ a 1 de outubro de 1998, tornando-se este dia o Dia Internacional do Idoso.

Podemos considerar que estes foram os pontos de partida para uma série de resoluções e tomadas de decisão da ONU, com um reconhecido incremento na importância dada à matéria e conferindo-lhe centralidade nas políticas sociais e especificamente de saúde. Em Madrid na *Second World Assembly on Ageing*, em 2002, com o objetivo de formular a política internacional relativa ao envelhecimento, para o século XXI, adotou-se o *Report of the Second World Assembly on Ageing*¹⁷⁶ e a *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*¹⁷⁷ ainda em vigor. O Plano de ação exige mudança de atitude, política e de práticas dos governos de forma a responder ao aumento esperado dos idosos durante o século XXI, afirmando a necessidade de tornar os idosos no enfoque prioritário da tomada de decisão a par com o desenvolvimento, designadamente no que se refere à promoção da saúde e ao bem-estar na velhice e garantir ambientes favoráveis. Podemos referir, ainda, a multiplicidade de sub-organismos da ONU dedicados a esta matéria (por exemplo a OMS), com avaliação e produção constante de relatórios e recomendações para os Estados-Membros, sendo que este processo atinge o auge com a pretensão de formular os *Direitos das Pessoas Idosas*, estando este, desde abril de 2013, em processo de consulta pública¹⁷⁸.

O Comité Regional Europeu da OMS desde 1955 que se debruça sobre as questões e alterações necessárias nos serviços de saúde, para se apetrecharem das competências e equipamentos que respondam às especificidades da nova população idosa, designadamente nos hospitais, bem como o desenvolvimento de cuidados no domicílio e cuidados de reabilitação. Em 1958, foi constituído um grupo consultivo para estas matérias, o qual proferiu recomendações incluindo a necessidade de efetuar investigação relativa ao envelhecimento, que abrangesse as várias áreas da ciência, desde as ciências sociais até às ciências médicas, investigação sobre a morbilidade que contribuísse para a tomada de decisão referente aos cuidados preventivos, bem como investigação prospetiva sobre a temática. Em 1963 realizou-se um seminário intitulado *Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging* do qual saíram recomendações para a saúde dos idosos como sejam a implementação de consultas de rotina, a implementação em

¹⁷⁵ Organização das Nações Unidas, 1996

¹⁷⁶ Organização das Nações Unidas, 2002, *Report of the Second World Assembly on Ageing*

¹⁷⁷ Organização das Nações Unidas, 2002, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*.

¹⁷⁸ United Nations Human Rights, 2014

todos os Estados de institutos de gerontologia, e de medidas que impeçam o isolamento desta população e o desenvolvimento de cuidados domiciliários, assim como publicou em 1970 um documento sobre as implicações biológicas do envelhecimento no organismo humano - *The assesment of biological age in man*¹⁷⁹. Neste percurso vários estudos foram feitos com enfoque nos problemas de saúde decorrentes do aumento da idade, como estudos sobre nutrição e saúde mental, bem como se foi aguçando a preocupação sobre a formação, específica para esta área, dos profissionais de saúde. Em 1971 a ONU solicitou à OMS a elaboração de um relatório sobre a situação dos idosos relativa à saúde, que foi publicado em 1974 com o título *Planning and Organization of Geriatric Services. Report of WHO Expert Commitee*¹⁸⁰. Este documento, relata as consequências do envelhecimento no organismo humano, aborda as áreas mais afetadas pelo envelhecimento como a saúde, morbidade, mortalidade, avaliação precoce, alimentação, saúde oral, ambiente, fatores socioeconómicos. Assim como, oferece uma abordagem prospetiva do fenómeno, alertando para o futuro acentuar do quadro e versa ainda sobre a abordagem dos profissionais de saúde, sobre o planeamento de serviços de saúde da área da geriatria, sobre a formação dos profissionais e sobre a investigação. Relativamente aos serviços de saúde enfatiza os cuidados preventivos, de reabilitação e os cuidados de longa duração¹⁸¹. Com o acentuar do fenómeno do envelhecimento nos países desenvolvidos e com o aumento da E0 esta temática foi conseguindo centralidade para a OMS e assumiu-se como um determinante político essencial para a área da saúde, com emissão de recomendações e regulamentos constantes para os Estados-Membros e tornando-se um fator transversal a outras áreas da política internacional no âmbito da ONU.

Desde 2002 a produção da OMS presta especial atenção à importância da atividade física para a manutenção da saúde e da funcionalidade; a relevância dos cuidados paliativos; ao enfoque na saúde mental; ao reafirmar do valor dos cuidados de saúde no domicílio; os fatores de risco indutores de deficiência e a prevenção desta; a centralidade dada à prevenção é uma máxima constante; a adequação dos serviços de saúde que inclui a capacitação das unidades e dos recursos humanos tem sido objeto de debate; a importância do conhecimento e da adequação dos cuidados à doença crónica; os cuidados de longa duração e os domiciliários reassumiram relevância recentemente; as questões relacionadas com os maus tratos aos idosos tornaram-se ultimamente tema central do debate. Destacamos, pela sua pertinência para este trabalho, o documento *How can health systems*

¹⁷⁹BOURLIÈRE & World Health Organization, 1970

¹⁸⁰ Organização Mundial da Saúde, 1974

¹⁸¹ Idem

*respond to population ageing?*¹⁸² relativo aos sistemas de saúde e análise política, emblemático da centralidade que o envelhecimento detém na tomada de decisão política, nomeadamente na política de saúde internacional com implicações políticas a nível nacional. Como recomendações para a tomada de decisão política, assegurando respostas adequadas para os sistemas de saúde, refere a necessidade de: existir coordenação entre os sistemas de saúde e sociais na prestação de cuidados de saúde; implementar medidas que diminuam o tempo de hospitalização, concretizando modelos de cuidados de saúde que permitam a continuidade do tratamento sem recorrer ao internamento hospitalar; estabelecer ações que reduzam o risco de doença e promovam a manutenção da função, uma vez que a promoção da confiança e da participação contribui para o envelhecimento saudável e pode aliviar a pressão sobre os sistemas de saúde; adotar programas de promoção da saúde e prevenção da doença, que visam as principais causas de morbilidade e mortalidade prematura, em particular a obesidade, a hipertensão e a saúde mental, sendo que estas medidas devem incluir exercício físico e envolvimento social, adiantando que a abordagem a partir do período de meia-idade é particularmente importante; investir na construção de sistemas de saúde de longa duração; garantir a coordenação dos cuidados formais e informais de longa duração.¹⁸³

Posteriormente, o relatório “*The European health report 2012: charting the way to well-being*”¹⁸⁴ enfatiza os indicadores que contribuem para o envelhecimento e valoriza o conceito e a avaliação de *Bem-estar*, sendo que este conceito está em fase de definição, abrange a valência bio-psico-social e a metodologia de avaliação encontra-se em debate. Não obstante existem primeiras conclusões relativamente a este: “*Well-being exists in two dimensions: subjective and objective. It comprises an individual’s experience of their life and a comparison of life circumstances with social norms and values*”¹⁸⁵. O bem-estar e a saúde são inter-relacionados: a saúde influencia os níveis de bem-estar e este prediz os níveis de saúde futuros. Sendo que o bem-estar está diretamente relacionado com a estrutura, organização e funcionamento político-social (Figura 2), e deverá ser considerado na tomada de decisão política dos Estados-Membros, designadamente no que concerne com os sistemas de saúde, justificando esta afirmação através do esquema apresentado na Figura 3. Refere que: são os sistemas de saúde que promovem a saúde, sendo esta o componente primordial do bem-estar; os sistemas de saúde promovem a riqueza por via de representarem

¹⁸² RECHEL at all, 2009

¹⁸³ Idem

¹⁸⁴ Organização Mundial da Saúde, 2013, *The European health report 2012: charting the way to well-being*.

¹⁸⁵ Idem

um componente significativo da economia, contribuindo desta forma para o bem-estar; os sistemas de saúde afetam diretamente o bem-estar social projetado no nível de satisfação da população relativo à existência de serviços de saúde e à facilidade de acesso a estes. Invalidando a potencial dúvida relativa à relação saúde/economia, declaram que a saúde é um fator central para a produção de riqueza e para o bem-estar social, com o sistema de saúde no papel de catalisador, uma vez que a saúde aumenta a produtividade económica nacional, porque população saudável é mais produtiva. Por outro lado, um Estado com uma população detentora de níveis elevados de saúde pode obter ganhos orçamentais por via de redução da despesa nos componentes/áreas relacionados com a saúde, uma vez que melhores níveis de saúde reduzem a procura de cuidados de saúde: “(...) *Health systems support healthier, more economically active societies; Health services save lives; Well-targeted public health interventions make a difference; Health systems help to create societal well-being, not least by promoting equity and responsiveness (...)*”¹⁸⁶.

Figura 2: Enquadramento geral para a saúde e bem-estar

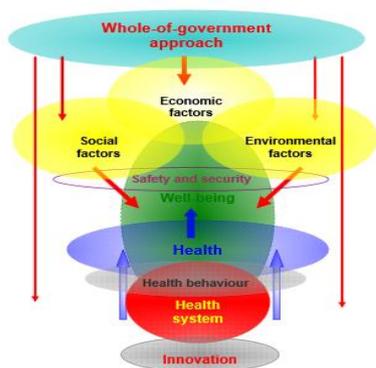


Figura 3: Sistemas de saúde, saúde, riqueza e bem-estar social



Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2013, *The European health report 2012: charting the way to well-being*.

Para a OMS, melhorar/capacitar/potenciar a saúde e o bem-estar, são componentes essenciais para a política de saúde europeia, enquadrada na estratégia *Health 2020*¹⁸⁷, comprometendo-se o *WHO Regional Office for Europe* assistir os Estados-Membros a aprimorar a monitorização e relato da informação da ação na saúde, decorrente da implementação da estratégia, oferecendo os instrumentos de análise. Esta ação, decorre do trabalho conjunto da OMS, Comissão Europeia e OCDE, para estabelecer um sistema de informação europeu integrado

¹⁸⁶ Idem

¹⁸⁷ «*Health 2020 is the new European health policy framework. It aims to support action across government and society to: “significantly improve the health and well-being of populations, reduce health inequalities, strengthen public health and ensure people-centred health systems that are universal, equitable, sustainable and of high quality”*» (Organização Mundial da Saúde, 2012)

O *The European health report 2012*¹⁸⁸, afirma que as desigualdades em saúde se avaliam considerando a disparidade no acesso à promoção da saúde e a serviços de saúde, à distribuição geográfica da morbidade, incapacidade e mortalidade e aos níveis de bem-estar da população. Acrescentando que o pretendido é a equidade na saúde e define este último conceito como: “(...) *the absence of unfair and avoidable or remediable differences in health among population groups defined socially, economically, demographically or geographically (...)*”¹⁸⁹. As desigualdades/iniqüidades assumem-se como uma prioridade para a região Europeia da OMS, uma vez que continuam a aumentar, nomeadamente no que respeita à diminuição no acesso aos serviços de saúde e aos níveis de bem-estar. De forma a preencher estas lacunas, considera como pré-requisitos o imperativo conhecimento da sua magnitude e distribuição, tanto a nível absoluto como relativo, de forma a que este conhecimento auxilie a tomada de decisão para o incremento de medidas com vista à qualidade e aumento dos níveis de saúde e bem-estar. Considera, ainda, que os rendimentos, a situação de emprego e a educação da população se encontram entre os mais importantes determinantes sociais. Estabelece ainda como *Health 2020 targets*: “1.Reduce premature mortality in Europe by 2020; 2.Increase life expectancy in Europe; 3.Reduce inequities in health in Europe; 4.Enhance the well-being of the European population; 5.Provide universal coverage in Europe; 6.Establish national targets set by Member States.”¹⁹⁰

Embora não estando relacionado diretamente com o objeto de estudo em análise, os idosos, mas por deter determinações importantes para o nível da prevenção e vigilância da saúde, níveis defendidos como primordiais para a saúde dos idosos, assim como por reforçar algumas das pretensões espelhadas nos documentos produzidos dirigidos especificamente para esta população e por ser um regulamento determinante na atualidade, expomos o Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI, 2005), que entrou em vigor a 15 de Junho de 2007¹⁹¹. O RSI (2005)¹⁹² reveste-se de grande importância como instrumento nevrálgico na luta mundial contra a propagação internacional de doenças, contendo determinações com implicações na política nacional, designadamente no que respeita com os serviços de saúde e a rede de deteção e resposta e conseqüentemente de emergência, abarcando orientações relativas a “(...) *toda a doença ou condição médica, qualquer que seja a origem ou procedência, que apresenta ou possa apresentar danos significativos aos seres humanos*

¹⁸⁸ Organização Mundial da Saúde, 2013, *The European health report 2012: charting the way to well-being*.

¹⁸⁹ Idem

¹⁹⁰ Idem

¹⁹¹ Adotado pela 58ª Assembleia Mundial da Saúde de 23 de Maio de 2005 e que atualiza os anteriores (datados de 1973 e 1981), o primeiro dos quais datado de 1951 (*International Sanitary Regulations*, adotado pela Quarta Assembleia Mundial da Saúde em 1951)

¹⁹² Organização Mundial de Saúde, 2008

(...)”¹⁹³. Aos Estados-Membros incumbe-os, entre outros fatores, de: instalar as capacidades básicas em matéria de saúde pública; criar, reforçar e manter as capacidades determinadas pelo RSI (2005), para tal deverão mobilizar os recursos necessários; colaborar de forma ativa com a OMS e entre Estados; criar e reforçar as capacidades para desempenhar plena e efetivamente as funções que se lhe atribuem no Regulamento; relativamente à vigilância¹⁹⁴ demarca que cada Estado-Membro desenvolve, reforça e mantém a capacidade de detetar, avaliar e notificar eventos¹⁹⁵ e prestar informações relativas ao mesmo. Acrescentando que a aplicação do RSI (2005) inspirar-se-á na Carta das Nações Unidas e na Constituição da OMS e em conformidade com a Carta e com os princípios do direito internacional, os Estados-Membros detêm o direito soberano de legislar e de aplicar as leis em consonância com as suas políticas de saúde, no entanto têm que respeitar os objetivos do regulamento. Assim como, determina que a OMS pode formular, sempre que se justificar, recomendações permanentes quanto a medidas sanitárias apropriadas de aplicação sistemática ou periódica. Quando aborda as capacidades básicas necessárias para desempenhar os níveis de vigilância e resposta (Anexo I do documento), afirma que “(...) *Os Estados Membros utilizarão as estruturas e recursos nacionais existentes para cumprir os requisitos de capacidades básicas que estabelece o Regulamento com respeito, entre outras coisas, ao seguinte: a) suas atividades de vigilância, apresentação de informações, notificação, verificação, resposta e colaboração (...). Cada Estado Membro avaliará, dentro de um prazo de dois anos, contados a partir da entrada em vigor do presente Regulamento, a capacidade das estruturas e recursos nacionais existentes para cumprir os requisitos mínimos descritos (...). Como consequência desta avaliação, os Estados Membros elaborarão e colocarão em prática planos de ação para garantir que estas capacidades básicas existam e estejam operacionais em todo o seu território (...)*”. Relativamente às capacidades básicas indispensáveis ao nível da comunidade local e ao nível primário de resposta em saúde pública, os Estados-Membros devem ter capacidade de “(...) *a) detectar eventos que suponham níveis de morbidade ou mortalidade superiores aos previstos para um tempo e lugar determinados, em todas as zonas do território do Estado Membro; b) comunicar de imediato ao nível apropriado de resposta de saúde pública toda a informação essencial disponível. Ao nível da comunidade, a informação comunicar-se-á às instituições*

¹⁹³ Idem

¹⁹⁴ “*Vigilancia, significa la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente*” in Organização Mundial de Saúde, 2008

¹⁹⁵ “*Evento, significa la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno*” in Organização Mundial de Saúde, 2008

comunitárias locais de assistência médica ou ao profissional de saúde apropriado. No nível primário de resposta de saúde pública, a informação comunicar-se-á aos níveis intermédio e nacional de resposta, de acordo com as estruturas orgânicas(...)”.¹⁹⁶ Este regulamento tem determinações de implementação de estruturas em todo o território nacional de serviços de proximidade de vigilância da saúde.

Em paralelo com a ONU e a OMS, a UE também tem conferido importância e centralidade crescente ao envelhecimento no seio da sua política social e especificamente da política de saúde. A produção documental da UE em relação às problemáticas que envolvem o envelhecimento, iniciaram-se com a proclamação do ano de 1999, pela ONU, como o *Ano Internacional das Pessoas Idosas*, iniciando-se o debate político sobre o assunto com a Comunicação da Comissão de 21 de maio de 1999 *Towards a Europe for All Ages - Promoting prosperity and Intergenerational Solidarity*¹⁹⁷, a qual se debruçava sobre o declínio da população em idade ativa e o envelhecimento da população ativa; a pressão nos sistemas de pensões e nas finanças públicas decorrentes do aumento dos pensionistas e da diminuição da população ativa; a crescente diversidade entre as pessoas idosas em termos de recursos e necessidades; aspetos relacionados com o género; estratégia europeia de emprego; política de proteção social; combate à discriminação e exclusão social; crescente necessidade de cuidados de saúde para os idosos; políticas de saúde e de investigação médica. A Comissão declarou que o aumento do número de idosos com necessidades de cuidados de saúde, vai implicar um aumento na procura dos sistemas de cuidados formais de saúde, os quais se têm que adaptar a esta nova situação. Ao mesmo tempo, que as políticas devem ser desenvolvidas com o objetivo de impedir o aumento das situações de dependência, através da promoção de um envelhecimento saudável, prevenção de acidentes e cuidados de reabilitação. Em relação às políticas de saúde e de investigação médica, a Comissão afirmou, que iria prestar atenção à investigação médica e social relacionada com o envelhecimento e que os aspetos de saúde, relativos ao envelhecimento, eram centrais na preparação dos novos instrumentos da política de saúde, sendo que suportaria os Estados-Membros no adequado desenvolvimento das respostas e nos cuidados de saúde.¹⁹⁸

No âmbito dos trabalhos antecipatórios realizados para a *Second World Assembly on Ageing* que decorreu em Madrid, promovida pela ONU, anteriormente mencionada, a Comissão fez uma Comunicação, em 2002: *Europe's response to World Ageing. Promoting*

¹⁹⁶ LEÃO, Carla, 2012, *Envelhecimento Demográfico e Saúde. Desafio para a Segurança Sanitária em Portugal*

¹⁹⁷ Comissão Europeia, 1999

¹⁹⁸ Europa, 2005

*economic and social progress in an ageing world. A contribution of the European Commission to the Second World Assembly on Ageing*¹⁹⁹ afirmando, que a UE considera que é desejável a cooperação internacional de forma a preparar uma estratégia global a longo prazo, com o objetivo de se conseguir uma sociedade para todas as idades. Acrescentando, a necessidade de uma abordagem política global combinando os aspetos do envelhecimento com a economia, emprego e questões sociais. Um dos desafios apontados, relaciona-se com garantir o acesso, a toda a população, a cuidados de saúde de qualidade assegurando a sustentabilidade financeira dos serviços de saúde de forma a assegurar bem-estar e um envelhecimento saudável. A partir desta data os assuntos relacionados com o envelhecimento tornaram-se parte integrante das múltiplas áreas políticas da UE.

Um dos problemas centrais que a transição demográfica e o envelhecimento colocam em termos políticos, é o da sustentabilidade económica e financeira dos sistemas europeus de segurança social. Dada a importância deste processo para a UE, o *Directorate-General for Economic and Financial Affairs (DG ECFIN)*, tornou-se responsável pela avaliação e análise económica do fenómeno, avaliando o exercício do Estado-Providência dos países europeus, com enfoque na análise e projeção das consequências económicas e orçamentais do envelhecimento da população, de forma a compreender o impacto das alterações demográficas e desta forma dar apoio à tomada de decisão política da UE, no que a respostas/soluções diz respeito. No exercício das suas funções, elabora estimativas das despesas decorrentes do envelhecimento da população, abrangendo as pensões, os cuidados de saúde de longa duração, as despesas com a educação e com o desemprego, sendo que “(...) *Estas previsões são utilizadas, em particular, na avaliação anual da sustentabilidade das finanças públicas realizada no quadro do Pacto de Estabilidade e Crescimento; no contexto do método aberto de coordenação aplicado às pensões, saúde e inserção social; e na análise do impacto do envelhecimento da população no mercado de trabalho e no crescimento potencial no quadro da Estratégia de Lisboa e das Orientações Gerais para as Políticas Económicas (...)*”²⁰⁰ Esta Direção-Geral, por sua vez, entre outras funções, dá suporte ao Comité de Política Económica (EPC), no âmbito do qual, foi criado o *EPC's Ageing Working Group* com o objetivo de estudar as implicações do envelhecimento nas finanças públicas em áreas como as pensões, saúde e educação. Este grupo de trabalho produziu em 2001 o primeiro conjunto de projeções, sobre o impacto orçamental do

¹⁹⁹ Comissão das Comunidades Europeias, 2002

²⁰⁰ Comissão Europeia, 2014, *Assuntos Económicos e Financeiros. Políticas sobre envelhecimento e o Estado-Providência.*

envelhecimento a longo prazo, em matéria de pensões, cuidados de saúde e cuidados de longa duração. Esta orientação mantém-se com produção de relatórios periódicos²⁰¹.

Conforme é visível a temática envelhecimento empregou-se transversalmente na política da UE e assumiu-se como central nos estudos efetuados e nos documentos produzidos, alcançando uma relevância irreversível, espelhada na proclamação do ano de 2012 como o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, através da Decisão n.º 940/2011/UE²⁰².

No que respeita à política de saúde a Comissão Europeia determina que os Estados-Membros são responsáveis pela prestação/fornecimento de serviços de saúde e cuidados médicos, sendo que o *Tratado que institui a Comunidade Europeia*, prevê a coordenação a nível comunitário e a legislação existente define as regras aplicáveis a nível nacional a qual se destina não só aos serviços de saúde mas também aos profissionais de saúde e à lei do trabalho. No Tratado Reformador, ou Tratado de Lisboa (13 de dezembro de 2007), no Título XIV Artigo 168, lê-se “(...) *na definição e execução de todas as políticas e ações da União é assegurado um elevado nível de proteção da saúde (...) A ação da União, que é complementar das políticas nacionais, incide na melhoria da saúde pública, bem como na prevenção das doenças e afeções humanas e das causas de perigo para a saúde física e mental (...) abrange a luta contra os grandes flagelos (...) e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas (...) A União incentiva a cooperação entre os Estados-Membros (...) A União e os Estados-Membros fomentam a cooperação com países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública (...)*”²⁰³.

Neste sentido tem-se produzido normas e Diretivas a seguir pelos Estados-Membros, nas quais o envelhecimento é sempre objeto de abordagem. Destas, salientamos em 2007 a *EU health strategy*²⁰⁴ que determina a diminuição das desigualdades a nível regional e a proteção na saúde de forma a diminuir a morbilidade e a manter a vigilância. Refere a necessidade de proteção na saúde dos idosos e afirma que promover uma vida saudável é mais vantajoso, em termos económicos, do que tratar a doença. Concordantemente, incumbe os Estados a promover a prevenção e os cuidados de saúde primários, referindo que a

²⁰¹ Idem. Exemplo: The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)[Comissão Europeia, 2012, *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*]

²⁰² Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia, 2011

²⁰³ Infoeuropa, 2010

²⁰⁴ Comissão das Comunidades Europeias, 2007

utilização da tecnologia poderá facilitar o processo, bem como poderá permitir a manutenção dos serviços de saúde regionais, ou seja de proximidade.

No processo de determinar o melhor caminho político a percorrer para responder da melhor forma às necessidades de saúde dos idosos, nomeadamente ao aumento da doença crónica que tem implicações no aumento da procura de cuidados de saúde, a UE constatou que o número de profissionais de saúde em exercício é insuficiente, por via da aproximação da sua idade de reforma, não sendo compensadas as saídas com o número de novos profissionais formados anualmente e, conseqüentemente, que entram nos sistemas de saúde.²⁰⁵ A constatação destas dificuldades, impeliu a Comissão a considerar que são necessárias mais universidades, escolas e professores para formar os diferentes profissionais de saúde. Considera, ainda, que o ensino deverá ser direcionado para o perfil da população, nomeadamente deverá ter em conta as necessidades da população idosa. Salvaguarda, que a mobilidade dos profissionais poderá ter um cariz positivo, uma vez que estes irão para os locais onde há maiores carências de profissionais, mas, por outro lado, se este não for o fator determinante do fluxo migratório, poderá imprimir desigualdades, com excesso em determinados locais e carências noutros. Acrescenta, que o uso futuro das novas tecnologias como, a telemedicina, poderá ajudar a ultrapassar falhas nos sistemas de saúde, no entanto representa um desafio para os serviços, profissionais e instituições de ensino, por ser essencial incluir na formação base, e na contínua, ensinamentos sobre o uso destas tecnologias e estímulo à sua utilização.²⁰⁶

A preocupação crescente com o fenómeno do envelhecimento, e de forma a reafirmar a importância deste fator, coloca-o no Livro Branco para a saúde (2008-2013)²⁰⁷ como sendo um dos desafios “(...) *cada vez mais prementes em termos de saúde das populações (...)*” requerendo uma abordagem estratégica diferente e renovada, assumindo-o no texto como sendo o primeiro de todos e afirmando que “(...) *a evolução demográfica e, em particular, o envelhecimento da população estão a alterar os padrões das patologias e a ameaçar a sustentabilidade dos sistemas de saúde na UE. Tomar medidas de apoio a um envelhecimento saudável pressupõe tanto promover a saúde ao longo de todo o ciclo de vida no sentido de prevenir os problemas de saúde e as incapacidades desde tenra idade, como combater as desigualdades na saúde associadas a fatores sociais, económicos e ambientais (...)*”²⁰⁸. Para além de se assumir como o primeiro desafio, concretiza-se

²⁰⁵ Comissão das Comunidades Europeias, 2008

²⁰⁶ Idem

²⁰⁷ Comissão das Comunidades Europeias, 2007

²⁰⁸ Idem

também no primeiro objetivo estratégico “*Promover a saúde numa Europa em envelhecimento*”²⁰⁹ e neste ponto pode ler-se que o aumento dos efetivos populacionais com mais de 65 anos e mais de 80 anos “*(...) conduzirá provavelmente a um aumento da procura de cuidados de saúde e, paralelamente, à diminuição da população ativa, o que poderá provocar uma subida das despesas de saúde de 1% a 2% do PIB nos Estados-Membros até 2050. Isto representa um aumento médio das despesas em cuidados de saúde de cerca de 25% em percentagem do PIB (...)*”²¹⁰. Não obstante, as projeções feitas pela Comissão Europeia demonstram que este cenário não é irreversível uma vez que “*(...) o aumento das despesas de saúde decorrente do envelhecimento poderá ser reduzido para metade se as pessoas se mantiverem saudáveis na sua longevidade (...)*”²¹¹ sendo que para que tal aconteça torna-se necessário desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção da doença durante todo o ciclo de vida. Contextualmente, é inserido um outro objetivo estratégico, o terceiro, que surge decorrente do cenário de envelhecimento “*Promover sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias*” uma vez que “*(...) as novas tecnologias podem revolucionar os cuidados de saúde e os sistemas de saúde e contribuir para a sua sustentabilidade futura (...)*”²¹² por via de poderem “*(...) melhorar a prevenção e o tratamento das doenças, além de permitirem colocar a tónica na prevenção e nos cuidados primários em vez de nos cuidados em meio hospitalar (...)*”²¹³. Salva-se o facto de que estas novas tecnologias e abordagens, poderão não ser bem aceites quer pelos utentes quer pelos profissionais, exigindo esclarecimento para os primeiros e formação para os segundos. Pela sua relevância, citamos uma determinação do mesmo documento²¹⁴, pela alteração da linha orientadora política, de sectorial para transversal, acreditando que este será o melhor percurso a seguir: “*(...) reforçar a integração das questões de saúde em todas as políticas a nível da Comunidade, dos Estados-Membros e das regiões (...)*”. Acrescentamos, ainda, relativamente às questões financeiras de implementação das ações elencadas, pela sua relevância “*(...) Até ao termo do atual quadro financeiro (2013), as ações a realizar no âmbito da presente estratégia serão custeadas pelos instrumentos financeiros existentes, sem qualquer incidência orçamental (...)*”²¹⁵.

²⁰⁹ Idem

²¹⁰ Idem

²¹¹ Idem

²¹² Idem

²¹³ Idem

²¹⁴ Idem

²¹⁵ Idem

Com a Decisão nº 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de outubro de 2007²¹⁶ cria-se o segundo *Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013)*²¹⁷, substituindo e prevalecendo sobre os programas de saúde pública publicados desde 1993. Neste a questão relacionada com o aumento da E0, especificamente a saudável, já se apresenta retratada e valorizada. Bem como, a necessidade de cooperação entre Estados-Membros para a concretização de elevados níveis de saúde, sendo que os seus objetivos se enquadram nos da *Estratégia Europa 2020*, tais como: “(...) dar prioridade aos investimentos na saúde e fazer face ao problema do envelhecimento da população (...)”²¹⁸

Concordantemente com estes programas a Comissão Europeia publica o *Report on health inequalities in the European Union*²¹⁹, que conclui que os indivíduos, da UE, menos favorecidos economicamente e os menos instruídos detêm piores níveis de saúde, sendo que os indicadores, à medida que os graus económicos e de instrução aumentam, atingem incrementos aproximadamente do dobro do valor, se se atribuírem medidas aos níveis de saúde. Com o indicador E0 a situação assemelha-se, sendo que em 2010 a diferença na esperança média de vida à idade de 30 anos, era entre homens sem instrução de nível universitário, com os com nível académico universitário, de 3 anos a 17 anos e para as mulheres era de 1 a 9 anos. A condição económica é mais importante quando falamos de populações pouco prosperas, do que nas com melhor atividade económica, sugerindo que não é inevitável que graus elevados de indicadores da atividade económica resultem em elevados níveis de saúde, uma vez que fatores como padrões de distribuição de receita, consumo e serviços desempenham um papel relativamente superior. Conclui, ainda, que os serviços de saúde no que respeita à equidade no acesso aos cuidados de saúde e a relação custo/distância/tempo de espera, são alguns dos fatores que contribuem para as diferenças nos níveis de saúde e de qualidade em saúde entre populações. Situações estas a ter em consideração na tomada de decisão política de saúde especificamente e transversalmente nas outras políticas públicas dos Estados, objetivando atingir bons níveis e qualidade de excelência na saúde, com enfoque nas populações mais desfavorecidas, como nos idosos, de forma a conseguir o desenvolvimento económico desejável.

As ações desenvolvidas com o objetivo de diminuir as desigualdades na saúde, com enfoque nos idosos, têm-se vindo a implementar, como a *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing* que se direcionava para o aumento da esperança média de

²¹⁶ Parlamento Europeu e Conselho Europeu, 2007

²¹⁷ Antecedido pelo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde Pública (2003-2008)

²¹⁸ Comissão Europeia, 2013, *Programa de saúde. Ação da UE*

²¹⁹ Comissão Europeia, 2013, *Commission staff working document. Report on health inequalities in the European Union.*

vida saudável. Este documento considera que as parcerias entre Estados-Membros são essenciais no redesenhar de estratégias, considerando: “(...) *empowering older people by targeting health literacy and information and technology skills so that they can better manage their health; facilitating access to care by integrating health and social care services; making living environments more age-friendly; enhancing older citizens’ ability to remain independent for longer; promoting social inclusion and active civic participation of older citizens; and ensuring older citizens are central to policy and practice (...)*”²²⁰

Sumariamente e tendo como fonte o documento *Compreender as políticas da União Europeia: Saúde pública*²²¹ relatamos que os objetivos gerais da política de saúde da UE são: “(...) *Prevenir a doença; promover um estilo de vida saudável; promover o bem-estar; proteger os cidadãos de ameaças transfronteiriças graves para a saúde; melhorar o acesso aos cuidados de saúde; promover a informação e a educação em matéria de saúde; melhorar a segurança dos doentes; apoiar sistemas de saúde dinâmicos e as novas tecnologias; estabelecer normas de qualidade e segurança elevadas para os órgãos e outras substâncias de origem humana; garantir medicamentos e dispositivos para uso médico de elevada qualidade, seguros e eficazes (...)*”²²². Os desafios delineados para os quais se devem encontrar respostas adequadas ao nível da UE e dos Estados-Membros são: a sustentabilidade, determinando que “(...) *os sistemas de saúde devem adaptar-se à evolução demográfica e ao aumento da procura de cuidados de saúde, tirando o maior partido possível das tecnologias inovadoras no domínio da saúde. A reforma dos sistemas de saúde deve melhorar a sua eficiência e sustentabilidade financeira e garantir o acesso de todos a cuidados de elevada qualidade (...)*”²²³; o envelhecimento da população, partindo da constatação de que “(...) *a esperança de vida dos cidadãos europeus está a aumentar, ultrapassando significativamente a idade de reforma, mas a média de esperança de vida saudável continua a ser a mesma, o que coloca sob pressão a sociedade e a economia, bem como os sistemas de saúde. À medida que a população envelhece, aumenta também a incidência de determinadas patologias (...)* Até 2020, a UE procura aumentar significativamente a esperança de vida saudável para ajudar os europeus a permanecer ativos e produtivos durante o máximo de tempo possível (...)”²²⁴; reduzir a incidência das doenças que podem ser prevenidas como o cancro, as doenças cardiovasculares e

²²⁰ Comissão Europeia, 2013, *Commission staff working document. Report on health inequalities in the European Union*.

²²¹ Comissão Europeia, 2013, *Compreender as políticas da União Europeia: Saúde pública*.

²²² Idem

²²³ Idem

²²⁴ Idem

respiratórias, a diabetes, a doenças mentais e outras doenças crónicas que representam um custo elevado para a sociedade e a economia; desigualdades no domínio da saúde, uma vez que “(...) existem enormes diferenças nos domínios da saúde e dos cuidados de saúde entre os países e as regiões da UE e dentro de cada país e região (...)”²²⁵ sendo que “(...) a incidência da doença e a esperança de vida são fortemente influenciadas por fatores como o emprego, os níveis de rendimento e de educação e a origem étnica, bem como pelo nível de acesso aos cuidados de saúde (...)”²²⁶; problemas novos e emergentes no domínio da saúde, como por exemplo novas patologias; segurança da saúde, uma vez que as ameaças transfronteiriças “(...) como os agentes biológicos e as doenças infecciosas, os agentes químicos e os perigos para o ambiente, põem gravemente em risco a saúde (...)”²²⁷.

Conforme se observa as alterações demográficas, designadamente o envelhecimento e aumento do número de idosos, são fatores considerados para a política de saúde, bem como fatores de ordem económica. Refere-se a necessidade de assegurar a saúde para as futuras gerações mencionando que “(...) as iniciativas da UE irão consolidar as ações existentes no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, especialmente no que respeita à melhoria da sustentabilidade dos sistemas de saúde (...)”²²⁸ apontando os domínios essenciais de ação, incluídos no *Programa de ação plurianual no domínio da saúde para o período de 2014-2020*²²⁹, o qual destaca, a par com outros documentos, a importância da saúde para “(...) melhorar a produtividade no trabalho, a competitividade económica e a qualidade e esperança de vida (...)”²³⁰. Os domínios em que a UE complementará e apoiará os esforços nacionais são: “(...) promoção da saúde e prevenção das doenças; proteção dos cidadãos contra ameaças sanitárias transfronteiras; sistemas de saúde inovadores e sustentáveis; cuidados de saúde de melhor qualidade e mais seguros (...)”²³¹ contemplando que “(...) O orçamento proposto pela Comissão Europeia eleva-se a 446 milhões de euros, devendo o programa entrar em vigor em 1 de janeiro de 2014 (...)”²³². O mesmo documento evidencia a necessidade de aumentar a utilização da tecnologia digital na saúde, implementando a saúde em linha e a telemedicina para melhorar o acesso, considerando que desta forma o tratamento e acompanhamento poderá ser efetuado à distância, os médicos e utentes podem aceder à prescrição através dos registos eletrónicos, a comunicação de dados

²²⁵ Idem

²²⁶ Idem

²²⁷ Idem

²²⁸ Idem

²²⁹ Comissão Europeia, 2011

²³⁰ Idem

²³¹ Idem

²³² Idem

é mais rápida (por exemplo o acesso a MCDT), há melhor coordenação nos cuidados transfronteiriços, assim como melhor colaboração entre os prestadores de serviços de saúde e melhor controlo da saúde por parte dos utentes. Como objetivos da saúde em linha coloca: “(...) a criação de um vasto sistema normalizado de registos de saúde eletrónicos e de novas redes de informação médica entre diferentes centros de cuidados de saúde. (...) coordenação da resposta às ameaças para a saúde e o desenvolvimento de serviços de saúde em linha, tais como teleconsultas, reembolso eletrónico e receitas e requisições eletrónicas (...)”²³³.

Destacamos a abordagem “*Health in all Policies*”²³⁴, a qual determina que para a abordagem ser efetiva tem que contemplar o nível nacional, o regional e o local. Ou seja, a saúde é reconhecida como um elemento integrante da maioria das iniciativas estratégicas da UE, tais como as estratégias para o crescimento económico, o emprego e o desenvolvimento sustentável. A posição defendida pela UE de necessidade de coordenação entre as diferentes áreas da política, tem como base o facto de que “(...) *Health determinants cannot be influenced by health policy on its own - there is a need for coordinated action, joint strategies and initiatives with other health-related policy areas in order to ensure that health concerns are being addressed adequately (...)*”²³⁵

As orientações/normas produzidas pelas organizações (ONU, OMS, UE), durante o percurso apresentado, foram sendo seguidas pelos Estados-Membros com cronologias dissemelhantes. Sendo que esta *décalage*, eventualmente, resultou nas dissemelhantes especificidades apresentadas pelos países, relativas à oferta aos idosos de condições para uma vivência de qualidade, refletindo-se na sua avaliação, designadamente no *Global AgeWatch Index 2013*²³⁶ e no *Active Ageing Index (2013)*²³⁷. Em ambos os relatórios, a Suécia é considerada o país que oferece melhores condições, para uma vivência com qualidade, aos idosos, quer no contexto mundial quer no da UE.

Uma análise sucinta ao percurso de produção política da política social, designadamente da saúde, para os idosos da Suécia, é demonstrativo do despertar precoce das preocupações com o nível social, nomeadamente com o iniciar da implementação do Estado Social a partir de 1930. Sendo que as preocupações com os idosos (que já existiam

²³³ Idem

²³⁴ Comissão Europeia, 2013, *Health in all policies. Policy*

²³⁵ Idem

²³⁶ HelpAge International network, 2013

²³⁷ European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion & Population Unit of the United Nations Economic Commission for Europe, 2013

desde 1913 e 1918²³⁸, essencialmente para os mais carenciados e com diminuta ou nula proteção familiar), foram sendo assumidas de uma forma mais efetiva e em 1956 passou esta responsabilidade inteiramente para a alçada do Estado, mas com enfoque no poder local, e as pensões sofreram um aumento permitindo que os idosos se tornassem independentes economicamente. Estes cuidados iniciaram-se com cuidados domiciliários básicos, mas com o aumento da tributação fiscal o Estado rapidamente ficou habilitado para financiar diversas redes de cuidados para todos os cidadãos, tendo os utentes que pagar uma pequena parcela.²³⁹ Em 1957 surge o *Social Services Act* efetivando a responsabilidade dos municípios²⁴⁰ em prestar cuidados aos idosos, nas suas casas. A partir de 1964 os cuidados domiciliários ganharam forma (e não na lógica anterior relativa à substituição de um cuidador informal), pretendendo que gradualmente estes cuidados incluíssem a socialização e abrangesse todos os cuidados que os idosos necessitassem.²⁴¹ Os cuidados domiciliários ganharam tal relevância, para a política sueca, que em 1997 é criada a primeira norma que regulamenta os cuidadores informais atribuindo-lhes uma compensação monetária.²⁴²

A centralidade dos idosos nas políticas sociais e de saúde mantiveram-se em crescendo refletindo-se na produção de políticas, objetivando abranger a totalidade da população, independentemente dos rendimentos, espelhando-se em atos normativos como a *ÄDEL-Reform* (1992). Com esta reforma, o financiamento e o fornecimento dos cuidados de saúde de longa duração para os idosos e deficientes, que entre 1983 e 1992 era da responsabilidade dos condados/províncias, passam para o os municípios, assim como os serviços sociais e, em 1995, os cuidados psiquiátricos. Com estas alterações 30% a 40% das camas dos hospitais transformaram-se em *nursing home beds*, respondendo aos doentes, que necessitavam de internamento, mas não de cuidados agudos tecnologicamente avançados.²⁴³

²³⁸ Em 1913, a Suécia estabeleceu o seguro de pensão nacional, que abarcava toda a população, financiadas por taxas específicas, aliviando o poder local no que à assistência aos pobres dizia respeito, designadamente aos idosos, permitindo o desenvolvimento do sistema de cuidados à população idosa. Assim em 1918 criou-se a nova *Poor Law of 1918*, que determinava que os municípios eram obrigados a providenciar alojamentos para os idosos em lares/casas para idosos com regras impostas relativas à qualidade e ao fato de se terem que assemelhar a casas particulares e não a instituições. Estas casas tinham como objetivo dar apoio, habitação e cuidados para os idosos, especificamente cuidados de saúde e estavam alicerçadas na realidade rural da suécia. Disseminaram-se çpor todo o país e a partir de 1947 passaram a ter melhores condições e podem ser consideradas o início do “*Social Care Establishment*” (EDEBALK, 2010 in BENGTTSSON, 2010 & EDEBALK, 2009)

²³⁹ FUKUSHIMA et all, 2010

²⁴⁰ Em termos administrativos territoriais, a Suécia é dividida em 21 *counties (län)*, traduzindo-se para condados ou províncias e correspondendo, por aproximação, ao nível do distrito português. Por sua vez os condados/províncias estão subdivididos em 290 *municipalities*, traduzindo-se para município e correspondendo, por aproximação, aos concelhos portugueses. (Government Offices of Sweden, 2013)

²⁴¹ Idem

²⁴² FUKUSHIMA et all, 2010

²⁴³ Idem

De referir que este início precoce das preocupações políticas com os cuidados aos idosos, designadamente com os cuidados de saúde, relaciona-se com o facto de a Suécia se ter deparado com o processo de envelhecimento muito cedo, especificamente com o aumento rápido do número de idosos e dos muito idosos a partir da segunda metade do século XIX (em 1749 a população com 65 e mais anos representava 6% da população e a partir de 1860 até 1900 aumenta de forma rápida atingindo os 8% em 1900).²⁴⁴

A saúde na Suécia, desde o início do século XX, não tinha sofrido grandes reformas e em 1982 dá-se a grande mudança com a *Health and Sick Care Law* imprimindo melhoramentos também para a saúde dos idosos, descentralizando a decisão política e as responsabilidades na saúde para os municípios, os quais cooperam entre si, embora tenham que seguir linhas orientadoras amplas estabelecidas pelo Estado, ficando o poder central com a responsabilidade de supervisionar, regular e inspecionar o sistema de saúde. Em 1984 com a *Dagmar Reform* a prática da medicina privada foi regulamentada, ficando obrigada à aprovação do município e à seleção dos profissionais que ficam abrangidos pelo reembolso do seguro nacional, assim como à determinação pelo município do número de utentes máximo por ano que são permitidos a cada profissional. Os cuidados de saúde primários também assumem relevância, sendo que a partir de 1993 emergiram os médicos de família privados financiados pelos condados/províncias e os centros de saúde, sendo que já anteriormente existiam em 17 dos 21 condados/províncias, embora as reformas deste nível de cuidados de saúde estivessem em debate desde meados da década de 70. Esta descentralização decisória resulta na existência de vários modelos de assistência nos cuidados de saúde primários na Suécia. A inclusão do setor privado resultou, também, em vários modelos de prestação de cuidados de saúde primários, dentro da mesma região, uma vez que embora estes cuidados sejam prestados essencialmente pelo setor público nos centros de saúde e por médicos de família, também são prestados por médicos e fisioterapeutas privados e clínicas privadas, com contratos com o Conselho do Condado e por essa via financiadas por fundos públicos, tornando as unidades e profissionais que praticam este nível de cuidados de saúde relativamente comuns nas regiões.²⁴⁵

O sistema de saúde sueco, tradicionalmente baseou-se no nível hospitalar, consumindo cerca de 80% do total da despesa pública em saúde, impelindo a restrições nos gastos e a alterações estruturais no sistema de saúde: o tempo de internamento nos hospitais diminuiu reduzindo-se o número de camas e os recursos humanos, os hospitais de pequena

²⁴⁴DAVEY et al, 2013

²⁴⁵TWADDLE, 1999; HJORTSBERG & GHATNEKAR, 2001

dimensão deixaram de ter unidades de cirurgia de urgência e os cuidados altamente especializados concentraram-se nos hospitais de grande dimensão regionais. As reduções nos hospitais resultaram no reencaminhamento dos cuidados para as unidades e profissionais que prestam cuidados de saúde primários, com estes a providenciarem todos os cuidados de saúde que não exijam as competências específicas e técnicas do hospital: cuidados básicos de saúde; cuidados preventivos; reabilitação. Atualmente o grande problema deste sistema de cuidados de saúde primários, relaciona-se com a falta de médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar. Relativamente à reabilitação, a responsabilidade é dos condados/províncias e dos municípios, e podem ser prestados em qualquer um dos níveis dos serviços de saúde, inclusivamente no domicílio.²⁴⁶

Atualmente os cuidados de saúde para os idosos na Suécia baseiam-se no intento de *“provide the elderly with support to live a high qualitative, independent life for as long as possible”*²⁴⁷. A tutela dos cuidados de saúde está dividida entre o governo central, os *county councils* (Conselhos dos Condados) e as autoridades locais, conferindo aos idosos o abranger da sua saúde pelo Estado, não negligenciando os cuidados informais que continuam a ser considerados na política nacional²⁴⁸, mas os cuidados formais assumem-se como primordiais. O financiamento dos cuidados de saúde de longo termo, resulta de impostos e taxas impostas dependendo da situação financeira dos indivíduos, garantindo os cuidados de saúde para todos os idosos. Os cuidados formais existentes compreendem cuidados institucionais e cuidados domiciliários. Assim como, atividades diárias, serviço de refeições, alarmes para defesa pessoal, adaptações necessárias nas habitações e serviços de transporte que são fornecidos pelos municípios e legalmente regulamentados. A perceção de que os cuidados domiciliários eram mais económicos, impulsionou à aposta dos municípios neste tipo de cuidados, permitindo reduzir a despesa e manter os idosos em casa durante mais tempo. Mesmo os casos mais severos de saúde que requeiram cuidados médicos mais extensos, podem ser tratados em casa, porque a assistência domiciliária é oferecida por 24 horas, sendo a institucionalização considerada como último recurso. Surgiram ainda os cuidados de curta duração, enquanto cuidados semi-institucionais, funcionando como complemento aos cuidados domiciliários e aos cuidados institucionais, com o objetivo de providenciar um local que ofereça cuidados de saúde e de reabilitação após a alta hospitalar, sendo que tem sido utilizado também por utentes que aguardam vaga nas unidades de

²⁴⁶ NILSSON (sd); The National Board of Health and Welfare (sd)

²⁴⁷ FUKUSHIMA et all, 2010

²⁴⁸ Uma vez que o *Social Services Act* determina que os municípios são obrigados a respeitar e cooperar com os cuidadores informais e dar-lhes apoio personalizado quando necessário (FUKUSHIMA et all, 2010)

institucionalização definitiva.²⁴⁹ Estas medidas têm resultado na diminuição da institucionalização dos idosos, embora este decréscimo também resulte do facto dos idosos suecos estarem cada vez mais saudáveis e independentes, exigindo menos cuidados de saúde (esta exigência de cuidados de saúde está a declinar desde a década de 80).²⁵⁰ No entanto, embora se continue a investir nos cuidados domiciliários, sendo que este investimento trouxe uma diminuição na oferta de cuidados institucionais (considerada menos positiva), surge na atualidade um novo modelo de cuidados institucionais - *safety residente* - com o objetivo de oferecer uma alternativa para os idosos que não se sintam com segurança, por via da sua condição de saúde ou de funcionalidade, para permanecer em casa mas que não reúnem condições para serem institucionalizados numa unidade de saúde. Assumem-se como uma alternativa à habitação própria, com serviços adicionais: profissionais 24 horas, sala comum e sala de jantar também comum permitindo a socialização. A considerar ainda, que a procura para a institucionalização tem aumentado alongando o tempo de espera, impelindo a que o governo se encontre atualmente em fase de reequacionar o reincorporar, de forma mais efetiva, do modelo de institucionalização. Assim como, devido ao aumento do número de idosos e dos muito idosos²⁵¹ e os custos decorrentes, tem vindo a direcionar a atenção para os cuidadores informais por serem menos dispendiosos e requererem menos recursos humanos. Outro desafio que se coloca é o bem-estar psicológico dos idosos, uma vez que a depressão entre os idosos suecos é comum e o suicídio neste grupo etário é muito representativo. Coloca-se, ainda, a necessidade de promover as atividades sociais ao nível dos cuidados de longa duração e a formação em concordância dos recursos humanos. O Estado tem ainda o objetivo, de forma a responder ao aumento da população idosa, de promover uma melhor coordenação entre os cuidados de saúde domiciliários, os cuidados aos idosos, os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários oferecidos a esta população. Bem como, promove a dimensão preventiva da saúde regulamentando a prescrição de atividade física, o fornecimento de ensinamentos aos idosos e de ajudas técnicas/produtos de apoio e promovendo as atividades culturais.²⁵² Neste sentido, o Estado sueco tem vindo a fomentar o envelhecimento ativo encontrando-se em primeiro lugar no

²⁴⁹ FUKUSHIMA et all, 2010

²⁵⁰ Sweden.se (sd)

²⁵¹ Na Suécia 18% da população tem mais de 65 anos, sendo que os estudos prospetivos demonstram que irá aumentar cerca de 30% até 2030. A esperança média de vida em 2010 era 79,1 anos para os homens e 83,2 para as mulheres. A Suécia tem a segunda maior proporção de população com 80 e mais anos da UE, representando 5,3% da população. [Sweden.se (sd)]

²⁵² Sweden.se (sd); FUKUSHIMA et all, 2010

*Active Ageing Index (2013)*²⁵³ no que à capacidade para o envelhecimento ativo e ao emprego diz respeito, em segundo lugar no que concerne com vida independente (antecedido pela Dinamarca) e em quarto lugar na participação social (antecedido pela Irlanda, Itália e Luxemburgo).

As políticas públicas de saúde suecas, têm, assim, se orientado de acordo com o solicitado pela UE: “(...) *the Council invited the member states to make the issue of healthy and dignified ageing one of their priorities for the coming years and to shift their focus towards preventive measures in order to reduce the burden of chronic diseases, frailty and disability. Healthier ageing would also allow the costs of care to be reduced and could partially offset the financial impact of demography in the health and social sectors (...)*”²⁵⁴

Conforme se observa, a Suécia inicia produção de políticas públicas relativamente à saúde e bem-estar dos idosos antes mesmo que as organizações existissem e antes de se tornar Membro destas²⁵⁵, numa lógica de responder às alterações demográficas e às necessidades da população, optando pela descentralização/regionalização da saúde, aproximando a decisão das populações. Assim como, tem direcionado a sua ação para a primazia da manutenção dos idosos nos seus domicílios, oferecendo-lhes uma rede pública de cuidados domiciliários, chegando mesmo a regulamentar os cuidadores informais, de modo a conceder-lhes melhores condições para os cuidados aos seus familiares idosos, embora existindo uma rede de serviços de qualidade de lares de idosos para os que optam pela institucionalização. Os cuidados de curta duração e os cuidados de saúde primários também têm sido beneficiados. Em suma tem seguido esta trajetória da produção política a par com as organizações internacionais.

Terminada a contextualização e concetualização, necessários ao entendimento da temática, assim como a explanação do seu enquadramento político internacional (de forma a responder à terceira questão²⁵⁶ decorrente do segundo nível de questionamento desta Tese), passamos à apresentação do resultado da nossa investigação ao nível nacional de forma a responder ao questionamento inicial, diretor da nossa investigação.

²⁵³ European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion & Population Unit of the United Nations Economic Commission for Europe, 2013

²⁵⁴ Comissão Europeia, 2009

²⁵⁵ A Suécia é Membro da ONU desde 1946, Membro da OMS desde 1947 e Membro da UE desde 1995.

²⁵⁶ (3) O processo de decisão em matéria de política de saúde, a nível internacional e nacional (Portugal), é influenciado pelo aumento do número de idosos, da esperança média de vida e a alteração do perfil epidemiológico da população?

PARTE II:
OS IDOSOS E SAÚDE EM PORTUGAL. PRESCRITORES POLÍTICOS
CONTEMPORÂNEOS E PROSPECTIVOS.

De forma a responder às questões orientadoras desta Tese²⁵⁷, consideramos essencial perceber o percurso da política de saúde, desencadeador do atual quadro sanitário e epidemiológico, uma vez que a análise do caminho percorrido, eventualmente, poderá operar como lição aprendida e diretora do que ainda estamos para percorrer. Iniciamos esta segunda parte com a descrição do percurso político da saúde em Portugal, contribuindo para a resposta às terceira e quarta questões²⁵⁸ decorrentes do segundo nível de questionamento.

II.1. Políticas de apoio à saúde e à doença.

O presente capítulo tem o propósito de descrever o percurso da política de saúde em Portugal até à atualidade (2013). Em termos metodológicos optámos por uma abordagem descritiva cronológica, fazendo momentos de análise pontuais. Baseia-se nos documentos legislativos produzidos, uma vez que, embora exista muita bibliografia sobre o assunto, nenhuma refere maioritariamente os documentos que desencadearam as ações políticas. No processo de pesquisa documental e bibliográfica, deparamo-nos com um manancial avultado de informação e produção legislativa em alguns períodos políticos, o que inicialmente nos precipitou para a seleção do que consideramos ser o essencial. No entanto, considerando a trajetória nacional, quase inédita, no que respeita à transição demográfica e epidemiológica (espelhada pela abrupta mudança com sentido positivo dos indicadores que refletem o bem-estar da população portuguesa, no que respeita à saúde), decidimos apresentar todos os documentos que resultaram da nossa pesquisa, de forma a perceber qual o percurso normativo que os desencadeou, visíveis no capítulo correspondente desta tese²⁵⁹. Embora a

²⁵⁷ (1) Em Portugal, os serviços e recursos humanos da saúde existentes no sistema de saúde, a nível regional e essencialmente no SNS, são proporcionais ao número de idosos e respondem às necessidades da população idosa atual e futura? ; (2) Que ajustamentos devem ser promovidos nos serviços e recursos humanos da saúde em Portugal, considerando o aumento espetável do número de idosos, da esperança média de vida, a alteração do perfil epidemiológico, a alteração do perfil da população idosa, designadamente no que respeita ao nível de instrução?

²⁵⁸ (3) O processo de decisão em matéria de política de saúde, a nível internacional e nacional (Portugal), é influenciado pelo aumento do número de idosos, da esperança média de vida e a alteração do perfil epidemiológico da população?; (4) Em Portugal o percurso da política de saúde influenciou o perfil epidemiológico da população e o aumento da esperança média de vida, bem como estes influenciaram a trajetória da mesma política de saúde?

²⁵⁹ E que se reveste de grande interesse e curiosidade na comunidade académica internacional, conforme tivemos oportunidade de constatar nas conferências internacionais onde estivemos e que sempre suscitou inúmeras questões por parte da assistência, pela abrupta descida, por exemplo, da taxa de mortalidade infantil após a instauração da democracia em Portugal.

tomada de decisão relativa a algumas áreas da política de saúde, que iremos apresentar, aparentemente não se relacionar com o objeto de estudo desta tese, os idosos e a saúde, acreditamos que é o somatório de todas e o confluir das mesmas que resulta no quadro atual e, por essa razão, as consideramos merecedoras de referência. Não foi nossa preocupação a delimitação política e ideológica, mas sim a continuidade ou as ruturas que influenciaram o perfil demográfico e de saúde da população portuguesa, de forma a perceber o percurso, sem interferência da ideologia política matriz de cada grupo partidário. Ou seja pretende-se perceber de onde viemos, onde e como estamos e para onde vamos, ou devemos ir. Acrescentamos e reforçamos que tendo em conta o nosso objetivo, relativo a conseguir perceber o percurso, quando apresentamos os documentos legislativos, apresentamos o seu conteúdo sem transpor para a sua análise e, sempre que consideramos ser pertinente a narrativa, optamos por a citar para transparecer o seu real conteúdo.

Portugal ao longo da história sofreu grandes alterações de regime político, mas não interferiram com o perfil demográfico, epidemiológico e sanitário de forma muito marcante até à implementação do regime democrático. As mudanças subsequentes foram significativas, facto que justifica o delimitar em pontos de acordo com este marco histórico. Outro marco histórico que consideramos prende-se com a reorganização dos serviços de saúde e a alteração do que poderemos considerar ter sido o molde de edificação do SNS. Desta forma o primeiro ponto inicia-se após a implementação do regime democrático e termina com a implementação do programa de reestruturação dos serviços em 2005, e o segundo e último ponto vai desta data a dezembro de 2013 (término da nossa pesquisa).

No anexo VI, apresenta-se cronologicamente a trajetória prévia à implantação do regime democrático em Portugal. Limitamo-nos, aqui, a destacar ideias chave enquadradoras da orientação política consequente.

Numa fase inicial não podemos falar em política pública de saúde, mas sim de higiene pública. Não obstante, foram existindo momentos decisórios de produção de medidas políticas, criando ruturas e derivando no que reconhecemos como sendo políticas públicas de saúde com preocupação pelo bem-estar social, desenhando-se como reformas que na sua maioria não foram totalmente concretizadas, mas que deixaram o seu cunho e imprimiram alterações políticas e sociais. A prestação de cuidados de saúde era essencialmente da alçada religiosa, com ação do decisor quase limitada aos *Cordões Sanitários Militares*, conferindo relevância às *Misericórdias*, detentoras da maioria das instalações de saúde e vetor primordial de prestação de cuidados de saúde, ou de assistência, maioritariamente aos mais desfavorecidos.

Durante o século XVI e XVII, a prestação de cuidados de saúde manteve-se com cariz caritativo, privado e religiosos, no entanto o *Rei* passou a considera-los, também, como parte integrante do seu dever social criando a *Provedoria-mor de Saúde* que coordenava a *Polícia Sanitária* e as inspeções médicas tornaram-se regulares, para alguns grupos de risco, e no século XVIII instituíram-se os serviços de inspeção dos produtos comestíveis que se encontravam à venda. Não obstante, a ação destes organismos era mais visível em situação de risco de epidemia. De salientar que no século XIX, em 1812, foi criada a *Instituição Vacínica* e em 1813 a *Junta de Saúde*, que coloca Portugal à frente dos restantes países europeus, no que concerne com a tomada de decisão sanitária e a qual pode ser considerada como a génese da consciência sanitária em Portugal. Esta linha evolutiva conflui na constituição de 1822, que confere às *Cortes* e ao *Governo* a incumbência de aumentar o número das casas de Misericórdia e hospitais, entre outros equipamentos ligados à saúde e caridade. Bem como, é criada a *Sociedade das Ciências Médicas*, em Lisboa, e em 1825 são fundadas as *Escolas Régias de Cirurgia* de Lisboa e Porto. Em 1826 a *Carta Constitucional* refere que “(...) a constituição garante os Socorros Públicos (...)”. Com esta lógica de demonstração crescente do interesse pelas matérias de saúde pública, em 1835 é fundada a *Sociedade Farmacêutica Lusitana* e é publicado o *Código Farmacêutico Lusitano*.

As medidas que tinham como base a criação e desenvolvimento de estruturas com alçada sobre a saúde, desde a formação de profissionais até à implementação de medidas higieno-sanitárias e “fiscalização” dos meios de tratamento, como sejam os medicamentos, e aplicação de medidas preventivas, como a vacinação, foram se implementando e desenvolvendo. A cobertura do território por estes serviços, foi sendo considerada e a partir de 1837, com Passos Manuel e a sua tentativa de implementar mais uma reforma na saúde, a prevenção passou a fazer parte da ação em saúde.

Embora de forma paulatina, as medidas no âmbito da saúde foram evoluindo e no final do século XIX, o trabalho de Câmara Pestana, como bacteriologista, e do médico Ricardo Jorge na organização das medidas de ação, vigilância e tratamento, essencialmente durante a peste bubónica no Porto (1899), projetaram Portugal para territórios estrangeiros.

As preocupações crescentes com a saúde desencadearam a *Reforma Sanitária de Ricardo Jorge*, enquanto Inspetor-geral da Saúde, constituindo uma tentativa de edificar o alicerce da saúde pública em Portugal, inspirada no exemplo de Inglaterra. Reorganizou a *Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Publica*, criou a *Inspeção Geral Sanitária*, o *Conselho Superior de Higiene Publica*, o *Instituto Central de Higiene*, como instituições centrais de coordenação; criou os cursos de *Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária* e

definiu as competências das entidades administrativas e eclesiásticas relativas à saúde. Apesar dos benefícios impressos, a dispersão de responsabilidades por numerosas entidades e o desinteresse das mesmas, não permitiram a sua concretização total.

Na Primeira República, efetuou-se a reforma do ensino médico e implementou-se a sanidade escolar e a vacinação obrigatória, assim como se desenvolveu o higienismo no que respeita a medidas relativas à água, saneamento, circulação de ar, condições de habitação e dos alimentos. No entanto, o pendor essencialmente caritativo e religioso da saúde permanecia. Ou seja, conforme estava explanado na *Constituição de 1911*, o Governo tinha uma ação de carácter assistencialista, com a referência à saúde a conferir à população o direito à *assistência pública*. De forma a melhorar os cuidados de saúde, ainda se apostou na formação dos profissionais, criando em 1918 a Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa e estabelecido o Curso Geral e o Curso Complementar de Enfermagem. As dificuldades decorrentes da crise económica com que Portugal se depara após 1918, aumentam os impedimentos para implementar as reformas da saúde. Ainda assim, produzem-se um conjunto de documentos legislativos que criam seguros sociais obrigatórios na doença, invalidez, velhice e sobrevivência bem como o *Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral*, com a função de fiscalização. Demonstrando-se assim, uma rutura com o conceito de saúde existente, revelando a preocupação crescente com a ampliação do acesso à saúde e com o desígnio de aumentar a intervenção do Estado, imergindo um esboço do Estado Providência.

Com a mudança de regime para a Ditadura Militar, mais uma reforma se sucedeu, em 1927, a *Reforma dos Serviços de Saúde Pública*, tendo sido impelida pelo facto de a avaliação realizada à saúde e higiene públicas, colocar Portugal em “(...) *considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional* (...)”²⁶⁰ em posição contrária com outros países, alguns com iguais dificuldades económicas, que após a I Guerra Mundial apostaram na medicina preventiva “(...) *sem olhar a sacrifícios* (...)”²⁶¹. Com esta reforma, reorganizaram-se os serviços de saúde, suprimindo-se as delegações distritais de saúde, conferindo-se mais autonomia às autoridades sanitárias concelhias, e criaram-se as *Juntas de Higiene*, a nível municipal. Não obstante, não se atingiram todos os objetivos pois as inquietações do regime direcionavam-se preferencialmente para a manutenção da ordem e para o controlo das finanças públicas.

²⁶⁰ Decreto nº 12477 de 12 Outubro de 1926, regulamentado pelo Decreto nº 13166 de 28 Janeiro de 1927

²⁶¹ Idem

A subida de Salazar ao poder e a implantação do Estado Novo, produziu os preceitos de estabilidade política para se efetivar nova reforma dos serviços de saúde e assistência. No entanto, a postura do novo regime concentrou-se maioritariamente na crítica à política de saúde da I República, que colocava o Estado com ambições de deter as estruturas prestadoras de cuidados de saúde à população. Em termos ideológicos, a doutrina de Salazar assentava no princípio retratado na frase que citamos: “(...) *Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições, fazendo por si a assistência (...)*”²⁶². Contextualmente, durante o período do Estado Novo os cuidados de saúde de índole privada prevaleceram por opção ideológica e não por incapacidades de outra ordem, como se verificou em outros regimes, designadamente por questões de ordem económica. Postura esta, plasmada na *Constituição de 1933*²⁶³ e que embora conferisse ao Estado obrigações em matéria de saúde determinando que “(...) *é direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade, da alimentação e da higiene pública (...)*” (Art.40) afirmava que “(...) *o Estado promove e favorece as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade (...)*”(Art.41). Enceta-se a desoficialização da assistência e a concretização dos desígnios de primazia das instituições particulares da assistência, essencialmente das Misericórdias que funcionavam como suporte institucional de “(...) *um assistencialismo caritativo organizado e concedido na base de critérios ético-religiosos...*”²⁶⁴. Esta “(...) *desoficialização/privatização encontra o seu prolongamento nas formas de contrato do pessoal de assistência (simples prestação de serviços ou assalariamento) (...)*”²⁶⁵, exceto os cargos de direção e chefia²⁶⁶. De referir a importância conferida à relação entre o Estado e a Igreja Católica, fortalecida na Concordata de 1940²⁶⁷, dando à Igreja um papel relevante na Assistência. A respeito, Salazar afirmou que “(...) *era preciso coroar essa obra [da Igreja] já realizada e tirar dela todas as consequências sociais e políticas (...)*”²⁶⁸, oficializando a sua opção de integração da Igreja na Assistência, contrariando o entendimento de Assistência e Saúde da I República.

No contexto internacional no período pós II Guerra Mundial, surgem correntes ideológicas de promoção, de proteção na saúde e de universalidade na oferta dos cuidados de saúde, designadamente o *National Health Service* no Reino Unido (1948), o qual não foi

²⁶² Afirmação que data da época em que era Provedor da Misericórdia de Coimbra in COSTA, Rui Manuel Pinto, 2009, *O poder médico no Estado Novo (1945-1974)*, U.Porto editorial. Porto. p. 77

²⁶³ Assembleia da República, 2014, *Constituição de 1933*

²⁶⁴ CAMPOS, 1983

²⁶⁵ LOPES, Octávio Gonçalves, 1987

²⁶⁶ Diário da República, 1942, *Decreto-Lei n.º 31913 de 12 de Março de 1942*

²⁶⁷ Diário da República, 1940, *Diário do Governo n.º de 10 de Julho de 1940. Série I, n.º158*

²⁶⁸ FERREIRA, 2006

encarado pelo regime português como um modelo a seguir, por contrariar a doutrina oficial do regime. De referir, que a 22 de Julho de 1946 é criada OMS, cuja Constituição entrou em vigor em 1948²⁶⁹, e nesta podia ler-se que “(...) *Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser cumprida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (...)*”. Neste contexto internacional e num contexto nacional mais permissivo, condescendido pela liberdade influenciada pelo período eleitoral para as eleições de 18 de Novembro de 1945, e num período em que o Estado detinha condições económicas favoráveis, surge a *Reforma de Trigo Negreiros*. Esta reforma demarca, de forma ténue, a necessidade de mudança na linha orientadora da tomada de decisão política, uma vez que existem “(...) *instantes e imediatas necessidades de intensificação e desenvolvimento da atividade no campo da assistência (...)*”²⁷⁰ e que “ (...) *as iniciativas particulares nem sempre se ajustam às necessidades (...)*”²⁷¹. Assim, concretizaram-se medidas como: criação da Direção-Geral da Saúde (DGS), com funções de orientação e fiscalização em relação à prática sanitária; criação da Direção-Geral da Assistência, que detinha o encargo administrativo sobre os hospitais e sanatórios; criação em todos os distritos de uma delegação de saúde e em cada concelho uma subdelegação; previram-se os Hospitais Cívicos de Lisboa e os Hospitais da Universidade de Coimbra; regulamentaram-se as instituições de assistência particular, subordinadas ao Ministério do Interior; criaram-se institutos direcionados para questões específicas de saúde pública como sejam a tuberculose e a saúde materna. Passou-se a dar atenção a três dimensões da saúde, designadas por assistência preventiva, assistência paliativa e curativa e assistência construtiva. Decorrente desta reforma, surge a Lei n.º 2011²⁷² (1946), que estabeleceu as bases da organização hospitalar e promoveu a construção de hospitais pelo Estado que posteriormente foram entregues às Misericórdias, demonstrando a continuidade ideológica. Ainda neste âmbito ideológico, anteriormente são estabelecidas, a 15 de maio de 1944, as Bases Gerais do Regime Jurídico da Assistência Social, através da Lei n.º 1998²⁷³, que reafirmava o carácter supletivo da atuação do Estado afirmando que a sua atuação, no que respeita à saúde, será “(...) *dentro das possibilidades económicas (...)*”, acrescentando que as instituições e obras de assistência do Estado deveriam ser desoficializadas a curto prazo. Sendo que nas mesmas Bases Gerais, se conserva o papel central das Misericórdias na prestação de cuidados de

²⁶⁹ A 7 de abril de 1948, sendo ratificada por Portugal, a 6 de Fevereiro de 1948

²⁷⁰ Diário da República, 1945, *Decreto-Lei n.º 35108 de novembro de 1945*

²⁷¹ Idem

²⁷² Diário da República, 1946, *Lei n.º 2011 de 11 de abril de 1946*

²⁷³ Diário da República, 1944, *Lei n.º 1998 de 15 de maio de 1944*

saúde (Base XVII), cabendo ao Subsecretariado de Assistência “(...) *orientar, tutelar e inspecionar (...)*” os serviços de assistência.

Ainda em 1946, surgiu a Federação das Caixas de Previdência²⁷⁴. Com as Caixas de Previdência, que incluíam a prestação de cuidados de saúde, foi possibilitado pelo regime a criação de um conjunto de subsistemas de saúde que “(...) *não garante um direito universal e geral à saúde, restrito como se encontra aos beneficiários do sistema (...)*”²⁷⁵, colocando à periferia uma quantia avultada da população sem acesso às Caixas, originando entre os beneficiários de diferentes Caixas disparidades nos serviços que lhes eram prestados.

Na década de 50 Miller Guerra (médico dirigente da Ordem dos Médicos), foi um dos críticos dos princípios caritativos e assistencialistas que caracterizavam a saúde em Portugal²⁷⁶. Nesta fase a maioria da classe médica desenvolvia agitação reivindicativa e “(...) *eram muitos os médicos que pediam a criação de um Ministério da Saúde, cuja pasta fosse atribuída a um medico (...)*”^{277 278}, impelindo a criação do Ministério da Saúde e da Assistência em 1958²⁷⁹. Não obstante é reconhecido que “(...) *não foi mais do que a transformação do Secretariado de Assistência Social em Ministério, porque as competências e os meios disponíveis não foram significativamente melhorados (...)*”²⁸⁰, sendo que o Ministro da época, Henrique Martins de Carvalho, afirmou que “(...) *Salazar transigira com a opinião pública e criara o MS; mas (...) não tinha grande interesse em que este equacionasse e procurasse atuar (...) nos problemas essenciais do sector (...)*”²⁸¹.

Durante o ano de 1961 “(...) *continuavam a proliferar organizações, sem qualquer coordenação entre si (...)*”²⁸² e, segundo a mesma autora, a escassez de recursos humanos e a sua falta de preparação técnica, bem como as dificuldades de financiamento e de acesso aos cuidados de saúde, caracterizavam este período. Em 1962, efetua-se a Reforma da

²⁷⁴ A Previdência regulamentada através da Lei de Bases de Organização da Previdência (Lei 1884 de 16 de Março de 1935) “(...) *pode ser considerada como um conjunto diversificado de organismos que compõem três sectores distintos (...) a) o sector corporativo, composto pelo conjunto das instituições de previdência dos organismos corporativos (Caixas Sindicais de Previdência, caixas de previdência das Casas do Povo, e Casa dos Pescadores); b) o sector privado, composto pelas Caixas de Reforma ou de Previdência e as Associações de Socorros Mútuos; c) o sector público, constituído pelas Instituições de Previdência dos Servidores do Estado e dos Corpos Administrativos (Caixa Geral de Aposentações e Montepio dos Servidores do Estado) (...)*” in PEREIRINHA & CAROLO, 2006

²⁷⁵ CARREIRA, 1996

²⁷⁶ GUERRA, Miller, *Boletim de Assistência social*, Ano 16. Nº 133 e 134 in COSTA, 2009

²⁷⁷ COSTA, 2009

²⁷⁸ Apesar desta agitação da classe médica no Estado Novo, muitos foram os médicos mais ligados ao Regime que defenderam a política assistencial oficial.

²⁷⁹ Diário da República, 1958, *Decreto-Lei n.º 41825 de 13 de agosto de 1958*

²⁸⁰ SAMPAIO, 1981

²⁸¹ Henrique Martins de Carvalho in GONÇALVES, 1990

²⁸² RODRIGUES, 2013

Previdência Social²⁸³ a qual “(...) veio permitir a generalização dos cuidados de saúde às casas do povo e pescadores, aos familiares dos beneficiários e melhorias no esquema de seguro/subsídio de doença que já existia (...)”²⁸⁴. Nesta linha orientadora de tomada de decisão, em 1963 é criada a Assistência Social para os Servidores Cíveis do Estado (ADSE) pelo Decreto-lei n.º 45002²⁸⁵. A década de 60, afigura-se como uma década de reformas, como seja em 1963 a Lei n.º 2120²⁸⁶, que promulga as bases da política de saúde e assistência, atribuindo ao Estado a “(...) organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada (...)”.²⁸⁷ Esta lei de bases, no que respeita à abrangência da ação em saúde pública, determina que, na Base IX, as mesmas abarcavam a educação sanitária da população, o saneamento do meio ambiente, a higiene materno-infantil, infantil, escolar, a alimentação e do trabalho, a higiene mental, a profilaxia das doenças transmissíveis e sociais, a defesa sanitária das fronteiras, a hidrologia médica e das estações balneares, a fiscalização da produção e comercialização dos medicamentos e a comprovação da sua eficiência. A mesma lei de bases, denota uma rutura com a linha orientadora anterior, designadamente com a Lei de Bases de 1944²⁸⁸, uma vez que distancia o carácter fundamentalmente caritativo da Assistência, enceta uma tendência de centralização dos serviços e propunha-se a implementar uma política de saúde global. No entanto, este Diploma mantém o carácter supletivo da ação do Estado, os benefícios das instituições particulares e os entraves à implementação da pretendida política de saúde global.

De forma a responder às necessidades dos lesionados da Guerra do Ultramar, em 1966 abre o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMR), pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, sendo o primeiro centro totalmente dedicado à Medicina Física e de Reabilitação (MFR), bem como abre a Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA), surgindo a formação dos primeiros fisioterapeutas portugueses, conferida em cooperação com entidades internacionais, particularmente o *World Rehabilitation Fund*. Esta Escola formava, para além de Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais. Anteriormente, no contexto dos Hospitais Centrais e de outros estabelecimentos tutelados pelo Ministério da Saúde e Assistência, criaram-se, para além

²⁸³ Diário da República, 1962, *Lei n.º 2115 de 18 de junho de 1962*

²⁸⁴ PEREIRA, 1999

²⁸⁵ Diário da República, 1963, *Decreto-Lei n.º 45002 de 27 de abril de 1963*

²⁸⁶ Diário da República, 1963, *Lei n.º 2120 de 19 de julho de 1963*

²⁸⁷ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

²⁸⁸ Diário da República, 1944, *Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944*

das Escolas de Enfermagem, cursos de preparação de outros profissionais de saúde (1961), enquadrados atualmente na carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT).

No ano de 1968 é publicado o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais²⁸⁹, pretendendo promover a uniformização da orgânica de funcionamento de todos os hospitais, públicos e privados, a reafirmação da regionalização hospitalar e a afirmação do princípio social em conjugação com o princípio da eficiência. Estes documentos legislativos, representaram a entrada do sistema hospitalar nacional “(...) *na sua fase moderna (...)*”²⁹⁰ colocando pela primeira vez, durante o regime, o doente como “(...) *centro polarizador, origem e fim (...)*”²⁹¹ das atividades hospitalares. Este plano foi de difícil execução, por o financiamento depender da Previdência, representando uma das razões do seu insucesso²⁹².

Após a morte de Salazar, Marcelo Caetano assume o poder, em setembro de 1968 e, aproveitando o momento, acentuaram-se as críticas da classe médica. Neste contexto, em 1969, Miller Guerra, Bastonário da Ordem dos Médicos, reclamou: a conceção e valorização da carreira de saúde pública, porque esta deveria “(...) *constituir a espinha dorsal do Serviço de Saúde (...)*”; a criação de “(...) *Hospitais sub-regionais – Centros de Saúde (...)*”; a associação da ação médico-sanitária e social; o aumento do número de quadros médicos qualificados e do restante pessoal sanitário; a criação de um novo Ministério que integrasse a Saúde, a Assistência e a Previdência, com o intento de aperfeiçoar a coordenação das políticas de Saúde (situação que se consegue no período em que Marcelo Caetano está no poder)²⁹³. Estas reivindicações surgem concordantes com o que se vivia que, de acordo com Jorge Simões²⁹⁴, entre 1944 e 1971, o Estado português permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por vários subsistemas independentes, difíceis de coordenar, devido ao facto de não pretender assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde. Efetivamente o sistema de saúde era constituído por “ (...) *um conjunto fragmentado de serviços de Saúde de natureza variada – os grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico-Sociais da Previdência (...)* médicos municipais, serviços especializados

²⁸⁹Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

²⁹⁰COSTA, 2009

²⁹¹LOPES, 1987

²⁹²SAMPAIO, 1981

²⁹³GUERRA, 1969

²⁹⁴SIMÕES, 2005

para a Saúde Materna e Infantil, a Tuberculose e doenças do foro psiquiátrico, e um setor privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório (...)”.²⁹⁵

Relativamente aos cuidados de saúde primários, a OMS conclui que, somente a partir da década de 60 é observável a interferência do Estado com a fixação de leis no âmbito do seu financiamento e da sua organização. Não obstante, e apesar dos esforços desenvolvidos até 1970, as principais dificuldades persistiam²⁹⁶: distribuição geográfica assimétrica dos estabelecimentos de saúde e dos recursos humanos; saneamento deficiente e insuficiente cobertura populacional; tomada de decisões centralizada; falta de ligação ou coordenação entre as instalações existentes e os prestadores, e pouca avaliação; múltiplas fontes de financiamento e disparidades de benefícios entre grupos da população; discrepância entre a legislação e as medidas políticas com a efetiva prestação de serviços de saúde; baixa remuneração dos profissionais de saúde.

Neste contexto político mais permissivo e com o florescimento da centralidade da população nas políticas de saúde, surge a Reforma de 1971²⁹⁷ - *Reforma de Gonçalves Ferreira*. Esta reforma tinha como princípios fundamentais: a melhoria científica e técnica; o planeamento e programação eficazes; a unificação e pluridisciplinaridade na conceção e execução da política de saúde. O Decreto em causa explicita princípios, como “(...) o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do MS, a integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados (...)” e ainda a noção de planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais. Surgem os “*centros de saúde de primeira geração*”. Assim, o Estado passa a ter responsabilidades na conceção e coordenação de uma política de saúde centralizada, mas descentralizada na prestação de serviços. Sendo que a centralização se consubstanciava na criação: da Escola Nacional de Saúde Pública; do Gabinete de Estudos e Planeamento; da Secretaria-geral. A descentralização consubstanciava-se na criação de Centros de Saúde concelhios (1ª geração) e de Postos de Saúde, em que ambos tinham funções preventivas no âmbito da ação da saúde, traduzindo uma aposta na prevenção e proximidade. Acrescentamos que em 1973

²⁹⁵SOMOS, 2010

²⁹⁶BENTES et al, 2004

²⁹⁷Diário da República, 1971, *Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro de 1971*

surge o MS, autonomizado face à Assistência²⁹⁸. Esta reforma consistiu no primeiro esboço de um SNS, mas as condicionantes políticas persistiam impedindo a total concretização.²⁹⁹

A linha de raciocínio de Gonçalves Ferreira persistiu, na sua essência, ultrapassando a mudança de regime político, que acontece a 25 de abril de 1974, demonstrando a importância desta reforma para a saúde em Portugal. Uma vez que, contrariando outras áreas políticas, na saúde as ruturas não foram radicais com a mudança de regime (Ditadura para Democracia), persistindo, o cunho marcante e notável desta reforma: os CS e a valorização dos cuidados de saúde primários.³⁰⁰

II.1.1. A política de saúde no Portugal democrático.

Iniciamos este ponto, citando Octávio Gonçalves Lopes “(...) *Com o movimento revolucionário de 25 de Abril de 1974, novas perspectivas de profunda mudança se abrem para a saúde em Portugal e novas esperanças surgem para as populações. Com a queda do regime tudo é posto em causa. Os novos governantes, apostados na racionalização dos meios e no termo da anarquia e da incoerência, iniciam um novo período na saúde em Portugal (...)*”³⁰¹ Refere-se a esta fase como o início de um novo período na saúde, mas outros autores consideram que tal não aconteceu, afirmando uma linha de continuidade ideológica: “(...) *reafirmamos a tese da continuidade ideológica. Tal significa que se não houve ruturas significativas entre 1971 e os anos que se seguiram à Revolução de 1974, também se constatou, após a afirmação política e normativa do Serviço Nacional de Saúde em 1979, a progressiva aceitação, nas suas linhas gerais, do modelo beveridgeano*³⁰² *pelos forças políticas e sociais mais relevantes na sociedade portuguesa (...)*”³⁰³

Efetivamente podemos aceitar estas duas posições, porque se por um lado houve uma efetiva rutura política (de um regime ditatorial para um democrático) e a abertura política permitida pelo segundo regime, bem como, a importância que é dada ao setor social, imprimem uma linha orientadora oposta nas políticas dos dois regimes, por outro lado, em relação à política de saúde, já se tinha desenhado, com a abertura permitida por Marcelo Caetano, uma cobertura universal, demonstrando a preocupação com as populações. Ou seja, há um pendor social que emerge e que tem continuidade no pós 25 de Abril, culminando em 1979 com o SNS. No entanto, continuava a existir ausência de integração de

²⁹⁸Diário da República,1973, *Decreto-Lei n°584/73, de 6 de novembro de 1973*

²⁹⁹ SAMPAIO, 1981

³⁰⁰ CAMPOS & SIMÕES, 2011

³⁰¹ LOPES, 1987

³⁰² “(...) *Sistema assente (...)* em receitas fiscais e em serviços públicos(...)” in CAMPOS & SIMÕES, 2011

³⁰³ CAMPOS & SIMÕES, 2011

todos os serviços de saúde num único sistema nacional, por via da dispersão das várias valências em diferentes ministérios, com pouca coordenação na tomada de decisão, embora a Reforma de Gonçalves Ferreira tenha perseguido esse intento.

A tentativa de concretizar os desejos de materialização de um sistema nacional de saúde³⁰⁴ surge com o Programa do I Governo Provisório³⁰⁵. No preâmbulo pode-se ler, demonstrando a rutura com a política anteriormente vigente, relativamente à preocupação com a população e a política social que compete ao Governo “(...) adotar uma nova política social que (...) tenha como objetivo a defesa dos interesses das classes trabalhadoras e o aumento progressivo, mas acelerado, da qualidade de vida de todos os portugueses (...)”. Relativamente à saúde menciona, no ponto concernente à política social, como orientação a seguir, o “(...) lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos (...)”. Este documento poderá entender-se como uma regressão por extinguir o MS, retirando-lhe importância, mas confere importância à saúde lançando a necessidade de criação de um SNS para todos. Pode também perceber-se como um concretizar do que com Gonçalves Ferreira se pretendia, ou seja como facilitador da ação integrada e coordenada, dos níveis sociais e da saúde. Assim, o Decreto-Lei nº 589/74³⁰⁶, transfere os serviços de ação médico-social de inscrição obrigatória, para a tutela da Secretaria de Estado da Saúde³⁰⁷ e reforça as bases para a criação do SNS.

Em novembro de 1974, a Secretaria de Estado da Saúde lançou um documento, cujo título era “*Subsídios para o lançamento das bases do SNS*”, que continha as questões essenciais a que o SNS deveria dar resposta, bem como apelava à participação dos “(...) partidos políticos, sindicatos, ordens profissionais, serviços e estabelecimentos de saúde públicos e privados, autarquias locais, instituições de ensino, associações cívicas, culturais e económicas (...)”³⁰⁸ de forma a concretizar este projeto da melhor maneira. Nesta tentativa de abarcar a saúde, pelo Estado, e de responsabilização deste face à saúde da população, durante o ano de 1974, os hospitais distritais e centrais contidos nas Instituições Particulares sem Fim Lucrativo foram assumidos pelo Estado, processo este que decorreu também em

³⁰⁴Sistema de saúde: Compreende “(...) todas as atividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde (...)” in Organização Mundial da Saúde, 2000

³⁰⁵ Diário da República, 1974, Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de maio de 1974

³⁰⁶ Diário da República, 1974, Decreto-Lei nº 589/74, de 6 de novembro de 1974

³⁰⁷ No entanto, só após dois anos - com o Decreto-lei nº 17/77 de 12 de Janeiro - esta integração será efetivada.

³⁰⁸CAMPOS & SIMÕES, 2011; SIMÕES, 2005

1975, relativamente a todos os hospitais locais que não estavam sobre a tutela estatal³⁰⁹, tais como a integração dos hospitais geridos pelas Misericórdias na gestão pública³¹⁰.

Este novo regime tinha também como objetivo para a saúde, a descentralização da prestação de serviços e concordantemente criou as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde³¹¹, visando a concretização dos seguintes objetivos: promoção e vigilância da saúde e prevenção das doenças; diagnóstico e tratamento dos indivíduos doentes e reabilitação de diminuídos; ensino e formação de trabalhadores de saúde. Contextualmente, no mesmo ano, o Despacho de 23 de junho de 1975, determinou um período obrigatório de permanência dos médicos recém-formados nos CS, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados³¹², conforme se pode ler no preâmbulo do Decreto-Lei nº 580/76³¹³ “(...) por despacho ministerial de 23 de junho de 1975 (...) foi instituído o serviço médico na periferia para os médicos que, tendo terminado o internato de policlínica, desejassem prosseguir na carreira médica, o qual consiste na prestação obrigatória de um ano de serviço a nível concelhio ou local (...)”, sendo assim instituído o Serviço Médico à Periferia e regulamentado pelo Decreto-Lei em causa. Neste documento legislativo afirma-se que esta experiência se revelou muito positiva contribuindo para a resolução das carências de cobertura sanitária, assim como “(...) a ação desenvolvida pela generalidade dos médicos policlínicos teve ampla receptividade por parte das populações, que deste modo foram particularmente sensibilizadas para uma mais ativa participação na resolução dos problemas locais de saúde (...) revelaram-se igualmente positivos os resultados obtidos pelos médicos policlínicos, do seu estreito contacto com as populações, na prática de uma medicina inserida nas comunidades, o que não pode deixar de se considerar fator de grande importância para a sua mais completa formação profissional (...)”. Segundo Vítor Ramos³¹⁴ “(...) o Serviço Médico à Periferia havia criado necessidades e expectativas junto às populações ao mesmo tempo que muitos médicos adquiriam uma nova visão da medicina e dos problemas reais de saúde do país (...)”. Este documento legislativo foi alterado pelo Despacho Normativo nº 386/79³¹⁵ de forma a garantir uma maior adequação à realidade nacional e pelo Decreto-Lei nº 248/80³¹⁶ que regionaliza as atribuições do Ministério do Trabalho e consequentemente o que às questões laborais médicas diz respeito. O Serviço

³⁰⁹BARROS & SIMÕES, 2007

³¹⁰ Diário da República, 1975, *Decreto-Lei nº 488/75 de 4 de setembro de 1975*; Diário da República, 1975, *Decreto-Lei nº 618/75 de 11 de novembro de 1975*

³¹¹Diário da República, 1974, *Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de dezembro de 1974*

³¹²FERREIRINHO et al, 2006

³¹³Diário da República, *Decreto-Lei nº 580/76 de 21 de Julho de 1976*

³¹⁴RAMOS, 1987

³¹⁵Diário da República, 1979, *Despacho Normativo nº 386/79 de 31 de dezembro de 1979*

³¹⁶Diário da República, 1980, *Decreto-Lei nº 248/80 de 24 de julho de 1980*

Médico à Periferia extinguiu-se em 1983³¹⁷. Em relação aos CS, em 1976, decorrente da aplicação do Decreto-Lei nº 413/71, existiam 206 CS em funcionamento, demonstrando a sua disseminação, pelo território nacional³¹⁸. Contribuindo para a execução dos objetivos do Governo, com o processo de descolonização regressaram profissionais de saúde, garantindo os recursos para expandir a cobertura do setor público no sistema de saúde.³¹⁹

De referir que, em continuidade com o mencionado anteriormente, e referido no Anexo IV, relativamente aos técnicos de saúde não médicos, e pela relevância que os técnicos formados na escola em causa, têm nos cuidados de saúde da população objeto de estudo desta investigação, em 1974 após a revolução do 25 de abril, sucederam-se grandes alterações na Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA). O médico Diretor é substituído por “ (...) *um órgão diretivo colegial que abrangia representantes dos docentes efetivos (...), dos alunos e respetiva associação de estudantes, assim como dos funcionários (...)*”³²⁰ e assistiu-se a “(...) *um forte movimento tendente ao reconhecimento académico da formação, perspetivando-se a integração no sistema educativo ao nível do ensino superior (...)*”³²¹. Nas escolas abarcadas pela Portaria nº 18523 não existiram alterações equiparáveis ao que sucedeu na ERA, não havendo um corpo docente formado por profissionais das correspondentes áreas.³²² Em 1975, o número destes recursos humanos da saúde é também incrementado nos serviços públicos com a integração dos profissionais que regressaram na sequência do processo de descolonização.^{323 324}

A Constituição aprovada em 1976³²⁵, no seu artigo 64.º dita que “(...) *todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Esse direito efetiva-se através da criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país (...)*”. Foi com esta Constituição, que

³¹⁷Diário da República, 1983, *Decreto-Lei nº 139/83 de 28 de março de 1983*

³¹⁸CERQUEIRA, 2009

³¹⁹FERREIRINHO et al, 2006

³²⁰LOPES, 1994

³²¹Idem

³²²LEÃO, 2008

³²³ O Ministério dos Assuntos Sociais, Secretaria de Estado da Saúde, em 1975, na sequência do processo de descolonização, equipara, através da Portaria nº 11/75 de 4 de janeiro, os cursos ministrados nos Hospitais Militares de Luanda e Lourenço Marques aos referidos na Portaria nº 18523. O mesmo sucede com a Portaria nº 439/75 de 17 de julho a qual equipara os cursos obtidos nas Escolas dos Serviços de Saúde e Assistência do Ultramar (Angola e Moçambique) aos referidos na anterior Portaria nº 18523. Grande parte dos profissionais que regressaram, foram integrados nos serviços públicos ao abrigo da Portaria nº 439/75 de 17 de julho.

³²⁴LEÃO, 2008

³²⁵ Assembleia da República, 2008, *Constituição de 1976*.

surgiu pela primeira vez o termo IPSS – Instituições Particular de Solidariedade Social (artigo nº 63), as quais, em grande parte dos casos, de alguma forma davam assistência na área da saúde à população. Nesta Constituição, a saúde torna-se num direito universal, sendo que cabiam ao Estado um conjunto de deveres, de entre os quais se destacam a garantia universal de acesso e a cobertura médica e hospitalar de todo o país. A consagração constitucional do direito à saúde, adquire juridicidade reforçada na medida em que se conforma como imposição constitucional³²⁶, bem como assume relevância política pois resulta de um processo constituinte fundador da democracia portuguesa. Assim, a democratização política passou a ser indissociável da democratização social³²⁷. Decorrente do proclamado para a saúde, por esta Constituição, a 2 de abril de 1977 é publicada a Lei Orgânica Hospitalar³²⁸, que se inscreve no “(...) *objectivo global de viabilizar a criação do serviço nacional de saúde (...)*”. Assinalamos que referia que os hospitais representam um peso económico avultado para o Estado e como o financiamento dos hospitais o Estado “(...) *tem o direito de exigir que esses meios sejam corretamente geridos(...)*partindo da *consideração prioritária dos interesses da população(...)*”. Neste documento estruturaram-se os órgãos de gestão e de direção, definiram-se as suas competências e previu-se a autonomia dos hospitais e dos seus órgãos. Posteriormente aprovou-se o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direção dos Hospitais³²⁹.

Em 1978, por impossibilidade de passar no Parlamento uma Lei, António Arnaut faz sair o Despacho Ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978, *Despacho Arnaut*³³⁰, que constitui a antecipação do SNS, uma vez que abre o acesso aos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva. Garante, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.³³¹ Reforçando esta medida política, em 1978 a *Declaração de Alma-Ata* na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários a 12 de setembro, da responsabilidade da OMS, objetivou a saúde para todos no ano 2000.^{332 333} O enfoque são os cuidados de saúde primários que se deverão pautar pela acessibilidade universalidade, equidade e justiça social, abrindo espaço à criação do SNS a

³²⁶ NOVAIS, Jorge Reis. *Constituição e SNS*. In SIMÕES, 2011

³²⁷ GUILLÉN et al, 2003

³²⁸ Diário da República, 1977, *Decreto-Lei nº 129/77 de 2 de abril de 1977*

³²⁹ Diário da República, 1977, *Decreto Regulamentar nº 30/77 de 20 de maio de 1977*

³³⁰ ARNAUT, 2009

³³¹ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

³³² Ministério da Saúde, Portal da Saúde, *Declaração de Alma-Ata. Saúde Para Todos no Ano 2000*

³³³ Nesta Declaração encara-se a saúde como um direito humano fundamental e compreendia a meta de atingir o mais alto nível de saúde em todas as nações sendo, para tal, necessária a acção congregada de vários sectores para além do da saúde, como o sector social e o económico.

nível nacional.³³⁴ Decorrente da integração dos serviços, em 1979, é aprovado o Estatuto do Médico³³⁵, reunindo num só documento os direitos e deveres profissionais, que anteriormente estavam dispersos pelos diferentes subsistemas de saúde existentes.

A Lei nº 56/79³³⁶, cria o SNS “(...) no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos (...)”.³³⁷ O SNS presta todos os cuidados integrados de saúde, incluindo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, no entanto inclui a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. O diploma determina, que o SNS tem autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).³³⁸ O SNS reuniu os serviços de saúde públicos e os serviços de saúde consagrados à Previdência Social.³³⁹ No que concerne aos serviços médicos e de bem-estar social, a administração destes era da responsabilidade da Administração Central e de 18 delegações distritais.³⁴⁰ Nesta época, a inaptidão dos CS relativa à resposta às necessidades das populações instigou à procura de cuidados primários nos serviços de emergência dos hospitais. Este facto levou a uma alteração dos objetivos iniciais e passou-se a pretender a melhoria da resposta dos hospitais à procura, sendo que em segundo plano ficou o reconhecimento da lógica integrada dos diferentes níveis do sistema de saúde, instalando na agenda da saúde as listas de espera.³⁴¹ A esta realidade, acrescenta-se a “*crise do petróleo*” que se tinha vivido e o seu impacto negativo na economia portuguesa instigadora de limitações no financiamento de novas reformas sociais e consequentemente o SNS tornou-se

³³⁴ Reforçamos esta ideia referindo que Portugal assinou a Constituição da OMS em 22 de julho de 1946, aprovado pelo Decreto-Lei nº36406 de 10 de julho de 1947, tendo como data de depósito de instrumento de ratificação o dia 13 de fevereiro de 1948 e entrou em vigência em Portugal em 7 de abril de 1948, aceitando todas as implicações, designadamente as obrigações. (Organização Mundial da Saúde, 1946; Diário da República, 1947, *Decreto-Lei nº 36406 de 10 de julho de 1947*

³³⁵ Diário da República, 1979, *Decreto-Lei nº 373/79 de 8 de setembro de 1979*

³³⁶ Diário da República, 1979, *Lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979*.

³³⁷ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*.

³³⁸ Idem

³³⁹ BENTES et al, 2004

³⁴⁰ FERREIRINHO et al, 2006

³⁴¹ Idem

sub-financiado³⁴² induzindo a que “(...) após uma década de implementação dos centros de saúde (centros de saúde de 1ª geração) perdeu-se a oportunidade de lhes fornecer o desenvolvimento organizacional necessário para melhorar a acessibilidade e integrar a nova carreira médica (medicina geral e familiar), em 1984/5, quando foram fundidos com os Serviços Médico - Sociais da Previdência (...)”. A fusão mencionada origina os designados centros de saúde de 2ª geração³⁴³ que foram criados em 1983 e sobre os quais se falará mais à frente. Nesta conjuntura persistiam problemas com os recursos humanos, uma vez que “(...) Como os salários continuavam a ser baixos para os profissionais de saúde, muito poucos se dedicavam exclusivamente ao SNS (...)”³⁴⁴. Atentando ao SNS, Correia de Campos³⁴⁵ refere que os modelos adotados poderiam ter sido vários para a construção de um sistema nacional de saúde, mas foi uma opção política de garantir um SNS universal e gratuito, no qual o Estado tivesse um papel primordial e os privados um papel subsidiário. A melhoria da cobertura da população, e resultante melhoria dos indicadores de saúde, no período após o 25 de Abril de 1974, são maioritariamente devidos ao SNS e ao substancial investimento público em termos de recursos humanos e de infraestruturas e serviços.³⁴⁶

Relativamente à carreira médica, a Lei do SNS, terá sido a primeira a sofrer uma tentativa de veto por parte da Ordem dos Médicos. Santos e Simões³⁴⁷, justificam a ação por se considerar que a lei limita “(...) o princípio da livre escolha do médico pelo doente (...)”.

Na linha prevista, de melhorar a formação dos profissionais de saúde, ainda em janeiro de 1979 o Ministério da Educação convida um perito (Professor J. McKie) para analisar a situação e aconselhar as autoridades portuguesas em relação à integração das profissões de saúde, não médicas, no ensino superior de curta duração. O seu relatório passou a ser conhecido como o Relatório McKie no qual considerou: “(...) ser importante o papel do Ministério da Educação na formação de pessoal para trabalhar na área da saúde; (...) é vantajoso os profissionais serem formados não em função do posto de trabalho que vão ocupar mas sim serem formados para se poderem adequar às mudanças tecnológicas e alterações dos contextos de emprego; perspetivar o desafio que se iria colocar ao país no contexto europeu, no qual a adequação aos modelos de formação e de exercício nas áreas analisadas seria relevante. Sublinhava ainda a necessidade de (...) inclusão destes cursos no ensino superior (...) à semelhança do que acontecia em toda a Europa em profissões

³⁴² Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003

³⁴³ Os centros de saúde de 1ª geração, com atividades predominantes na área da saúde pública, fundiram-se com os Postos das Caixas de Previdência que faziam medicina curativa.

³⁴⁴ Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003

³⁴⁵ CAMPOS, 2008

³⁴⁶ CAMPOS, 1983; SIMÕES, 2005

³⁴⁷ SANTOS, 1987 in SIMÕES, 2005; SIMÕES, 2005

*com contacto direto e continuado com utentes (...)*³⁴⁸, sendo que estas recomendações não se concretizaram. No mesmo ano a Escola dos Serviços de Saúde Militar do Continente e dos Hospitais Militares de Luanda e Lourenço Marques, foi reorganizada originando a Escola do Serviço de Saúde Militar³⁴⁹. Posteriormente, o Ministério da Educação com o Decreto-Lei nº 513-T/79, altera a denominação de Ensino Superior de Curta Duração para Ensino Superior Politécnico, cria a rede de estabelecimentos e prevê a criação das Escolas Superiores de Saúde nos Institutos de Lisboa e Porto, que não foram implementadas.³⁵⁰

No ano de 1980 “(...) *inicia-se um período novo em que o Estado inicia o lançamento de um novo modelo de prestação de cuidados de saúde, diferente do consignado na Constituição (...), que em geral se propõe “desideologizar” as políticas de saúde, submetendo estas a critérios de rentabilidade económico-financeira (...)*”³⁵¹. No entanto, e apesar de existirem oscilações na relevância atribuída à saúde e ao desenvolvimento do SNS ao longo da década de 80 (das quais destacamos o desinvestimento público feito de 1980 a 1983³⁵², por via da crise económica), continuaram a ser tomadas medidas de aprofundamento do carácter universal dos cuidados de saúde prestados pelo Estado, através da capacitação do SNS, sendo que estas medidas passavam designadamente pelos recursos humanos da saúde. A alteração na orientação política mencionada, resulta da mudança de Governo, em dezembro de 1979, implicando a suspensão³⁵³ de diplomas publicados pelo anterior Governo, no final do seu mandato, relativos à organização do SNS³⁵⁴. Segundo Jorge Simões “(...) *este foi o período em que, de uma forma mais consistente e determinada, do ponto de vista ideológico e da sustentabilidade financeira do SNS, se colocou seriamente a possibilidade de se desenvolver uma alternativa ao SNS (...)*”³⁵⁵. Ainda em 1980, a Resolução do Conselho de Ministros nº 84/80³⁵⁶, reconhece a necessidade de “(...) *alargar o esquema montado pelo SNS, incluindo nele os serviços de urgência hospitalares (...)*” e cria o Gabinete de Emergência Médica, objetivando “(...) *apresentar o*

³⁴⁸ LEÃO, 2008

³⁴⁹Diário da República, 1979, *Decreto-Lei nº 266/79 de 2 de Agosto de 1979*.

³⁵⁰ LEÃO, 2008

³⁵¹SANTOS, 1987 in SIMÕES, 2005

³⁵² SIMÕES & LOURENÇO, 1999 in BARROS & SIMÕES, 1999.

³⁵³ Através de Diário da República, 1980, *Resolução n.º 1/80 de 10 de janeiro de 1980*

³⁵⁴ Tais como “(...) o *Decreto-Lei nº 519-N1/79 de 29 de dezembro, que veio criar o ramo de clínica geral e reestruturar o de saúde pública, na carreira médica; o Decreto-Lei nº 519-O2/79, da mesma data, que reestruturou as Administrações Distritais de Saúde; o Decreto-Lei nº 530/79 de 31 de Dezembro, que criou o Departamento de Cuidados Primários da Administração Central de Saúde; o Decreto Regulamentar nº 85/79 de 31 de dezembro, que pretendeu, finalmente, estabelecer centros comunitários de saúde e regulamentar os órgãos locais do Serviço Nacional de Saúde (...)*” os quais foram revogados pelo Decreto-Lei nº 81/80 de 19 de abril (SIMÕES, 2005; Diário da República, 1980, *Decreto-Lei n.º 81/80 de 19 de abril de 1980*)

³⁵⁵ SIMÕES, 2005

³⁵⁶ Diário da República, 1980, *Resolução do Conselho de Ministros nº 84/80 de 11 de março de 1980*

estudo de um organismo coordenador de um Sistema Integrado de Emergência Médica(...)". Assim, em 1981, é criado, o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM)³⁵⁷, "*(...)destinado a assegurar o funcionamento, no território do continente, de um sistema integrado de emergência médica, de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde(...)*"³⁵⁸.

Em relação aos recursos humanos da saúde, em 1981, a carreira de enfermagem é aprovada³⁵⁹, pretendendo-se objetar eventuais situações de injustiça, relativas à carreira³⁶⁰, bem como previa os progressos técnicos e científicos e os primeiros cursos de equiparação a especialista, assim como três escolas Pós-Básicas que ministravam cursos de especialização em Lisboa, Porto e Coimbra, que iniciaram na época.³⁶¹ Posteriormente surge a carreira médica de Clínica Geral^{362 363} e o mesmo documento passa, também, a regular as carreiras médicas de saúde pública e médica hospitalar. Esta regulamentação vem imprimir nos médicos com esta especialidade, as competências para responder às necessidades dos CS e neste sentido criaram-se os Institutos de Clínica Geral (Norte, Centro e Sul)³⁶⁴, objetivando formação de Médicos de Família. Continuando a capacitação dos profissionais, criaram-se as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto³⁶⁵, substituindo os Centros de Formação de Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de Coimbra, Lisboa e Porto³⁶⁶, com os cursos com duração de 3 anos letivos, após conclusão do ensino secundário, conforme exigido na ERA desde a sua gênese.³⁶⁷

Na sequência da reorganização, criam-se as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde³⁶⁸ (ARS), que sucedem às administrações distritais dos serviços de saúde³⁶⁹,

³⁵⁷ Diário da República, 1981, *Decreto-Lei n° 234/81 de 3 de Agosto de 1981*

³⁵⁸ Decorrente deste documento foram extintos o Serviço Nacional de Ambulâncias (criado pelo Decreto-Lei n° 511/71 de 22 de novembro, e regulamentado pelo Decreto-Lei n° 494-A/75 de 10 de setembro) e o Gabinete de Emergência Médica (criado pela Resolução do Conselho de Ministros n° 84/80 de 11 de março).

³⁵⁹ Diário da República, 1981, *Decreto-Lei n° 305/81 de 12 de novembro de 1981*

³⁶⁰ Criadas pelo Decreto n° 534/76 de 8 de julho, que autorizara o quadro do pessoal de enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais (Diário da República, 1976, *Decreto n° 534/76 de 8 de julho de 1976*)

³⁶¹ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

³⁶² Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n° 310/82 de 3 de agosto de 1982*

³⁶³ "*(...) O médico de clínica geral é entendido como o profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-médica (...)*" (Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*)

³⁶⁴ Diário da República, 1981, *Portaria n° 767/81 de 7 de setembro de 1981*; Diário da República, 1982, *Portaria n° 539/82 de 29 de maio de 1982*; Diário da República, 1983, *Portaria n° 520/83 de 4 de maio de 1983*

³⁶⁵ Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n° 371/82 de 19 de setembro de 1982*

³⁶⁶ Criados em 1961 pela Portaria n° 18523 e reestruturados em 1980 pela Portaria n° 709/80.

³⁶⁷ LEÃO, 2008

³⁶⁸ Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n° 254/82 de 29 de junho de 1982*

³⁶⁹ Criadas pelo Decreto-Lei n° 488/75 (Diário da República, *Decreto-Lei n° 488/75, de 4 de setembro de 1975*)

erigidas com o objetivo da descentralização, no entanto, conforme Correia de Campos³⁷⁰ refere “(...) a tendência manifestada, em 1975, de descentralizar a administração dos serviços de saúde foi convertida em mera desconcentração administrativa (...)”, uma vez que, segundo o mesmo, a descentralização nunca foi implementada. Posteriormente, foi atribuída ao SNS autonomia administrativa e financeira³⁷¹, uma vez que é este o suporte de todas as atividades do setor, e considerando que a gestão dos recursos financeiros afetos ao setor da saúde exige coordenação e distribuição adequada e, simultaneamente, agilidade nos processos de atuação. O Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde, fica incumbido de gerir as verbas que lhe são globalmente atribuídas. Este documento vem alinhado à crítica de Jorge Simões³⁷² quando refere, relativamente ao SNS, que “(...) depressa se constatou que lhe faltava uma direção autónoma (...)”.

A 30 de setembro de 1982 é publicada no Diário da República a primeira revisão da Constituição (Lei Constitucional nº1/82³⁷³) e relativamente à saúde “(...) não alterou (...) os dois princípios socializantes mais emblemáticos: a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (nº2 do artigo 64º) e a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos (...)”³⁷⁴. Acrescentou ao Artigo 64º o ponto 4 : “(...)4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada (...)”³⁷⁵. Nesta sequência, as IPSS foram formalizadas em 1983 através Decreto-Lei nº 119/83³⁷⁶ que aprova o seu Estatuto uma vez que, conforme se lê no preâmbulo, “(...) é vontade firme do Governo criar as condições adequadas para o alargamento e consolidação de uma das principais formas de afirmação organizada das energias associativas e da capacidade de altruísmo dos cidadãos, através de instituições que prossigam fins de solidariedade social (...)”. Estas instituições passaram a ter um papel relevante na prestação de cuidados de saúde, fazendo parte dos seus estatutos a promoção e proteção, através de prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação. No entanto, só em 1986 é que viriam a ser regulamentadas³⁷⁷ aplicando-se-lhe o Regulamento do Registo das Instituições Particulares de Solidariedade Social³⁷⁸, afirmando que é aplicável às IPSS “(...) com fins principais ou exclusivos de promoção e proteção da saúde (...)”.

³⁷⁰ CAMPOS, 1986 in SIMÕES, 2005

³⁷¹ Diário da República, 1982, Decreto-Lei nº 357/82 de 6 de setembro de 1982

³⁷² SIMÕES, 2005

³⁷³ Diário da República, 1982, Lei Constitucional nº 1/82 de 30 de setembro de 1982

³⁷⁴ SIMÕES, 2005

³⁷⁵ Diário da República, 1982, Lei Constitucional nº 1/82 de 30 de setembro de 1982

³⁷⁶ Diário da República, 1983, Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de fevereiro de 1983

³⁷⁷ Diário da República, 1986, Portaria nº 466/86 de 25 de agosto de 1986

³⁷⁸ Diário da República, 1983, Portaria nº 778/83 de 23 de julho de 1983 e subsequentes alterações

Decorrente do processo de organização do SNS, a 22 de abril de 1983, considerando que a aposta nos cuidados primários visava uma descentralização efetiva dos cuidados prestados, criaram-se os denominados CS de 2ª geração³⁷⁹. Pretendia-se, “(...) entrar numa fase mais avançada do projeto de integração de serviços de saúde (...)”, tendo como objetivo (Artigo 1) “(...) regular os termos da organização e funcionamento dos centros de saúde, como unidades integradas de saúde, de harmonia com os princípios informadores da regionalização e tendo em conta as carreiras dos profissionais de saúde (...)”.

Ainda em 1983 o Decreto-Lei n.º 344-A/83³⁸⁰, criou o Ministério da Saúde (MS), baseado no facto de que “(...) no que concerne ao novo Ministério da Saúde, foram a importância mesma do setor, o volume dos serviços e a importância das infraestruturas que integra, e não menos a importância que o comum dos cidadãos lhe reconhece, que ditaram um gesto de autonomia e promoção. A saúde é, depois da vida, o bem supremo (...)”.

Sendo o setor dos medicamentos essencial para o atingir de níveis de saúde desejáveis, em 1984, perante as limitações do regime de participações em vigor, que fixava as mesmas de acordo com a origem do produto (sem considerar a sua importância terapêutica), conduzindo a que medicamentos indispensáveis à vida e medicamentos de utilização menos indispensável fossem sujeitos ao mesmo nível de participação, procurou-se, com o Decreto-Lei n.º 68/84³⁸¹, estabelecer normas que fixassem devidamente as prioridades: “(...) através do aumento das participações da responsabilidade do Estado relativamente a medicamentos para tratamento de doenças crónicas, altamente traumatizantes do ponto de vista psíquico e social, graduando essa mesma participação de acordo com a utilidade do produto (...)”. Pretendia-se racionalizar o consumo, levando a um melhor aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis. Este diploma veio estabelecer o regime de participação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS, nos serviços oficiais de saúde e aos beneficiários do regime de proteção social dos funcionários públicos (ADSE). Sendo que viria a ser reformulado, após quatro anos, pelo Decreto-Lei n.º 157/88³⁸², na tentativa de lhe conferir “ (...) um carácter dinâmico, que ele não continha (...)”, permitindo, “(...) face a um processo de avaliação permanente, introduzir os ajustamentos necessários à consecução do melhores resultados no domínio da proteção da saúde (...)”.

³⁷⁹ Diário da República, 1983, *Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de abril de 1983*

³⁸⁰ Diário da República, 1983, *Decreto-Lei n.º 344-A/83 de 25 de julho de 1983*

³⁸¹ Diário da República, 1984, *Decreto-Lei n.º 68/84 de 2 de fevereiro de 1984*

³⁸² Diário da República, 1988, *Decreto-Lei n.º 157/88 de 4 de maio de 1988*

Ainda em 1984, foram criadas a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários³⁸³ que “(...) põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS. Torna-se o órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direcção e de avaliação da atividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários. O clínico geral adquire o estatuto de médico de família (...)”³⁸⁴ Salientamos, citando o documento originário, pela importância estratégica a nível económico e de saúde pública: “(...) uma política de saúde correta visa alargar a todo o país e a todos os cidadãos as ações destinadas a promover a saúde e a prevenir e tratar a doença. Ora, se para esta última se dispõe hoje de técnicas altamente eficazes, a verdade é que elas exigem recursos financeiros elevados, o que aconselha à sua distribuição e gestão com grande rigor e economia. Daí que às medidas visando o aperfeiçoamento dos serviços destinados a tratar a doença se devem associar as ações destinadas a preveni-la e a promover a saúde (...) Esta estratégia (...) veio a sintetizar-se no que se designa por estratégia dos cuidados de saúde primários (...)”³⁸⁵.

A questão económica e a despesa com a saúde, nesta fase, começava a preocupar a classe governativa, uma vez que “(...) apontavam a dimensão excessiva do montante das transferências para o sector privado (cerca de 34%, em 1983) (...)”³⁸⁶ por via das convenções com MCDT e das participações do SNS com os medicamentos. Portugal, era o país da OCDE com gastos com medicamentos, mais elevados, bem como “(...) o sector privado realizava 62% do número de análises e 54% dos exames de radiologia (...)”³⁸⁷, porque nas consultas de cuidados de saúde primários podiam ser pedidos ao sector privado qualquer exame e tratamento especializado, sem controlo das requisições.

Pretendendo-se criar um organismo direccionado para o setor dos medicamentos, criou-se a Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos³⁸⁸, até então entregues à DGS e aos Serviços Médico-Sociais. Com a formalização e regulamentação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e a Direcção-Geral de Assuntos Farmacêuticos, a saúde consegue maior relevância a nível governativo e reforçam-se duas vertentes operacionais fundamentais, a vertente preventiva da política de saúde e a regulação dos medicamentos. A preventiva decorre de se estar “(...) em avançada fase de transição do estágio caracterizado pelo domínio das doenças infecto-contagiosas para o domínio das chamadas doenças de

³⁸³ Diário da República, 1984, Decreto-Lei n.º 74-C/84 de 2 de março de 1984

³⁸⁴ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

³⁸⁵ Diário da República, 1984, Decreto-Lei n.º 74-C/84 de 2 de março de 1984

³⁸⁶ SIMÕES, 2005

³⁸⁷ Idem

³⁸⁸ Diário da República, 1984, Decreto-Lei n.º 103-A/84 de 30 de março de 1984

civilização (...)”³⁸⁹, às quais os cuidados primários deviam responder adequadamente. A regulação dos medicamentos pretendia responder a “(...) *problemas emergentes, quer da atividade industrial quer dos fatores determinantes do consumo (...)*”³⁹⁰.

Pretendendo-se também a organização das carreiras, em 1985 é criada a Carreira de TDT³⁹¹ no desfecho de um processo de várias e profundas alterações na área da tecnologia médica, especialmente no âmbito do diagnóstico e da terapêutica, provocando alterações na estrutura da carreira³⁹², sendo que em 1986 se aprova os conteúdos funcionais e as competências técnicas assim como as suas categorias³⁹³.

A partir de 1985 são reforçadas as condições de estabilidade política, em virtude do início de um ciclo político com maioria parlamentar, bem como estabilidade das condições económico-financeiras, devido à adesão à CEE em 1986. No entanto, a nível internacional predominava uma abordagem da saúde que pretendia um papel mais ativo do sector privado, uma maior responsabilização individual no financiamento e uma transformação empresarial do SNS.³⁹⁴ Em Portugal, a necessidade de racionalização era também apontada³⁹⁵, fazendo antever grandes alterações no SNS. Concordantemente, foram tomadas medidas que visavam garantir a sustentabilidade financeira do sistema, tais como a introdução de taxas moderadoras³⁹⁶, sendo as taxas encaradas como destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização abusiva. O diploma em causa refere que “(...) *a universalidade e gratuidade garantidas, para os cidadãos em geral, significam que cada um deve ter assegurado o acesso ao SNS sem que tenha de pagar o preço da sua própria utilização. Mas é evidente que alguém tem de suportar os encargos com o funcionamento daquele Serviço (...)*”. Pretendia-se uma repartição racional dos encargos do SNS, pelos subsistemas de saúde e por todas as entidades que sejam responsáveis pelo pagamento da assistência aos cidadãos, sendo que os preços a cobrar deveriam aproximar-se dos custos reais, porque os serviços oficiais não têm fins lucrativos. Concordantemente, com a Portaria

³⁸⁹ Preâmbulo do Decreto-lei nº 74-C/84 de 2 de março

³⁹⁰ Preâmbulo do Decreto-Lei nº 103-A/84 de 30 de março

³⁹¹ Diário da República, 1985, *Decreto-Lei nº 384-B/85 de 30 de setembro de 1985*

³⁹² A Carreira de TDT integra funções de natureza técnica e nela estão inseridos as seguintes profissões “(...) *a) Técnico de audiometria; b) Técnico de cardiopneumografia; c) Dietista; d) Fisioterapeuta; e) Técnico de neurofisiografia; f) Técnico de ortopróteses; g) Técnico de ortóptica; h) Técnico de próteses dentárias; i) Técnico de radiologia; j) Técnico de radioterapia; k) Técnico de análises clínicas e de saúde pública; l) Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica; m) Técnico de farmácia; n) Técnico de medicina nuclear; o) Terapeuta da fala; p) Terapeuta ocupacional (...)*” (Diário da República, 1985, *Decreto-Lei nº 384-B/85 de 30 de setembro de 1985*)

³⁹³ Diário da República, 1986, *Portaria nº 256-A/86 de 28 de maio de 1986*

³⁹⁴ SIMÕES, 2005

³⁹⁵ Por grande parte dos participantes no Seminário da SEDES “*Que política de Saúde para Portugal?*”, realizado em 1987 (Associação para o Desenvolvimento Económico e Social-SEDES, 1987)

³⁹⁶ Diário da República, 1986, *Decreto-Lei nº 57/86 de 20 de março de 1986*

nº 344-A/86³⁹⁷, regulamentaram-se as condições de exercício do direito de acesso ao SNS, fixando as isenções e atualizando as tabelas publicadas no Decreto-Lei nº57/86. Seguidamente, a Portaria nº 344-B/86³⁹⁸, aprova a tabela de preços a praticar pelo SNS.

Anteriormente, a 1 de janeiro de 1986 entra em vigor a adesão de Portugal à CEE, e com esta iniciativa decorrem os direitos e obrigações do Estado explanadas no Tratado de adesão³⁹⁹, designadamente no que à saúde pública diz respeito. Sendo que Portugal, enquanto Estado-Membro “(...) é responsável pela aplicação (transposição dentro dos prazos, conformidade e execução correta) do direito da União na sua ordem jurídica interna. Por força dos Tratados, a Comissão Europeia vela pela aplicação correta do direito da União. Consequentemente, quando um Estado-Membro não respeita o direito da União, a Comissão Europeia dispõe de poderes próprios (a ação por incumprimento) previstos no artigo 258.º do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia e no artigo 106a.º do Tratado CEEA para tentar pôr fim a essa infração, podendo, se for caso disso, recorrer ao Tribunal de Justiça (...)”⁴⁰⁰. A CEE, atual UE, emite Diretivas que “(...)fixam os objetivos a atingir pelos Estados-Membros, delegando nestes a escolha dos meios para o fazer(...)o legislador nacional tem de adotar um ato de transposição para o direito nacional dos objetivos definidos na diretiva. As diretivas preveem uma data-limite para serem transpostas (...)os Estados-Membros dispõem, para a transposição, de uma margem de manobra que lhes permite ter em consideração as especificidades nacionais(...)”⁴⁰¹. Os direitos e obrigações ultrapassam a esfera do Estado abrangendo os indivíduos:“(...)o direito europeu concede direitos e impõe obrigações não apenas aos Estados-Membros, mas também aos cidadãos(...)os cidadãos europeus têm toda a legitimidade em esperar que as autoridades nacionais(...)apliquem corretamente os seus direitos europeus. Qualquer pessoa pode pôr em causa um Estado-Membro, apresentando uma denúncia junto da Comissão Europeia relativa a uma medida(...)ou uma prática imputáveis a um Estado-Membro que considere contrárias a uma disposição ou a um princípio do direito da União(...)”⁴⁰². Em suma, deste momento e até à atualidade e enquanto Portugal for Estado-Membro teve, tem e terá obrigações políticas para com a CEE, atual UE, e a política nacional passa a considerar esta Comunidade.

³⁹⁷ Diário da República, 1986, Portaria nº 344-A/86 de 5 de julho de 1986

³⁹⁸ Diário da República, 1986, Portaria nº 344-B/86 de 5 de julho de 1986

³⁹⁹ Comunidades Europeias, 1985

⁴⁰⁰ Comissão Europeia, 2012, *Aplicação do direito da União Europeia. Infrações*

⁴⁰¹ Comissão Europeia, 2012, *Aplicação do direito da União Europeia. Diretivas – Definições*

⁴⁰² Comissão Europeia, 2012, *Aplicação do direito da União Europeia. Exerça os seus direitos*

Seguindo a postura política de valorização dos recursos humanos da saúde, regulamentaram-se as escolas técnicas dos serviços de saúde e os cursos aí ministrados⁴⁰³. Concordantemente, o MS com o Decreto-lei 402/87, aprova os quadros de pessoal das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra. Posteriormente, o MS através do Decreto Regulamentar nº2/89, regulamenta o regime de trabalho e funcionamento das Direções de todas as Escolas Técnicas. Em 1989, o Decreto-Lei nº123, substancia uma melhoria na Carreira de TDT, a qual passa a ter uma estrutura constante⁴⁰⁴ extensiva a todos os departamentos governamentais onde a referida tenha sido aplicada.⁴⁰⁵

Em 1988 e no mesmo encadeamento das medidas que procuravam a sustentabilidade financeira do SNS, despontaram medidas que pretendiam alterar a gestão hospitalar aproximando-a à gestão empresarial, tais como o Decreto-lei 19/88⁴⁰⁶, que aprova a lei de gestão hospitalar, enfatizando a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, pois “(...) se a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração(...)”.⁴⁰⁷ Neste contexto, o Decreto Regulamentar nº 3/88⁴⁰⁸, em linha com outros Estados-Membros da CEE, introduziu alterações nos órgãos, no funcionamento global dos hospitais e na estrutura dos serviços. Foram reforçadas as competências dos órgãos de gestão, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, traça-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos advindos da tutela. Sumariamente estes diplomas introduzem “(...) princípios de natureza empresarial e claramente assente na iniludível integração da atividade hospitalar na economia do País (...)”⁴⁰⁹. Nesta linha orientadora, após a revisão constitucional de 1982 ter deixado intacto o direito à saúde, a segunda revisão constitucional, realizada em 1989⁴¹⁰, transformou a prestação de cuidados de saúde em “tendencialmente gratuitos” mas atentos às “(...) condições económicas e sociais dos cidadãos (...)”, dando abertura a uma maior participação privada dos cidadãos⁴¹¹. Alterou-se a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º instituindo que o direito à proteção

⁴⁰³ Diário da República, 1986, *Portaria nº 549/86 de 24 de setembro de 1986*. Que revoga a Portaria nº 709/80 (Diário da República, 1980, *Portaria nº 709/80 de 23 de setembro de 1980*)

⁴⁰⁴ Técnico Diretor, Técnico Especialista de 1ª Classe, Técnico Especialista, Técnico Principal, Técnico de 1ª Classe e Técnico de 2ª Classe.

⁴⁰⁵ LEÃO, 2008

⁴⁰⁶ Diário da República, 1988, *Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de janeiro de 1988*

⁴⁰⁷ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

⁴⁰⁸ Diário da República, 1988, *Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de janeiro de 1988*

⁴⁰⁹ Preâmbulo do Decreto-lei nº 19/88 de 21 de janeiro de 1988

⁴¹⁰ Diário da República, 1989, *Lei Constitucional nº 1/89 de 8 de julho de 1989*

⁴¹¹ Art. 64º da Constituição da República Portuguesa.

da saúde é concretizado através de um SNS “*universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*”, destacando o princípio de justiça social e de racionalização dos recursos. Este novo princípio da racionalização de recursos, terá repercussão legislativa na Lei de Bases da Saúde⁴¹², que permite e promove a participação de entidades privadas na promoção e defesa da saúde pública (Bases I, II f e XII), remetendo para o Estado as funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção (Base VI). No entanto, pela primeira vez, a proteção da saúde é designada como um direito e como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Define também, que a promoção e a defesa da saúde pública são executadas através da atividade do Estado e de outras entidades públicas, podendo as organizações da sociedade civil ser agregadas. Os cuidados de saúde são prestados por serviços do Estado ou, sob sua fiscalização, por outras entidades públicas ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Para a concretização do direito à proteção da saúde, o Estado procede através dos seus serviços; oficializa acordos com entidades privadas, para a prestação de cuidados; apoia e fiscaliza a restante atividade de saúde privada. A Base XXXIV, prevê a possibilidade de cobrança de taxas moderadoras, pretendendo regular a utilização dos serviços de saúde e isenta os grupos populacionais sujeitos a riscos e os financeiramente desfavorecidos. Esta lei, foi criada num quadro de dificuldades financeiras de sustentação do SNS. Criaram-se os Hospitais SA (Sociedades Anónimas)⁴¹³, e iniciou-se a gestão privada de serviços de saúde⁴¹⁴.

No mesmo ano e de acordo com as determinações da CEE, o Decreto-Lei nº 73/90⁴¹⁵, reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços do SNS por via do desenvolvimento e valorização dos profissionais, de forma a melhorar a rentabilidade e qualidade dos serviços. Este documento legislativo abrange também os outros profissionais de saúde, conforme se pode ler: “*(...) os médicos, a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua preparação técnico-científica, especificidade e autonomia funcionais, passam a constituir um corpo especial de funcionários, a retribuir por escala indiciária própria (...)*”. Ainda de acordo com diretivas comunitárias e mantendo a ótica de racionalização do consumo de medicamentos, com o intuito de promover uma melhor

⁴¹² Diário da República, 1990, Lei nº 48/90 de 24 de agosto de 1990

⁴¹³ Os hospitais SA: “*Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos*” (OPSS, 2005). *A titularidade é pública. A tutela é exercida pelos ministros das Finanças e da Saúde. Tem como regime jurídico o Direito privado e introduz o regime de avaliação por mérito e o de incentivos com base na produtividade. Assim como introduz limites ao endividamento (30% do capital social)*”.

⁴¹⁴ ABREU, 2003

⁴¹⁵ Diário da República, 1990, Decreto-Lei nº 73/90 de 6 de março de 1990

gestão do binómio custo/benefício associado, publicou-se o Decreto-Lei nº 81/90⁴¹⁶, que regula a produção, autorização de introdução no mercado e distribuição de medicamentos genéricos⁴¹⁷ cuja comercialização é mais económica, visto não ser necessário suportar os custos de marca. Também decorrente de diretivas europeias e no setor do medicamento, as regras alusivas ao processo de comparticipação pelo Estado no preço de medicamentos prescritos no âmbito do SNS e do regime de proteção social dos funcionários públicos, foram definidas pelo Decreto-Lei nº 231/90⁴¹⁸. No ano seguinte, foi criado o Estatuto do Medicamento⁴¹⁹, onde se regulou “ (...) a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação de medicamentos de uso humano (...)” Este diploma teve por base a atualização de normas desatualizadas, a agregação de legislação dispersa e a adaptação ao direito interno de Diretivas da CEE referentes a esta matéria.

De entre as profissões de TDT, para o curso de fisioterapia, o ano 1990 tornou-se relevante, uma vez que os dois modelos e perfis de formação diferentes, existentes até à data, unificaram-se por via da revisão curricular, com o Despacho nº 18/90, que procede à homologação dos novos planos de estudos para os cursos das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde e para a ERA. Posteriormente, com o Despacho Conjunto 81-A/SEES-SEAMS/90-XI, criou-se um grupo de trabalho para apresentar propostas para a integração do ensino dos TDT no sistema educativo nacional.⁴²⁰ Neste contexto referente às profissões de saúde, estando já regulamentadas as carreiras médicas⁴²¹, surge o Decreto-Lei nº 437/91⁴²², que aprova o regime legal da carreira de enfermagem⁴²³.

Em 1991, O INEM sofre nova regulamentação⁴²⁴, mantendo-se a estrutura e as orientações dos Estatutos, introduzindo-se alterações para “(...) adaptá-lo melhor ao acréscimo de responsabilidade do Instituto, resultante do desenvolvimento entretanto ocorrido no sistema de emergência médica (...)”. Em relação ao transporte terrestre de doentes, e existindo lacunas na sua regulamentação, com o Decreto-Lei nº 38/92⁴²⁵, foram colmatadas. Esta regulamentação, foi considerada essencial porque “(...) a atividade de

⁴¹⁶Diário da República, 1990, *Decreto-Lei nº 81/90 de 12 de março de 1990*

⁴¹⁷ “(...) medicamentos designados cientificamente pela denominação comum internacional (DCI) dos princípios ativos ou nome genérico, sem denominação de marca, (...) similares de produtos farmacêuticos já existentes no mercado (...)” (Diário da República, 1990, *Decreto-Lei nº 81/90 de 12 de março de 1990*)

⁴¹⁸Diário da República, 1990, *Decreto-Lei nº 231/90 de 14 de julho de 1990*

⁴¹⁹Diário da República, 1991, *Decreto-Lei nº 72/91 de 8 de fevereiro de 1991*

⁴²⁰ LEÃO, 2008

⁴²¹ Em 1991

⁴²² Diário da República, 1991, *Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro de 1991*

⁴²³Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

⁴²⁴ Diário da República, 1991, *Decreto-Lei nº 326/91 de 31 de agosto de 1991*. Que altera o Decreto-Lei nº 234/81

⁴²⁵ Diário da República, 1992, *Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de março de 1992*

transporte de doentes, independentemente de quem a exerce, assume grande relevância na prestação dos cuidados de saúde e está, por isso mesmo, sujeita à disciplina e inspeção do Ministério da Saúde (...)". No ano seguinte, o transporte de doentes sofre nova regulamentação⁴²⁶, determinando que o seu exercício fica dependente da obtenção de alvará e para tal é necessário preencher os requisitos considerados essenciais respeitantes "*(...) à formação dos tripulantes das ambulâncias, às características genéricas e específicas dos vários tipos de ambulâncias, bem como do equipamento adequado e indispensável ao transporte de doentes (...)*", mantendo-se reservado ao INEM "*(...) à Polícia de Segurança Pública, à Cruz Vermelha Portuguesa e aos corpos de bombeiros as atividades de transporte de emergência enquadráveis nos seus âmbitos específicos (...)*".

De forma a racionalizar a procura dos cuidados de saúde e a sustentabilidade do SNS, o Decreto-Lei nº 54/92⁴²⁷, estabelece taxas moderadoras "*(...)relativamente ao acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica por exame em regime de ambulatório, bem como pela prestação de cuidados de saúde (...)* a) *Nos serviços de urgência hospitalares e nos serviços de urgência dos centros de saúde; b) Nas consultas nos hospitais, nos centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados (...)*", estabelecendo também as isenções. As receitas correspondentes, contribuem para o aumento da eficiência e qualidade dos serviços prestados e aos mais desfavorecidos são facultados serviços gratuitos. Salientando, assim, os princípios de justiça social que estabelecem que pessoas com rendimentos superiores, que não são portadores de doença crónica ou de risco, paguem uma parte dos seus cuidados de saúde, permitindo isentar os mais carenciados.

O regime de comparticipação dos medicamentos foi, uma vez mais, revisto⁴²⁸, considerando a experiência até então adquirida e a necessidade de aproximação aos critérios europeus. Reduziu-se a percentagem da comparticipação nos escalões mais favorecidos economicamente, pretendendo-se "*(...) uma redistribuição dos recursos, criando condições para um acréscimo de comparticipação para as pessoas de mais fracos rendimentos e em risco de maior consumo de medicamentos (...)*", mantendo-se, a comparticipação integral para a população desfavorecida, de acordo com as regras comunitárias.

Uma vez que em Portugal, em 1992, já existiam meios técnicos e humanos para prestar cuidados de saúde de qualidade, tornava-se imperativo regulamentar a prestação de cuidados de saúde no estrangeiro, previstos anteriormente na Lei de Bases da Saúde. Assim,

⁴²⁶ Diário da República, 1993, *Portaria nº 439/93 de 27 de abril de 1993*

⁴²⁷ Diário da República, 1992, *Decreto-Lei nº 54/92 de 11 de abril de 1992*

⁴²⁸ Diário da República, 1992, *Decreto-Lei nº 118/92 de 25 de junho de 1992*

é publicado o Decreto-Lei n.º 177/92⁴²⁹, que determina o regime de prestação de assistência médica no estrangeiro aos beneficiários do SNS, proposta pelos organismos oficiais, nos casos em que por falta de meios técnicos ou humanos, não possa ser prestada no País.

Em 1993, da perceção de que existia uma dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados e, por outro lado, a necessidade de uma gestão mais prudente, levou a que surgisse, o novo estatuto do SNS e a regulamentação da Lei de Bases da Saúde⁴³⁰. Assim como se criou, no mesmo documento, as Unidades Integradas de Cuidados de Saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade da prestação de cuidados e a articulação entre grupos determinados de CS e correspondentes hospitais, invocando o princípio da *indivisibilidade da saúde*. Bem como, pela circunstância de que os utentes “(...) exigem que a gestão dos recursos se faça em proximidade (...)” delimitaram-se as ARS, a partir de 1 de janeiro de 1995, de acordo com as NUT II⁴³¹. O novo estatuto do SNS aplica-se às instituições e serviços que constituem o SNS e às entidades privadas integradas na rede nacional e articuladas com o SNS. Sumariamente, efetua-se a regionalização da administração dos serviços, a promoção do desenvolvimento do sector privado de saúde, bem como da gestão empresarial das unidades de saúde públicas e o incentivo aos cidadãos para optarem por seguros privados de saúde.⁴³² Na mesma data, tem lugar ainda uma reorganização do MS⁴³³, que funde as Direções-Gerais dos Cuidados de Saúde Primários e dos Hospitais na DGS, criando ainda o Instituto Nacional de Farmácia e o Instituto de Gestão Informática e Financeira, numa tentativa de racionalização dos serviços administrativos do Ministério. A regulamentação das ARS⁴³⁴, já contempladas pelo Estatuto do SNS, visava por um lado regionalizar a decisão da política de saúde, através da atribuição de competências e atribuições reforçadas a cinco entidades de saúde⁴³⁵ e, por outro lado, permitir a articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares, através das Unidades Integradas de Cuidados de Saúde. O novo estatuto desencadeou uma série de produção legislativa, como seja a atualização da tabela de preços dos serviços prestados pelo SNS⁴³⁶; aprovação do Regulamento das ARS⁴³⁷, atribuindo-lhes competências para coordenar, orientar e avaliar a execução da política de saúde de acordo com as orientações

⁴²⁹Diário da República, 1992, *Decreto-Lei n.º 177/92 de 13 de agosto de 1992*

⁴³⁰Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro de 1993*

⁴³¹A sua delimitação geográfica é publicada posteriormente em 1986, através do Decreto-Lei n.º 77/96 (Diário da República, 1996, *Decreto-Lei n.º 77/96 de 18 de junho de 1996*)

⁴³²SIMÕES, 2005

⁴³³Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 10/93 de 15 de janeiro de 1993*

⁴³⁴Diário da República, 1993, *Decreto-Lei 335/93 de 29 de setembro de 1993*

⁴³⁵Designadas de ARS Lisboa, Norte, Centro, Alentejo e Algarve

⁴³⁶Diário da República, 1993, *Portaria n.º 720/93 de 6 de agosto de 1993*

⁴³⁷Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de setembro de 1993*

globais e sectoriais do Governo neste domínio; estabelecimento do regime jurídico da nomeação e das competências das autoridades de saúde⁴³⁸, sendo estas o Diretor-Geral da Saúde (autoridade de saúde de âmbito nacional), Delegados Regionais de Saúde (autoridades de saúde de âmbito regional) e Delegados Concelhios de Saúde (autoridades de saúde de âmbito concelhio). Relativamente a esta legislação Jorge Simões⁴³⁹ afirma que “(...) se a regionalização dos serviços teve desenvolvimentos significativos com a criação das cinco administrações regionais de saúde, os outros objetivos não passaram manifestamente da letra da lei (...)” referindo que a participação do setor privado implicava ruturas com o modelo tradicional do SNS “(...) que o Governo, em final de legislatura, não quis prosseguir (...)”. Diz ainda, que o seguro alternativo de saúde não acolheu interesse das empresas seguradoras, assim como a articulação dos cuidados de saúde também não teve desenvolvimento significativo devido à organização conservadora das instituições, mas ficou a integração de entidades privadas, de profissionais liberais e a experiência do Hospital Fernando da Fonseca, como sendo o primeiro hospital público com gestão privada, e a responsabilização dos cidadãos pela sua saúde. Acrescenta “(...) os ciclos políticos não traziam ruturas, mas sim alterações, mais ou menos significativas, no mesmo modelo (...)”.

No que respeita à formação dos TDT e especificamente à fisioterapia, a Escola do Serviço de Saúde Militar, foi integrada no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico⁴⁴⁰, em 1993, sendo a primeira escola a poder lecionar formalmente o Curso Superior de Fisioterapia. A terminar o ano de 1993 o mesmo processo abrange as restantes escolas, integrando as Escolas Técnicas no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, que tomam a designação de Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto⁴⁴¹. Em 1994, a Portaria n.º 185/94⁴⁴², reconhece a ERA como Estabelecimento de Ensino Superior Particular, passando a denominar-se Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA). Foi reconhecida posteriormente por se tratar de um estabelecimento do ensino particular e cooperativo.⁴⁴³

Em 1994 surge nova atualização das tabelas de preços a praticar pelo SNS⁴⁴⁴ relativa a “ (...) todos os subsistemas de saúde cujos beneficiários a ele recorram, bem como em

⁴³⁸Diário da República, 1993, *Decreto-lei n.º 336/93 de 29 de setembro de 1993*

⁴³⁹SIMÕES, 2005

⁴⁴⁰Diário da República, 1993, *Portaria n.º 945/93 de 28 de setembro de 1993*

⁴⁴¹Diário da República, 1993, *Decreto-lei n.º 415/93 de 23 de dezembro de 1993*

⁴⁴²Diário da República, 1994, *Portaria n.º 185/94 de 31 de março de 1994*

⁴⁴³LEÃO, 2008

⁴⁴⁴Diário da República, 1994, *Portaria n.º 388/94 de 16 de junho de 1994*

relação a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelo pagamento (...), as quais só viriam a ser revistas e atualizadas novamente no final de 1996⁴⁴⁵.

O hospital público, em 1995, sofreu uma alteração de modelo de gestão com a experiência pioneira do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), assumindo gestão privada, por via da celebração de um contrato de gestão com entidades privadas, neste caso com uma sociedade gestora (sociedade anónima) constituída por várias empresas, incluindo uma seguradora (este modelo de gestão manteve-se até 2008, neste hospital).⁴⁴⁶

No ano de 1995, é criado o cartão de identificação do utente do SNS⁴⁴⁷, pretendendo-se o alargamento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, considerando-se que um sistema de identificação dos utentes do SNS assegura “(...)a definição exata da situação de cada um, garante a concretização dos direitos dos seus titulares, designadamente o acesso a atividades de proteção da saúde, à prestação de cuidados e ao fornecimento de medicamentos (...)”, quer pelos serviços do SNS, quer pelas entidades privadas com ele convencionadas. Pretende ainda ultrapassar problemas decorrentes da existente diversidade de suportes de identificação com, eventual, incorreta definição da situação do utente e potencialmente arriscando lesar os utentes.

Considerando o regime de isenções do pagamento de taxas moderadoras, definido ao abrigo do Decreto-Lei nº 54/92, atrás citado, o Decreto-Lei nº 287/95⁴⁴⁸, estabeleceu um regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) em regime ambulatorio. Assim como alargou as isenções, considerando que se estas já se aplicavam a indivíduos em situação de especial vulnerabilidade a nível social e de saúde, também se deviam aplicar a doentes portadores de doença crónica que prejudique severamente a qualidade de vida. Subsequentemente, por se considerar necessário determinar as patologias ou condições abrangidas, aprovou-se a Portaria nº 349/96⁴⁴⁹ com “ (...) a lista de doenças crónicas que, por critério médico, obrigam a consultas, exames e tratamentos frequentes e são potencial causa de invalidez precoce ou de significativa redução de esperança de vida (...)”.

Apresentou-se ainda, no final de 1996, o Guião Técnico para os Lares de Idosos⁴⁵⁰, objetivando a definição de normas para a criação de lares. Referenciamos este documento, não pela ação direta na saúde, mas numa época em que a institucionalização dos idosos

⁴⁴⁵Diário da República, 1996, Portaria nº 756/96 de 24 de dezembro de 1996

⁴⁴⁶CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁴⁴⁷Diário da República, 1995, Decreto-lei nº 198/95 de 29 de junho de 1995

⁴⁴⁸Diário da República, 1995, Decreto-lei nº 287/95 de 30 de outubro de 1995

⁴⁴⁹Diário da República, 1996, Portaria nº 349/96 de 8 de agosto de 1996

⁴⁵⁰BONFIM et al, 1996

parecia estar a impor-se na sociedade, regulamentar estas instituições contribui para a qualidade de vida, saúde e bem-estar dos idosos. As normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento viriam a ser publicadas depois, em 1998, com o Despacho Normativo nº 12/98⁴⁵¹, “(...) tendo-se em consideração que o exercício de uma atividade desta natureza deve ser propiciador de um ambiente de convívio e de participação gerador de bem-estar social e de uma vivência saudável nos estabelecimentos (...)”.

Destacamos, em 1996, a apresentação pública, pelo MS, da “Estratégia de saúde para o virar do século”, comentada adiante, que esteve em processo de apreciação pública entre 1997/1998 e foi publicada em 1999.

Pela sua pertinência e no âmbito da UE, referimos que em 1997, foi publicado o Decreto-Lei nº 73/97⁴⁵², que introduziu em Portugal o número de telefone de emergência único europeu – 112, devido a que “(...) o aumento substancial da mobilidade dos cidadãos no interior dos vários Estados membros da Comunidade e a existência de diferentes meios de socorro recomendam a uniformização dos números de telefone de emergência (...)”, sendo que em Portugal existia o número 115 da rede telefónica nacional, que desapareceu assim que o 112 ficou operacional, tendo existido um período em que os dois coexistiram. Relativamente ao transporte de doentes, com a Lei nº 12/97⁴⁵³, determinou-se que as associações ou corporações de bombeiros e as delegações da Cruz Vermelha, ficavam isentas de requerer o alvará para o exercício da atividade de transporte de doentes⁴⁵⁴

Ainda de referir, pela sua conveniência para os utentes dos serviços de saúde, que em 1997, foi aprovado o livro de reclamações através da Portaria nº 355/97⁴⁵⁵.

Assim, na segunda metade da década de 90 inicia-se um novo ciclo político, de 1995 a 2002, e um período de grande profusão legislativa na área da saúde que se mantém até hoje, com a criação de variadas estruturas e o ensaio de novos modelos para o sistema de saúde. Desta forma, diante do consenso político e social, sobre a necessidade de reforçar o SNS racionalizando a sua gestão, foram tomadas medidas que visaram essa racionalização sem colocar em causa os princípios do sistema⁴⁵⁶. Sendo exemplo a criação do Despacho Normativo nº 46/97⁴⁵⁷, que visava um modelo contratual entre utentes e prestadores de cuidados, criando a Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde (AASS) na qual estão representados o cidadão e a administração e onde se congrega a informação necessária

⁴⁵¹ Diário da República, 1998, *Despacho Normativo nº 12/98 de 25 de fevereiro de 1998*

⁴⁵² Diário da República, 1997, *Decreto-Lei nº 73/97 de 3 de abril de 1997*

⁴⁵³ Diário da República, 1997, *Lei nº 12/97 de 21 de maio de 1997*

⁴⁵⁴ Conforme estava previsto no Decreto-Lei nº 38/92 de 28 de março de 1992

⁴⁵⁵ Diário da República, 1997, *Portaria nº 355/97 de 28 de maio de 1997*

⁴⁵⁶ BARROS, 1999

⁴⁵⁷ Diário da República, 1997, *Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de agosto de 1997*

de forma a garantir a satisfação dos utentes. A Agência tem como missão “(...) *explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar (...)*”, trabalhando de perto com as populações/utentes, com as autarquias, com as associações de doentes, entre outros, de forma a, por exemplo “(...) *participar na previsão de necessidades em cuidados de saúde para as quais há que garantir respostas adequadas (...)*”. Esta agência foi substituída, em 1999, pelas Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde⁴⁵⁸, vincando a diferença entre prestação e financiamento dos cuidados de saúde e tendo como função explicitar as necessidades de saúde da população e defender os seus interesses, de forma a afiançar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar⁴⁵⁹. De acordo com o Despacho em causa, estas Agências articulam-se entre si, com as ARS e com os serviços do MS “(...) *com atribuições nas áreas do planeamento estratégico e do financiamento (...)*” e, consideramos que, afasta a tomada de decisão das necessidades da população, para dar mais ênfase ao financiamento. Com o mesmo Despacho, cria-se o Conselho Nacional das Agências que constitui o órgão coordenador, pretendendo-se a articulação permanente e ativa entre a DGS, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e as ARS. Ainda visando a racionalização e modernização da administração pública, da saúde, criou-se o Instituto de Qualidade em Saúde⁴⁶⁰, objetivando “(...) *a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde (...)*”, demonstrando a importância dada à qualidade e concretizando um dos objetivos da “*Estratégia de saúde para o virar do século*”.

Retomando a cronologia, em 1998 o Despacho Normativo nº10/98⁴⁶¹, determina que os CS “(...) *asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até vinte e quatro horas diárias, incluindo aos sábados, domingos e feriados, em função do interesse público, das necessidades da população ou das características locais da área geográfica abrangida (...)*” competindo aos conselhos de administração das ARS adotar modelos de forma a “(...) *otimizar os recursos disponíveis e fomentar uma maior acessibilidade do cidadão aos*

⁴⁵⁸ Diário da República, 1999, *Despacho Normativo nº 61/99 de 22 de abril de 1999*

⁴⁵⁹ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

⁴⁶⁰ Diário da República, 1999, *Portaria nº 288/99 de 27 de abril de 1999*

⁴⁶¹ Diário da República, 1998, *Despacho Normativo nº 10/98 de 5 de fevereiro de 1998*

cuidados de saúde (...) Os SAP⁴⁶², CATUS⁴⁶³, SADUS⁴⁶⁴, SASUS⁴⁶⁵ e demais serviços de natureza idêntica (...) ficam subordinados às decisões (...)” das ARS relativamente à sua reorganização “(...) em função da maximização da melhoria do estado de saúde dos cidadãos(...)”, colocando-se o centro decisório próximo das realidades regionais.

O Decreto-Lei nº 53/98⁴⁶⁶, constituiu a primeira alteração efetiva ao Estatuto do SNS devido às existentes “(...) limitações legais em matéria de admissão de pessoal na Administração Pública (...)” passa a permitir contratos de trabalho a termo certo de forma a assegurar “(...) a satisfação de necessidades urgentes dos serviços (...)” do SNS. Pretendia-se, assim, responder às necessidades existentes de recursos humanos da saúde.

Ainda no mesmo ano o Decreto-Lei nº 97/98⁴⁶⁷, estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei de Bases da Saúde. Este diploma aplica-se às convenções celebradas entre o MS ou as ARS e o setor privado que visem a contratação da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS, sendo que se destinam a contribuir para “(...) a) A necessária prontidão, continuidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde; b) A equidade do acesso dos utentes aos cuidados de saúde (...)”. De acordo com a nossa análise, pretendia-se responder às necessidades dos utentes, mas, aproximava a prestação dos serviços dos organismos privados, tendência que se observava em crescendo.

Desenhando o quadro relativo aos recursos humanos da saúde e à evolução das profissões, com interveniência no SNS, em 1998, foi criada a Ordem dos Enfermeiros⁴⁶⁸, rematando um processo de afirmação da profissão e conferindo-lhe a competência de regulamentação pelos pares.

Ainda em 1998 e no seguimento da racionalização, reformularam-se as remunerações dos profissionais de acordo com o desempenho⁴⁶⁹.

Com caráter experimental foi adotado um novo estatuto hospitalar, que levou à criação do Hospital de S. Sebastião⁴⁷⁰ em Santa Maria da Feira. Foi o primeiro exemplo de um novo regime de gestão pública, com gestão dos recursos humanos e as aquisições de bens e serviços a processar-se de acordo com as práticas do setor privado. Ou seja, introduziram-se mecanismos da prática de gestão privada em estabelecimentos públicos.

⁴⁶² Serviço de Atendimento Permanente

⁴⁶³ Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes

⁴⁶⁴ Serviço de Atendimento de Doentes Urgentes

⁴⁶⁵ Serviço Atendimento a Situações Urgentes

⁴⁶⁶ Diário da República, 1998, *Decreto-lei nº 53/98 de 11 de março de 1998*

⁴⁶⁷ Diário da República, 1998, *Decreto-lei nº 97/98 de 18 de abril de 1998*

⁴⁶⁸ Diário da República, 1998, *Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril de 1998*

⁴⁶⁹ Diário da República, 1998, *Decreto-Lei nº 117/98 de 5 de maio de 1998*

⁴⁷⁰ Diário da República, 1998, *Decreto-Lei nº 151/98 de 5 de junho de 1998*

Este modelo, diferente do implementado no Hospital Fernando da Fonseca, apresentava “(...) melhores resultados do que o outro (...)”⁴⁷¹.

Com a Portaria nº 348-B/98⁴⁷², reviram-se as tabelas de preços a praticar pelo SNS. Destaca-se a publicação de preços para a cirurgia de ambulatório “(...) evitando-se a faturação de tais episódios como se de internamentos de curta duração se tratasse ou mesmo(...) não faturação(...)”

Prosseguindo no processo de melhoria da formação dos recursos humanos da saúde, a Portaria nº 413-A de 17 de julho de 1998, aprova o Regulamento Geral dos Cursos Biotécnicos de Licenciatura das Escolas Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Lisboa e Porto e com a Portaria nº 505-D de 15 de Julho de 1999, as mesmas Escolas são autorizadas a conferir os graus de bacharel e licenciado.⁴⁷³ Anteriormente, de forma a efetuar uma atualização premente, com a Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98⁴⁷⁴, definem-se as medidas para o ensino nas áreas da saúde: “ (...) reforço da aprendizagem tutorial na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em Medicina, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde, através da sua passagem para a tutela do Ministério da Educação, e a reorganização da formação dos enfermeiros, com a passagem (...) para o nível de licenciatura (...)”⁴⁷⁵.

O Estatuto do SNS⁴⁷⁶, foi novamente alterado pelo Decreto-Lei nº 401/98⁴⁷⁷ “(...) no sentido de admitir, para além de tabelas de preços administrativos (...) a fixação de critérios de pagamento através da via negocial (...)”, por ser “(...) sentida a necessidade de encontrar soluções contratuais para regular o pagamento(...)”

Considerando o avultar das listas de espera, o Decreto-Lei nº 285/99⁴⁷⁸, aprova um suplemento remuneratório para os profissionais de saúde que exerçam atividade para além do horário de trabalho, de forma a reduzi-las.

Em maio, de 1999, reforça-se a ideia de que a saúde é da responsabilidade do Estado estruturando “(...) os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde enquanto poder-dever de intervenção do Estado na

⁴⁷¹ CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁴⁷² Diário da República, 1998, Portaria nº 348-B/98 de 18 de junho de 1998

⁴⁷³ LEÃO, 2008

⁴⁷⁴ Diário da República, 1998, Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4 de dezembro de 1998

⁴⁷⁵ Ministério da Saúde, História do Serviço Nacional de Saúde

⁴⁷⁶ Anteriormente alterado pelo Decreto-Lei nº 53/98

⁴⁷⁷ Diário da República, 1998, Decreto-Lei nº 401/98 de 17 de dezembro de 1998. Que procedeu à modificação do artigo 25.º do Decreto-Lei nº 11/93

⁴⁷⁸ Diário da República, 1999, Decreto-Lei nº 285/99 de 26 de abril de 1999

defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde (...).⁴⁷⁹ Neste sentido é estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS)⁴⁸⁰, sendo que um SLS “(...) *é constituído pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde (...)*”. Os SLS asseguram, na respetiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos e visam “(...) *a melhoria do acesso dos cidadãos à prestação de cuidados, a obtenção de ganhos em saúde e, em especial: a) Identificar as necessidades em saúde; b) Facilitar o acesso aos serviços; c) Contribuir para a melhoria da eficiência do desempenho dos prestadores; d) Contribuir para a racionalização e eficácia da distribuição dos recursos(...)*”. Bem como, cada SLS integra uma unidade de saúde pública que se constitui enquanto observatório local de saúde. No mesmo dia, aumentando a autonomia dos CS, o Decreto-Lei nº 157/99⁴⁸¹, cria os CS de terceira geração estabelecendo-se um “(...) *novo regime de criação, organização e funcionamento(...)*” e prevendo-se a existência de associações de CS, reconhecendo a centralidade dos cuidados primários, como refere o preâmbulo: “(...) *Reconhecendo os CS como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, considera o Governo ter-se tornado prioritária a reformulação do respetivo quadro legal (...)*” Os CS deveriam ser inseridos nas Unidades Locais de Saúde (ULS), criadas experimentalmente para articular a atuação de todos os prestadores de serviços de saúde a nível local, inclusivamente de Hospitais, melhorar o acesso e reduzir as desigualdades.⁴⁸²

Respeitante às unidades hospitalares do SNS, o Decreto-Lei nº 284/99⁴⁸³, estabeleceu o regime que enquadra a reestruturação de “(...) *alguns hospitais, em função da sua localização geográfica, respetivas valências e diferenciação tecnológica, (...) através da sua integração em centros hospitalares (...)*” ou a criação de grupos de hospitais “(...) *sujeitos a coordenação comum, o que, decerto, permitirá maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde (...)*”, assumindo que a estratégia e objetivos da saúde deve ser “(...) *centrada em unidades funcionais que permitam a efetiva interligação entre serviços e instituições que, na mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde(...)*”.

⁴⁷⁹Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

⁴⁸⁰Diário da República, 1999, *Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de maio de 1999*

⁴⁸¹Diário da República, 1999, *Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio de 1999*

⁴⁸²A primeira Unidade Local de Saúde foi a de Matosinhos (ULSM) - foi constituída em 1999 através do Decreto-Lei 207/99 de 9 de junho, o mesmo que também regulamenta as Unidades de Saúde Locais.

⁴⁸³Diário da República, 1999, *Decreto-Lei nº 284/99 de 26 de julho de 1999*

De forma a estabelecer a organização dos Serviços de Saúde Pública, sai o Decreto-Lei nº 286/99⁴⁸⁴, ditando que “(...) os serviços de saúde pública são os serviços do Estado competentes para promover a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde da população, incumbindo-lhes, em especial, a promoção da saúde (...)”. Estes serviços têm o poder de autoridade de saúde⁴⁸⁵ garantindo a intervenção do Estado “(...) a) Na defesa e promoção da saúde; b) Na prevenção da doença; c) No controlo dos fatores de risco e de situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde individual, da população em geral e de grupos específicos; d) No âmbito da sanidade internacional (...)”. Os Serviços de Saúde Pública, integram-se no SNS sendo de âmbito regional e local “(...) de âmbito regional designam-se centros regionais de saúde pública (...)havendo um em cada região de saúde (...)”. De âmbito local temos as “(...) unidades de saúde pública dos sistemas locais de saúde e as unidades operativas de saúde pública dos CS (...)”. A avaliação do seu funcionamento compete à respetiva ARS, sendo que com este documento a importância da vigilância de proximidade é reforçada. Desta forma tem lugar uma reforma territorial da saúde, dividindo o SNS em dois níveis de atuação territorial, o regional e o local. São atribuídas ao nível regional funções de planeamento, coordenação e definição das estratégias de apoio técnico a nível regional, através dos Centros Regionais de Saúde. O nível local é dotado de uma organização flexível em que funcionam as unidades de saúde pública dos sistemas locais de saúde e as unidades operativas de saúde pública dos CS.

De forma a regulamentar a atividade dos TDT, foi publicado o Decreto-Lei nº 320/99, que regulamenta genericamente as profissões em causa, baseando-se na concessão de um título profissional como garante do seu lícito exercício. Criou-se um órgão consultivo, o Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica, de apoio ao MS, que promove a articulação com o sistema nacional de certificação⁴⁸⁶, nomeadamente através da comissão permanente de certificação e da comissão técnica especializada da saúde. O mesmo documento, define os princípios gerais do exercício destas profissões, estando abrangidos por este documento os profissionais que exerçam a sua atividade em Portugal, no sector público, privado e cooperativo, sendo o estatuto legal dos TDT estabelecido pelo Decreto-Lei nº 564/99.⁴⁸⁷ ⁴⁸⁸ Estas profissões constituem um poder

⁴⁸⁴Diário da República, 1999, *Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de abril de 1999*

⁴⁸⁵Regulado pelo Decreto-Lei nº 336/93, de 29 de setembro de 1993

⁴⁸⁶Regime jurídico da certificação profissional instituído pelo Decreto-Lei nº 95/92 de 23 de maio, e regulamentado pelo Decreto Regulamentar nº 68/94 de 26 de novembro.

⁴⁸⁷LEÃO, 2008

⁴⁸⁸Abrangendo dezoito profissões – Técnico de análises clínicas e de saúde pública; Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica; Técnico de audiologia; Técnico de cardiopneumologia; Dietista; Técnico de farmácia; Fisioterapeuta; Higienista oral; Técnico de medicina nuclear; Técnico de neurofisiologia;

emergente dentro do SNS, essencialmente nos hospitais, que embora tenham funções muito diferentes, maturações profissionais e graus de autonomia distintos, foram consideradas como sendo uma afronta ao poder médico, essencialmente a fisioterapia, por ser a profissão que “(...) mais visivelmente se distancia das outras profissões (...) com um processo de afirmação próprio (...)”⁴⁸⁹, uma vez que foram encaradas como representação de “(...) um recuo do domínio médico no hospital (...)” por lhes ser concedida a capacidade de assegurar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação do doente, sendo que o conceito “*diagnóstico*” era exclusivo do domínio médico, potenciando conflitos interprofissionais.⁴⁹⁰ Não obstante, a utilização do conceito não implicava, nem implica, a usurpação de funções, uma vez que o diagnóstico feito pelas profissões está de acordo com as competências que lhe são atribuídas, servindo para determinar a intervenção do profissional e esta diverge de profissão para profissão, ou seja os diagnósticos e intervenção são dissemelhantes embora sendo complementares. A sua formação, no início da década de 2000, com a Portaria nº 3/2000, viu concretizada a regulamentação dos cursos bietápicos de licenciatura em tecnologias da saúde, uniformizando de forma definitiva a formação destes profissionais de saúde, sendo que com o decorrer dos anos as Escolas aumentaram em número, tanto as públicas como as privadas, e com a integração da formação no Ensino Superior Politécnico, passou a ser permitido o acesso a cursos de mestrado e de doutoramento, incrementando a investigação e a qualidade destes profissionais e profissões.⁴⁹¹

Ainda em 1999, e com a pretensão da qualidade e melhores cuidados de saúde para as populações, são criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS⁴⁹², que constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e ou unidades funcionais, com a finalidade de “(...) melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respetivos recursos (...)”. Visam aliar a coordenação e gestão intermédias típicas da gestão empresarial com as exigências de um serviço público.

De referir, pela sua conveniência, que em 1999, o MS lança o documento “*Saúde, um compromisso – a Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)*”⁴⁹³, já anteriormente referida, que definiu programas objetivando a melhoria dos cuidados de saúde, que ainda existem, inserindo-se na política de saúde da OMS, especificamente na sua

Ortopista; Ortoprotésico; Técnico de prótese dentária; Técnico de radiologia; Técnico de radioterapia; Terapeuta da fala; Terapeuta ocupacional; Técnico de saúde ambiental.

⁴⁸⁹ CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁴⁹⁰ Idem

⁴⁹¹ LEÃO, 2008

⁴⁹² Diário da República, 1999, *Decreto-Lei nº 374/99 de 18 de setembro de 1999*

⁴⁹³ Ministério da Saúde, 1999

dimensão europeia (*Saúde para Todos no século XXI*). Portugal beneficiou do trabalho realizado pela OMS no âmbito das políticas de saúde⁴⁹⁴ sendo que “(...) *as principais orientações das Estratégias de Saúde (...)*” da OMS passaram, a partir de 1998, a fazer parte das Grandes Opções do Plano na Saúde⁴⁹⁵. Esta estratégia iniciou a cultura do pensamento estratégico na área da saúde. Em termos de mudanças estruturais foca três aspetos, a reforma do SNS (*SNS 21*): o desenvolvimento do sector social e privado; a evolução das atitudes e comportamentos em relação à saúde e às organizações de saúde. Em relação ao SNS 21, as suas principais características dizem respeito à integração de três funções de natureza diferente como sejam a estratégia para investir em saúde, o financiamento dos serviços de saúde e a prestação de cuidados de saúde. Assim o SNS 21 “(...) *Garante o enquadramento e os instrumentos para realizar ganhos em saúde; Reconhece o importante papel das organizações de solidariedade social e do sector privado e a necessidade de apoiar o seu desenvolvimento; Confirma o papel estratégico essencial do (...) SNS na configuração do sistema de saúde; Consagra uma separação entre o “financiador” e o “prestador”(...); Modela competição, cooperação e complementaridade no sentido de conseguir os resultados e a qualidade desejada em saúde e o melhor custo (...); Contribui para regular o “mercado” de serviços e de produtos tecnológicos na saúde (...)*”⁴⁹⁶. Terá sido o primeiro documento a refletir preocupações com os idosos, com um capítulo: “*Envelhecer-Autonomia e bem-estar das pessoas idosas*”.

De forma a capacitar o SNS e a regularizar a situação dos recursos humanos da saúde, em 2000, legislou-se a contratação a termo definitivo, e exclusivo, de profissionais de saúde e outras que integravam o SNS⁴⁹⁷, por via do “(...) *descongelamento das vagas (...) necessárias, em prazo que possibilite (...) o preenchimento dos respetivos lugares em tempo útil (...)*”. Decorrente deste documento a saída de profissionais que se encontravam a contrato por dois anos, ao abrigo da legislação anterior, e a contratação de recursos humanos pelo SNS, para preenchimento das vagas descongeladas por este documento, fez-se em larga escala. Terá sido a última grande abertura de vagas até à atualidade.

De forma a atingir a sustentabilidade do SNS e tendo como objeto legislativo a comparticipação do Estado no preço dos medicamentos prescritos aos utentes do SNS e aos

⁴⁹⁴ PELETEIRO et al, 2004

⁴⁹⁵ Documento anualmente aprovado pelo OE, e a constituir-se como expressão concreta da política pública de saúde

⁴⁹⁶ ROSEIRA, 1999

⁴⁹⁷Diário da República, 2000, *Decreto-Lei n.º 68/2000 de 26 de abril de 2000*. Alterou o Estatuto do SNS, na redação conferida pelo Decreto-Lei n.º 53/98, referindo a possibilidade de celebração de contratos a termo, por dois anos.

beneficiários da ADSE, surge o Decreto-Lei n° 205/2000⁴⁹⁸ que altera o Decreto-Lei n° 305/98⁴⁹⁹, por necessidade de aproximação aos critérios europeus. Este novo documento confere maior rigor na comparticipação do Estado nos medicamentos, com o objetivo de atingir a sustentabilidade, a equidade e o equilíbrio do SNS. Exclui da comparticipação alguns medicamentos, baseado essencialmente no seu “*custo excessivo*” acrescentando-se a “*reduzida eficácia terapêutica*”. Bem como, determina que o Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.) passa a proceder à reavaliação sistemática dos medicamentos comparticipados, aferindo assim, se continuam a reunir os requisitos de comparticipação. No mesmo dia surge o Decreto-Lei n° 206/2000⁵⁰⁰ que regula o regime excecional de aquisição e dispensa de medicamentos nos serviços de saúde, objetivando o melhoramento da prestação de cuidados de saúde. Permite-se, assim, que as farmácias hospitalares e outros serviços de saúde, públicos ou privados, decorrente de atendimento em serviço de urgência, dispensem medicamentos a utentes que reúnam requisitos clínicos e sociais, facilitando a obtenção do medicamento e tratamento atempado.

Os preços praticados pelo SNS foram atualizados, pela Portaria n° 189/2001⁵⁰¹, porque os preços fixados pela anterior Portaria⁵⁰² estavam desajustados.

O Regulamento do Transporte de Doentes é aprovado em 2001⁵⁰³, contemplando e adequando-se à evolução tecnológica dos equipamentos e aos avanços da medicina na área do socorro e do transporte de doentes em situações de urgência. Pela existência de dificuldades na sua aplicação nos prazos estipulados, considerou-se necessário aumentá-los, para permitir ao INEM adaptar a frota às exigências, e simplificou-se o processo de licenciamento e vistorias. Determinou-se, ainda, que o INEM e as ARS ficam responsáveis pela fiscalização da atividade privada de transporte de doentes⁵⁰⁴.

Concretizando o previsto na Lei de Bases da Saúde relativo à gestão das unidades de saúde, determinando que progressivamente estas unidades deverão obedecer a regras de gestão empresarial, sai a Resolução do Conselho de Ministros 162/2001⁵⁰⁵ na qual se prevê a existência de parcerias público-públicas (baseadas em parceiros do sector público), de parcerias público-privadas (PPP) (combinando financiamento público com capital privado),

⁴⁹⁸ Diário da República, 2000, *Decreto-Lei n° 205/2000 de 1 de setembro de 2000*

⁴⁹⁹ O qual já tinha sido consequência da nova redação do Decreto-Lei n° 118/92 de 25 de junho,

⁵⁰⁰ Diário da República, 2000, *Decreto-Lei n° 206/2000 de 1 de setembro de 2000*. Revoga o Decreto-Lei n° 29/97 de 23 de setembro

⁵⁰¹ Diário da República, 2001, *Portaria n° 189/2001 de 9 de março de 2001*

⁵⁰² Portaria n°348-B/98 de 18 de junho de 1998

⁵⁰³ Diário da República, 2001, *Portaria n°1147/2001 de 28 de setembro de 2001*. Atualiza o regulamento de 1993

⁵⁰⁴ Diário da República, 2002, *Portaria n° 1301-A/2002 de 28 de setembro de 2002*

⁵⁰⁵ Diário da República, 2001, *Resolução do Conselho de Ministros n° 162/2001 de 16 de novembro de 2001*

e ainda de parcerias com o sector social. O legislador refere, no preâmbulo da Resolução que o Governo estava “(...) aberto a encorajar iniciativas locais que visem a aplicação deste tipo de parcerias ao universo de prestação de cuidados primários e de cuidados continuados de saúde, bem como à modernização, remodelação e gestão de serviços de apoio indireto à atividade clínica, como os que facultam meios complementares de diagnóstico e terapêutica, quer dentro quer fora das unidades de saúde (...)”⁵⁰⁶. Cria ainda a estrutura de missão *Parcerias.Saúde*, determinada a desenvolver e implementar experiências inovadoras de gestão na saúde, designadamente nos estabelecimentos hospitalares, nas unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde. Neste âmbito, é lançado o Decreto-Lei nº 39/2002⁵⁰⁷ que aprova uma nova forma de nomeação dos órgãos de direção técnica dos hospitais e dos CS e altera a composição dos conselhos técnicos, assim como flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais. Nesta conjuntura, e considerando a importância atribuída, no contexto da reestruturação do setor da saúde, ao estabelecimento de PPP no âmbito do SNS, foi publicado o Decreto-Lei nº 185/2002⁵⁰⁸, com vista à regulação dos regimes jurídicos subjacentes a tais parcerias, pretendendo que se desenvolvam “(...) através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado, segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde (...)”, podendo ser aplicadas em todos os tipos de prestações de cuidados de saúde (primários, diferenciados e continuados). Posteriormente a Lei nº 27/2002⁵⁰⁹, aprova o novo regime de gestão hospitalar que, introduziu modificações na Lei de Bases da Saúde, oficializando modelos de gestão de tipo empresarial (EPE)⁵¹⁰. Este diploma estabeleceu que os hospitais públicos passariam a poder revestir-se da natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos ou de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, constituindo-se como “(...) a continuação dos atuais Hospitais SA na melhoria da eficiência e um aperfeiçoamento no aumento da eficácia e da equidade

⁵⁰⁶O Despacho nº 19946/2002 concretizará em parte este desígnio, ao estabelecer que os novos Hospitais serão construídos e geridos através de Parceria Público-Privada (Diário da República, 2002, *Despacho nº 19 946/2002 de 10 de setembro de 2002*)

⁵⁰⁷Diário da República, 2002, *Decreto-Lei nº 39/2002 de 26 de fevereiro de 2002*

⁵⁰⁸Diário da República, *Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de agosto de 2002*

⁵⁰⁹Diário da República, 2002, *Lei nº 27/2002 de 8 de novembro de 2002*

⁵¹⁰Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

(...)”⁵¹¹. O modelo surge após ensaios de várias metodologias de gestão (Hospital Fernando da Fonseca, Hospital de São Sebastião, CRI)⁵¹².

Anteriormente a 25 de junho de 2002, sai a Circular Normativa nº8/DSPCS⁵¹³, relativa à mobilidade de doentes e respetiva assistência médica no estrangeiro, de forma a uniformizar os critérios, declarados no Decreto-Lei nº 177/92. Estes pedidos são dirigidos e analisados pela DGS. A finalizar este ano, aprova-se o modelo único do livro de reclamações para todas as unidades privadas de saúde e instituições particulares de solidariedade social⁵¹⁴, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados aos utentes. Como medida adicional na procura de resposta para o aumento da despesa no setor da saúde, neste caso na área do medicamento, foi imposta, no final do ano, a introdução dos preços de referência na comparticipação dos medicamentos pelo Estado aos utentes do SNS visando instituir“(…)um valor máximo a ser comparticipado correspondente à comparticipação do medicamento genérico de preço mais elevado de determinado grupo, garantindo(…)uma alternativa de qualidade(…)equivalência terapêutica comprovada (…)”⁵¹⁵. Pretende-se garantir o benefício do doente e a liberdade de prescrição médica. Concordantemente com esta orientação de redução da despesa do SNS, as tabelas de preços a praticar por este, bem como o respetivo Regulamento, foram novamente aprovadas⁵¹⁶.

Considerando os cuidados de saúde primários como principal via de acesso aos cuidados de saúde em geral, procedeu-se a um conjunto de alterações estruturais e legislativas com vista ao desenvolvimento do seu sistema de organização, como seja a aprovação da criação da rede de prestação de cuidados de saúde primários⁵¹⁷. Pretendia-se a sua aplicação aos CS do SNS, a entidades do setor privado e a profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS, nos termos de contratos, convenções ou acordos de cooperação celebrados. De acordo com as disposições introdutórias do diploma, a nova rede deveria assumir-se “(…) em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença (…)” tendo como referência a ação dos CS e dos médicos de família. Salientando a responsabilidade do Estado em providenciar os cuidados de saúde primários aos cidadãos e

⁵¹¹ RAMOS, 2005

⁵¹² CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁵¹³ Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 2002

⁵¹⁴ Diário da República, 2002, *Despacho nº 21866/2002 de 10 de outubro de 2002*

⁵¹⁵ Diário da República, 2002, *Decreto-Lei nº 270/2002 de 2 de dezembro de 2002*. Este diploma alterou o Decreto-Lei nº 118/92

⁵¹⁶ Diário da República, 2003, *Portaria nº 132/2003 de 5 de fevereiro de 2003*

⁵¹⁷ Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de abril de 2003*

às famílias, foi definido como objetivo principal da concretização da nova rede “ (...) *garantir a todos os cidadãos o seu médico de família, tendencialmente com a especialidade de medicina geral e familiar, assegurando, desta forma, em todas as áreas geográficas, o acesso universal, geral e tendencialmente gratuito de todos os cidadãos à saúde, consagrado na Constituição (...)*”. Este diploma foi revogado após dois anos, tendo sido repristinado o Decreto-Lei nº 157/99, que criou os CS de terceira geração.

Em 29 de julho de 2003, aprova-se a orgânica do INEM⁵¹⁸, introduzindo princípios de flexibilidade na organização, na administração e na gestão. Introduce-se, também, princípios de otimização dos recursos humanos e técnicos e de racionalização dos recursos financeiros. Determina-se/reforça-se que compete ao INEM a coordenação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) “(...) *no quadro do qual se inclui toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referência do doente urgente/emergente, a formação em emergência médica, o planeamento civil e a prevenção e a rede de telecomunicações de emergência médica (...)*”. Relativamente ao SIEM⁵¹⁹ refere que se constitui como um “(...) *conjunto de ações extra-hospitalares, hospitalares e inter-hospitalares, englobando a intervenção ativa, dinâmica e coordenada dos vários componentes da comunidade, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios (...)*”

Seguindo na linha política de persecução do objetivo de atingir a sustentabilidade económica do SNS, sai o Decreto-Lei nº 173/2003⁵²⁰ que determina o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no SNS. Com este documento legislativo, assume-se que as taxas moderadoras podem constituir um meio adequado para moderar, racionalizar e regular o acesso ao SNS, associando-lhe um princípio de justiça social e “ (...) *envolvendo diretamente os utentes e, em geral, a comunidade na melhoria da gestão dos estabelecimentos e da prestação de cuidados de saúde (...)*”. Considerou-se a diferenciação dos grupos carenciados, fixando-se as tabelas correspondentes⁵²¹.

O Decreto-Lei nº 188/2003⁵²², aprovou a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, no prosseguimento da aprovação do regime jurídico da gestão hospitalar, que criou o modelo de gestão de tipo EPE. Tem como objetivo aumentar a descentralização da estrutura funcional e aumentar a “(...) *capacidade diretiva dos órgãos*

⁵¹⁸ Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 167/2003 de 29 de julho de 2003*. Altera a lei de 1981

⁵¹⁹ Criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 84/80, anteriormente mencionada.

⁵²⁰ Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 173/2003 de 1 de agosto de 2003*. Revoga os Decretos-Lei nº 54/92 e 287/95

⁵²¹ Diário da República, 2003, *Portaria nº 985/2003 de 13 de setembro de 2003*

⁵²² Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de agosto de 2003*

máximos e intermédios da gestão hospitalar (...)”. Sendo que este modelo de organização exige dos profissionais, capacidade de trabalho em equipa multiprofissional, atribuindo-lhes maior autonomia e conseqüente responsabilização na gestão clínica. Neste sentido atribui incentivos à produtividade e qualidade. Relativamente ao financiamento dos hospitais determina que “(...) o modelo tradicional de financiamento dos hospitais, baseado em orçamentos históricos, será igualmente substituído por um novo regime de pagamento dos atos, das técnicas e dos serviços efetivamente prestados, segundo uma tabela de preços única para todo o SNS, que simultaneamente os classifica, bem como a contratação de serviços por objetivos concretos (...) premiando o mérito e o desempenho dos profissionais (...)”. Considerando o facto de que alguns médicos especialistas, com atividade profissional ativa, e com reconhecido mérito, passariam a exercer cargos administrativos, defraudando o seu percurso clínico e os utentes, ainda no mesmo ano, foi criada⁵²³, a possibilidade de estes poderem utilizar a competência conferida pelo artigo 32º⁵²⁴ do Decreto-Lei nº 73/90, de forma não remunerada, para o atendimento a doentes privados. Desta forma permitia-lhes exercer a sua atividade profissional, de forma não regular, no âmbito da respetiva especialidade médica e instituições a cujos quadros pertencem, abarcando os hospitais EPE, não se aplicando aos restantes três modelos, que coexistiam em 2003 e que, consideramos, complexificavam a governação: “(...) 1. hospitais SA de capitais exclusivamente públicos (em número de trinta e um); 2. hospital com contrato de gestão (...) Hospital Fernando da Fonseca (...); 3. hospitais do sector público administrativo (todos os outros) (...)”⁵²⁵.

No contexto da Comunidade Europeia, as medidas tomadas relativas à política do medicamento, orientaram para uma maior racionalização do mercado, difundindo a introdução e utilização dos medicamentos genéricos, a criação de condições que facilitem a acessibilidade aos medicamentos inovadores e indicaram propostas para a revisão da legislação farmacêutica comunitária. Com objetivo de reduzir os gastos do Estado e dos utentes⁵²⁶, criaram-se condições para o aumento da quota de medicamentos genéricos no mercado⁵²⁷, com um novo regime de passagem de medicamentos de marca a genéricos.

⁵²³Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 206/2003 de 12 de setembro de 2003*

⁵²⁴ Artigo 32º: Exercício de atividades privadas no hospital “1 - Em condições a aprovar por despacho do Ministro da Saúde e mediante protocolo acordado com o órgão de administração, os chefes de serviço e os diretores de departamento e de serviço em regime de dedicação exclusiva poderão ser autorizados a atender doentes privados em instalações do respetivo estabelecimento e fora do horário de serviço. 2 - A mesma possibilidade é concedida, independentemente da categoria, a médicos em regime de dedicação exclusiva que integrem centros de responsabilidade.”

⁵²⁵ CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁵²⁶ Preâmbulo do Decreto-Lei nº 249/2003 de 11 de outubro de 2003

⁵²⁷Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 249/2003 de 11 de outubro de 2003*. Que procedeu a alterações ao Decreto-Lei nº 72/91

Complementando as alterações legislativas conduzidas com vista à estruturação da rede de prestação de cuidados de saúde, o Decreto-Lei nº 281/2003⁵²⁸, propôs-se a criar e regular “ (...) *uma rede de cuidados continuados de saúde, constituída (...) por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica suscetível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida (...)*”. Salienta-se, que esta rede deve operar, preferencialmente, em articulação com as redes de cuidados de saúde primários e hospitalares. Esta rede colmatou uma falha no sistema, reconhecida há muito pelos profissionais de saúde, relativa à ausência de estruturas de saúde para encaminhar os doentes que se encontrando hospitalizados, já não necessitavam de cuidados hospitalares, mas que pelas suas incapacidades funcionais e ausência de estrutura familiar, com capacidade para lhes prestar apoio, não tinham alternativa, tendo que permanecer no hospital, com os custos decorrentes, ou iam para casa sem o devido apoio.

Ainda no ano de 2003, e no contexto de uma crescente diversificação dos operadores sociais e privados que participam no SNS, integrados nas redes nacionais de cuidados primários, hospitalares e continuados, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS)⁵²⁹, que definiu as suas atribuições, organização e funcionamento. Foram-lhe atribuídas a regulação, a supervisão e o acompanhamento da atividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Considerando que parte das entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, públicas, sociais ou privadas, por delegação ou concessão de serviço público, deixaram de estar sujeitas ao comando administrativo do Estado, e que a generalidade dos estabelecimentos do SNS passariam a enquadrar-se numa lógica empresarial gerando “(...) *potencialmente, fatores de competição indesejáveis que só podem ser prevenidos e corrigidos por intervenção de uma autoridade externa (...)*”, justificando-se a reforma do sistema de regulação e supervisão. A atividade estendeu-se “(...) *a todos os subsetores da saúde, incluindo as instituições e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sistemas social e privado, bem como a prática*

⁵²⁸Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de novembro de 2003*

⁵²⁹Diário da República, 2003, *Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro de 2003*

liberal(...)”. Segundo Vítor Ramos⁵³⁰ a sua criação decorreu “(...) *por iniciativa inédita do Presidente da República, por se temer a privatização dos centros de saúde (...)*”.

No início do ano seguinte, a Portaria nº 103/2004⁵³¹ que aprova a tabela das taxas moderadoras, altera a Portaria nº985/2003, que revelou deter desajustamentos, designadamente retirou a taxa moderadora das biopsias.

Em abril, deu-se continuidade a uma nova política do medicamento, com vista a promover a melhor acessibilidade do cidadão ao medicamento, nomeadamente ao medicamento genérico: o Decreto-Lei nº81/2004⁵³², orientou ao “(...) *aumento da periodicidade de aprovação de preços de referência decorrentes da comercialização de novos genéricos, visando a agilização da criação de novos grupos homogéneos (...)*”⁵³³.

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004⁵³⁴, criou-se o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), tencionando “(...) *minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo (...) que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido (...)*”. Este programa visa eliminar as listas de espera para cirurgia e, também, pretende a “(...) *gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia (...) de forma continuada(...)*”, tendo sido implementado em todas as ARS.

O estatuto do SNS volta a ser alterado⁵³⁵, em 2004, tendo sido alargada “(...) *a base de recrutamento para funções de gestão, quando se justifique, a médicos mais prestigiados, cujo desempenho se deseja, por razões de diferenciação e experiência contínuas(...)*”.

Ainda em 2004, foi publicado o Plano Nacional de Saúde (PNS) para o período 2004-2010, com objetivos estratégicos e de entre os quais : “(...) *obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença(...)*”⁵³⁶. Identificados os ganhos significativos em saúde, verificados nas décadas precedentes, este plano fazia referência aos crescentes problemas de saúde relacionados com a pobreza e a exclusão social, agravados com o envelhecimento da população; ao aumento das desigualdades sociais; à maior mobilidade das populações e ao número crescente de

⁵³⁰ RAMOS, 2010 in CABRAL et all, 2010

⁵³¹Diário da República, 2004, *Portaria nº 103/2004 de 23 de janeiro de 2004*

⁵³²Diário da República, 2004, *Decreto-Lei n.º 81/2004 de 10 de abril de 2004*. Este diploma veio alterar o Decreto-Lei nº 270/2002 e o Decreto-Lei nº 118/92

⁵³³Grupo homogéneo (GH): “*Um grupo homogéneo é um conjunto de medicamentos (originais e genéricos) bioequivalentes entre si.*” (Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos (APOGEN), 2014)

⁵³⁴ Diário da República, 2004, *Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004 de 3 de Junho de 2004*

⁵³⁵Diário da República, 2004, *Decreto-Lei nº 223/2004 de 3 de dezembro de 2004*

⁵³⁶Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004, *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*

imigrantes⁵³⁷. No âmbito de uma “*abordagem centrada na família e no ciclo de vida*”, conduzida com o intuito de “*obter mais saúde para todos*” e sob a qual se pretende adquirir “*(...) uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários (...)*”⁵³⁸, foram definidos objetivos e metas específicas para cada grupo etário. Para os indivíduos com 65 ou mais anos de idade, foram estabelecidas as metas apresentadas na Imagem 3.

Imagem 3: Metas prioritárias para “Um envelhecimento ativo” – 65 anos ou mais

Indicador	Situação actual	Meta para 2010
Esperança de vida dos 65 aos 69 anos ⁵	17,55	20
Auto-apreciação do estado de saúde-% de “mau” ou “muito mau” (65-75 anos) ⁶	H-35,0 M-52,6	H-18 M-26
Tabaco-% de indivíduos que fuma (65-74) ²	H-14,5 M-0,7	H-11 M-0,5
Alcool-% de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (65-74) ²	39,2	20
Actividade física-% de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (65-74) ²	H-75,5 M-37,8	H-38 M-44
Peso-% de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (65-74) ²	H-25,9 M-22,1	H-19 M-17
Obesidade-% de indivíduos com índice de massa corporal igual ou maior que 30 (65-74) ²	H-14,9 M-19,3	H-11 M-14
% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (65-74) ²	56,2	39
% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (75-84) ²	69,2	55

Fonte: Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Vol. I

Ainda com vista à obtenção de mais saúde para todos, foi definida uma “*abordagem à gestão integrada da doença*”, pretendendo-se melhorar o acesso dos doentes crónicos à informação habilitadora de autocontrolo e autovigilância da doença, promovendo o envolvimento das associações de doentes e outras associações promotoras de saúde no desenvolvimento das ações informativas, preventivas, de rastreio e deteção precoce, bem como no apoio aos doentes, sendo a promoção apontada como via para que se concretizassem tais propósitos. Apontou-se, também, a operacionalização e desenvolvimento da rede de cuidados continuados, assim como a “*(...) necessidade de se definir e identificar, legal e funcionalmente, as doenças crónicas cujos portadores tenham acesso a benefícios atribuídos em regime especial (...)*”⁵³⁹. No âmbito do mesmo Plano, a cultura e os hábitos de trabalho, foram reconhecidos como requisitos para o desenvolvimento das intervenções necessárias à melhoria do estado de saúde dos portugueses. A promoção de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde, também foi considerado. Por outro lado, a aposta na definição e adequação de uma política de recursos humanos, na gestão da informação e do

⁵³⁷Idem

⁵³⁸Idem

⁵³⁹Idem

conhecimento, no incentivo da investigação e desenvolvimento em saúde e na valorização da participação do setor da saúde nos fóruns internacionais, foi indicada como promotora da capacitação do sistema de saúde para a inovação. Paralelamente, foi definido o sentido de reorientação do sistema de saúde, partindo da premissa de que “(...) *os investimentos previstos no sistema de saúde deverão contemplar o providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efetividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo (...)*”⁵⁴⁰. A rede de cuidados primários, a rede de cuidados secundários, a rede de cuidados continuados e terminais e a política do medicamento, foram identificados como principal alvo da mudança, assumindo uma maior coordenação vertical, entre níveis de cuidados. Como tal, foi estabelecido um conjunto de metas gerais para o sistema de saúde português, que incluíam, entre outras, o aumento do número de médicos e enfermeiros por 100.000 habitantes, designadamente médicos de medicina familiar, a diminuição do tempo médio de internamento hospitalar e o aumento da proporção de utentes satisfeitos ou muito satisfeitos com o sistema de saúde.

Como parte integrante do PNS 2004-2010, foi aprovado pelo MS, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010)⁵⁴¹. Este Programa partiu do reconhecimento da necessidade de serem criadas condições que, por um lado, permitissem cumprir a intenção de obter ganhos de saúde, traduzidos no aumento do número de anos de vida com independência e, por outro, melhorassem as práticas profissionais no contexto das particularidades do envelhecimento. Assenta, desta forma, sobre três pilares principais: “(...) *promoção de um envelhecimento ativo, ao longo de toda a vida; maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas; promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas (...)*”. Para tal, as recomendações propostas no Programa incluíam a disponibilização de informação e a formação das pessoas idosas e famílias sobre um conjunto de temas chave, bem como a orientação técnica dos prestadores de cuidados, no sentido de serem cumpridos estes objetivos. A aplicação do Programa foi destinada aos profissionais da rede de CS, da rede hospitalar e da rede de cuidados continuados de saúde, tendo sido requerida uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde. A 15 de junho sai o Programa Nacional de Cuidados Paliativos⁵⁴², no âmbito das determinações da OMS e da UE, uma vez que “(...) *a prática de cuidados paliativos requer organização própria e*

⁵⁴⁰Idem

⁵⁴¹ Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004, *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*

⁵⁴² Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2004, *Despacho Ministerial de 15 de junho de 2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos*; Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde, 2004, *Circular Normativa n.º 14/DGCG de 13 de julho de 2004*.

abordagem específica, prestada por equipas técnicas preparadas para o efeito (...)” e os serviços de saúde do SNS não estavam direcionados para assumir estas competências. Salientamos, considerando o tema em estudo, neste trabalho, que o PNS 2004-2010 e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010), constituem um marco na política de saúde para os idosos, uma vez que, de acordo com a nossa investigação, constituem os dois primeiros documentos oficiais relativos à saúde do idoso, a partir dos quais muita da tomada de decisão política da saúde ganha este novo enfoque. No mesmo sentido, foram aprovados⁵⁴³, os princípios fundamentais orientadores da estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência. Entre estes destacam-se o respeito pela dignidade e integridade física e moral, o incentivo ao exercício da cidadania e à participação na elaboração do plano de cuidados por parte das pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, o envolvimento da família e/ou cuidadores principais na prestação de cuidados, a promoção, recuperação ou manutenção da autonomia dos indivíduos e a proximidade dos cuidados, *“(...) de modo a manter o contexto relacional social ou promover a inserção social da pessoa idosa ou em situação de dependência (...)”*. O mesmo diploma criou, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, objetivando propor um modelo de intervenção de cuidados continuados integrados.

Reconhecendo as falhas relativas ao Decreto-Lei nº 60/2003, anteriormente citado, que criou a rede de prestação de cuidados de saúde primários, o Decreto-Lei nº 88/2005⁵⁴⁴, veio revogá-lo e reprimir o Decreto-Lei nº 157/99. Este último, atrás referido, estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS, reestruturando-os em unidades funcionais, destacando-se as Unidades de Saúde Familiar (USF). De acordo com Vítor Ramos⁵⁴⁵ *“(...) As unidades funcionais traduzem um modelo organizativo baseado em equipas multiprofissionais direcionadas para aspetos específicos e complementares da missão do CS (...)”*. Neste mesmo período, foi efetuada a transformação de 36 estabelecimentos hospitalares em 31 SA⁵⁴⁶, antecedendo a transformação dos hospitais SA em entidades EPE, por via do Decreto-Lei nº93/2005⁵⁴⁷, prosseguindo no processo de empresarialização da gestão hospitalar, iniciado em 1998, pretendendo a melhoria do desempenho, da eficiência e da qualidade do SNS.

⁵⁴³Diário da República, 2005, *Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de abril de 2005*

⁵⁴⁴Diário da República, 2005, *Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de junho de 2005*

⁵⁴⁵RAMOS, 2010 in CABRAL et al, 2010

⁵⁴⁶ Com base na Lei nº 27/2002, atrás mencionada

⁵⁴⁷Diário da República, 2005, *Decreto-Lei nº 93/2005 de 7 de junho de 2005*

Face ao agravamento da situação do País no que respeita aos setores económico e financeiro, foi aprovado um conjunto de medidas com vista à consolidação das contas públicas e ao crescimento económico, definidas na Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2005⁵⁴⁸. Tais medidas abrangeram intervenções sobre o SNS, incluindo alterações ao nível das despesas do Estado com medicamentos. Assim, a atualização do preço dos medicamentos comparticipados, com a diminuição do preço de venda ao público, e a definição de mecanismos de posterior atualização dos preços foram conduzidos com base na Portaria nº 618-A/2005⁵⁴⁹, alterada pela Portaria nº 826/2005⁵⁵⁰. No mesmo sentido, procedeu-se, através do Decreto-Lei nº 129/2005⁵⁵¹, à redução em 5% no escalão máximo de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. Estabeleceu-se, porém, o aumento das comparticipações para os pensionistas cujo rendimento total anual não fosse superior a 14 vezes o salário mínimo nacional. Por outro lado, foi eliminado o aumento de 10% da comparticipação dos medicamentos genéricos “ (...) *por se considerar que os mesmos já dispõem neste momento de uma adequada implantação no mercado (...)*”. Ainda nesta temática, surge a permissão de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias (com exceção daqueles que beneficiam de comparticipação do Estado)⁵⁵², promovendo a diminuição dos preços destes medicamentos, através da liberalização da sua fixação. Salvaguardamos, que estes últimos documentos deveriam estar descritos no ponto seguinte por serem posteriores à aprovação do PRACE, no entanto, consideramos que por lógica temática deveriam ser referidos neste momento, para além de que, conforme se percebe pelo elenco de documentos legislativos, existe continuidade na linha de ação e a delimitação de períodos na política de saúde não é linear.

Antecedemos o subcapítulo seguinte, formalizado tendo como base a assinatura do PRACE decorrente de constrangimentos económicos e financeiros, referindo que a questão económica e financeira já se vinha aflorando desde o final da década de 90, incluindo no texto legislativo conceitos como “*eficiência*”, “*racionalização de recursos*” e “*sustentabilidade do SNS*”, a que o debate e a implementação da empresarialização dos serviços de saúde não é alheio, embora seja decorrente do contexto externo designadamente da Comunidade Europeia.

⁵⁴⁸Diário da República, 2005, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005 de 24 de junho de 2005*

⁵⁴⁹Diário da República, 2005, *Portaria nº 618-A/2005 de 27 de julho de 2005*

⁵⁵⁰Diário da República, 2005, *Portaria nº 826/2005 de 14 de Setembro de 2005*

⁵⁵¹Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 129/2005 de 11 de agosto de 2005*

⁵⁵²Diário da República, 2005, *Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de agosto de 2005*

II.1.2. A saúde e a crise económica. A fase da reestruturação e da sustentabilidade.

Mantendo a metodologia descritiva e cronológica, sem interpretação político-partidária, nem análise de conteúdo, passamos a debruçar-nos sobre a tomada de decisão política num contexto de crise económica e financeira e sob a alçada de programas de consolidação orçamental, reestruturação e de persecução da sustentabilidade das contas públicas, como sejam: o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), que surge no âmbito do Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) 2005-2009; o programa decorrente da assinatura do Memorando de Entendimento (MoU) e o Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado (PREMAC).

Encetamos com o documento legislativo que iniciou este processo de reestruturação. Assim, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 124/2005 de 4 de agosto⁵⁵³, foi aprovado o PRACE, “(...) tendo como objetivo a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência pela simplificação, racionalização e automatização, que permitam a diminuição do número de serviços e dos recursos a eles afetos (...)”. No âmbito deste programa, foram definidas orientações gerais que determinam a introdução de um novo modelo organizacional, com base na racionalização de estruturas, no reforço e homogeneização das funções estratégicas de suporte à governação, na aproximação da Administração Central aos cidadãos e na devolução de poderes para o nível local ou regional.

Embora se esteja a analisar a saúde, parece-nos importante referir, por via da importância que a condição económica assume na saúde dos indivíduos e especificamente dos idosos, que no final de 2005, a perceção da frágil posição do grupo das pessoas idosas (65 ou mais anos) no que se refere aos indicadores de pobreza, serviu de suporte à criação do complemento solidário para idosos⁵⁵⁴. Este complemento solidário traduz-se numa “(...) prestação do subsistema de solidariedade destinada a pensionistas com mais de 65 anos, assumindo um perfil de complemento aos rendimentos preexistentes, sendo o seu valor definido por referência a um limiar fixado anualmente e a sua atribuição diferenciada em função da situação concreta do pensionista que o requer (...)”, considerando em particular os efeitos da solidariedade familiar nos recursos globais dos idosos.

Retomando a questão relacionada com a gestão hospitalar e com a transformação do seu modelo em EPE, referimos a transformação do Hospital de Santa Maria e do Hospital de São João (até então com a natureza SA e, portanto, integrados no setor público

⁵⁵³Diário da República, 2005, Resolução do Conselho de Ministros nº 124/2005 de 4 de agosto de 2005

⁵⁵⁴Diário da República, 2005, Decreto-Lei nº 232/2005 de 29 de dezembro de 2005

administrativo) em EPE⁵⁵⁵. O diploma que esteve na base desta transformação, ainda criou três Centros Hospitalares - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E. – como resultado da fusão de unidades hospitalares já existentes. Foram ainda aprovados, no mesmo documento, os Estatutos das unidades de saúde consideradas. Esta medida decorre do PRACE anteriormente mencionado. Relativamente aos cuidados de saúde primários, em 2006, regulamentou-se o lançamento e a implementação das USF⁵⁵⁶, enquanto “ (...) *célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do CS(...)*”. Pretendia-se que as USF contribuíssem para garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados à população. Posteriormente, estabeleceu-se o seu regime jurídico da organização e do funcionamento⁵⁵⁷. Em 2007, aprovou-se a lista de critérios e a metodologia de classificação das USF em três modelos de desenvolvimento, A, B e C⁵⁵⁸, sendo que a cada um destes correspondem distintos processos e modelos de retribuição do desempenho e acreditação. Segundo Campos & Simões⁵⁵⁹ o modelo de retribuição do desempenho das USF “(...) *recompensa melhor os profissionais que mantiveram a população com melhores níveis de saúde, porque não retribui apenas segundo o número de consultas, mas premeia a satisfação das pessoas, que tenderão a querer estar inscritas onde se sintam melhor (...)*”, valorizando desta forma a satisfação dos utentes e promovendo o atendimento com qualidade nos serviços de saúde. De acordo com Campos⁵⁶⁰ as USF vieram dar a resposta necessária aos cuidados de saúde primários afirmando que “(...) *estávamos perante uma visível ineficiência no uso de recursos escassos: muitas consultas de recurso nos SAP; diminuta personalização (...); elevado dispêndio para escassa (...) procura noturna (...); ocorrência desnecessária às urgências dos grandes hospitais, com muitos cidadãos sem médico de família (...)*”. Sendo que era observável que no decorrer da existência dos SAP a população utilizava cada vez menos os serviços “(...) *por não reconhecer neles um serviço com a qualidade necessária (...)*”⁵⁶¹. Não obstante estas justificações, o encerramento destes serviços (SAP) deu azos a manifestações de insatisfação por parte da população de algumas áreas geográficas, sendo a contestação baseada no facto de este serviço lhes

⁵⁵⁵Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n° 233/2005 de 29 de dezembro de 2005*

⁵⁵⁶Diário da República, 2006, *Despacho Normativo n° 9/2006 de 16 de fevereiro de 2006*

⁵⁵⁷Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n° 298/2007 de 22 de junho de 2007*

⁵⁵⁸Diário da República, 2007, *Despacho n° 24101/2007 de 22 de outubro de 2007*

⁵⁵⁹CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁵⁶⁰CAMPOS, 2008

⁵⁶¹Idem

conferir cuidados que consideravam imprescindíveis, sentimento de proteção na saúde e consequente segurança, uma vez que o hospital mais próximo, com serviço de urgência, por vezes se encontrava a distâncias relativas consideradas grandes. Estas dimensões de proteção e segurança são proclamadas como essenciais pelas organizações internacionais, nomeadamente pela OMS. Posteriormente a insatisfação das populações foi-se diluindo por via das boas práticas das USF, embora a insuficiência de médicos de família, e a análise prospetiva que ditava a inevitabilidade do acentuar do problema, com a entrada de muitos médicos na reforma, assombrasse o cenário. Relativamente às urgências noturnas o reforço de meios de emergência médica veio reduzir os sentimentos de insegurança.⁵⁶²

Retomando a cronologia e considerando que o Decreto-Lei n.º 173/2003, determina que o valor das taxas moderadoras é “(...) *revisto e atualizado anualmente, tendo em conta, nomeadamente, o índice de inflação (...)*”, a Portaria n.º 219/2006⁵⁶³ atualizou as mesmas, aumentando o valor de uma forma acentuada, no que ao serviço de urgência diz respeito.

Relativamente a estruturas residenciais para idosos com fins lucrativos, em 2006, determinaram-se as suas normas de implantação⁵⁶⁴, tornando-se necessário obter o licenciamento, de forma a combater situações, que existiam, de funcionamento destas, com condições precárias de habitabilidade e parques cuidados de saúde, higiene e alimentares.

A 21 de abril de 2006, aprovou-se, no âmbito do PRACE, as orientações para a reestruturação dos ministérios⁵⁶⁵, designadamente no que diz respeito à criação de organismos de implementação, avaliação e organização do programa e encerramento de organismos, existentes até à data, que tinham competências locais. Por exemplo, no MS extinguiram-se os cinco centros regionais de saúde pública e as suas atribuições integraram-se nas ARS; extinguiram-se as 18 sub-regiões de saúde, existentes ao nível regional, e as suas funções foram integradas nas ARS, ULS, CS e respetivos agrupamentos.

Pretendendo responder ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da E0 e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, e considerando a escassez verificada ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)⁵⁶⁶. Esta Rede seria composta por “(...) *unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os CS, os serviços distritais e locais da segurança*

⁵⁶² CAMPOS, 2008

⁵⁶³ Diário da República, 2006, *Portaria n.º 219/2006 de 7 de março de 2006*

⁵⁶⁴ Diário da República, 2006, *Despacho Normativo n.º 30/2006 de 31 de março de 2006*

⁵⁶⁵ Diário da República, 2006, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006 de 21 de abril de 2006*

⁵⁶⁶ Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006*

social, a Rede Solidária e as autarquias locais (...)”. Pretendeu-se que a Rede prestasse cuidados continuados integrados a pessoas que se encontrem em situação de dependência⁵⁶⁷, independentemente da idade, promovendo a melhoria das suas condições de vida e bem-estar. A Rede deveria fornecer apoio aos familiares ou prestadores informais de cuidados e promover a manutenção das pessoas em situação de dependência no seu domicílio, sempre que tal se demonstre possível. Adicionalmente, deveria fomentar “ (...)a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação (...)”, contribuindo para cobrir progressivamente as necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos. De acordo com o mesmo diploma, a RNCCI deveria ser implementada progressivamente e concretizar-se, no decorrer do primeiro ano de vigência, através de experiências piloto, as quais foram posteriormente definidas com base nos Despachos nº 17516/2006⁵⁶⁸, e nº 1281/2007⁵⁶⁹. A Portaria nº 994/2006⁵⁷⁰, definiu os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados no âmbito das experiências piloto da RNCCI. Após essa fase piloto, o Despacho Normativo nº 34/2007⁵⁷¹, definiu os “(...) termos e condições em que a segurança social comparticipa os utentes (...)”. A identificação, atualização e caracterização das unidades que integram a RNCCI foi efetuada sucessivamente⁵⁷². A Portaria nº 1087-A/2007⁵⁷³, surgiu com o propósito de concretizar a implementação progressiva da RNCCI. Como tal, fixou os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas respetivas unidades de internamento e ambulatório e definiu, em termos genéricos, as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento. Posteriormente esta Portaria foi alterada pela Portaria nº 189/2008⁵⁷⁴ que reviu os referidos preços. Esta rede encontra-se atualmente em todo o território nacional com serviços de internamento e domiciliários conforme veremos num capítulo posterior. Campos & Simões⁵⁷⁵ afirmam que com a criação desta rede “(...)procurava-se encontrar uma resposta ao grave problema de milhares de idosos doentes, já sem condições de tratamento em hospitais de agudos e ainda sem poderem ser acolhidos na família ou na comunidades, e

⁵⁶⁷ Entre as quais idosos com dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla e pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida.

⁵⁶⁸ Diário da República, 2006, *Despacho nº17516/2006 de 3 de julho de 2006*

⁵⁶⁹ Diário da República, 2007, *Despacho nº1281/2007 de 1 de dezembro de 2007*

⁵⁷⁰ Diário da República, 2006, *Portaria nº 994/2006 de 6 de setembro de 2006*

⁵⁷¹ Diário da República, 2007, *Despacho Normativo nº 34/2007 de 19 de Setembro de 2007*

⁵⁷² Diário da República, 2008, *Despacho nº1408/2008 de 11 de janeiro de 2008*; Diário da República, 2009, *Despacho nº2732/2009 de 21 de janeiro de 2009*; Diário da República, 2010, *Despacho nº6132/2010 de 7 de abril de 2010*; Diário da República, 2011, *Despacho nº 3730/2011 de 25 de fevereiro de 2011*

⁵⁷³ Diário da República, 2007, *Portaria n.º 1087-A/2007 de 5 de setembro de 2007*

⁵⁷⁴ Diário da República, 2008, *Portaria nº 189/2008 de 19 de fevereiro de 2008*

⁵⁷⁵ CAMPOS & SIMÕES, 2011

que constituía uma lacuna do SNS (...)". Estas situações, muitas vezes, impeliam as famílias a deixar os seus familiares nos hospitais, embora com alta hospitalar, por falta de condições para prestar cuidados de saúde domiciliários. Atualmente, embora com algumas lacunas, a rede preenche medianamente, a falha que existia.

Pretendendo-se a diminuição da despesa, as tabelas de preços a cobrar pelo SNS, sujeitas a atualização face aos valores anteriormente fixados pela Portaria nº 132/2003, foram novamente aprovadas⁵⁷⁶, por se encontrarem desatualizadas, bem como o respetivo Regulamento. Tendo sido alteradas posteriormente, por ainda existirem desajustes⁵⁷⁷. Nesta mesma linha, foi criado o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS⁵⁷⁸ com o objetivo de *"(...)apoio ao sistema de pagamentos aos fornecedores das instituições e serviços do SNS relativos à comparticipação de medicamentos e prestações de saúde realizadas em regime de convenção, mediante a realização de pagamentos por conta e posterior reembolso das instituições e serviços do Ministério da Saúde (...)"*.

Na lógica de incremento da prevenção e promoção da saúde e na procura da melhoria da saúde das crianças, dos jovens e da restante comunidade educativa, e no âmbito da execução do PNS, foi aprovado o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)⁵⁷⁹. Dirigido a toda a comunidade educativa⁵⁸⁰, apresenta *"(...) propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (...)"*. O mesmo documento criou, ainda, o Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), para população dos 10-24 anos.

Com o intuito de promover os ganhos em saúde da população, e numa perspetiva de complementaridade com o SNS, foi estabelecido o regime de atribuição de apoios financeiros pelos serviços e organismos do MS a entidades privadas sem fins lucrativos⁵⁸¹. O objetivo principal de tais apoios passa por estimular *"(...) o desenvolvimento de ações e projetos nos domínios da promoção da saúde, da prevenção e tratamento da doença, da reabilitação, da redução de danos e da reinserção, incluindo ações de formação e aquisições de bens e serviços necessários à respetiva execução (...)"*.

A 25 de outubro de 2006, sai o Decreto-Lei nº 200/2006⁵⁸², que *"(...) estabelece o enquadramento procedimental relativo à extinção, fusão e reestruturação de serviços da*

⁵⁷⁶Diário da República, 2006, *Portaria nº 567/2006 de 12 de junho de 2006*

⁵⁷⁷Diário da República, 2007, *Portaria nº 110-A /2007 de 23 de janeiro de 2007*

⁵⁷⁸Diário da República, 2006, *Decreto-Lei nº185/2006 de 12 de setembro de 2006*

⁵⁷⁹Diário da República, 2006, *Dispacho nº 12045/2006 de 2 de julho de 2006*

⁵⁸⁰ Educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais.

⁵⁸¹Diário da República, 2006, *Decreto-Lei nº 186/2006 de 12 de setembro de 2006*

⁵⁸² Diário da República, 2006, *Decreto-Lei nº 200/2006 de 25 de outubro de 2006*

Administração Pública e à racionalização de efetivos (...)”, imprimindo no SNS grandes alterações, desde a extinção de serviços de saúde, como sejam as extensões dos centros de saúde (ECS), à fusão de hospitais e CS e à reestruturação dos organismos com funções de gestão. O Decreto-Lei nº 212/2006⁵⁸³, que aprova a Lei Orgânica do MS, deu início à execução do PRACE neste Ministério, embora desde a sua publicação as medidas que foram sendo tomadas já se afigurassem como tendo por base as normas ditadas por este programa. Considerando a distinção entre a gestão dos recursos dos serviços centrais e regionais do MS e a gestão dos recursos internos do SNS, o mesmo documento procede à criação da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), com a principal função de assegurar a gestão integrada dos recursos do SNS, confluindo na extinção do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, da Direção Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde e do Instituto da Qualidade em Saúde e assumindo as suas atribuições. Bem como assume as funções em matéria de recursos humanos do SNS da Secretaria-Geral. Reforçou ainda as atribuições das ARS, “(...) no sentido de uma maior autonomia e da acomodação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde (...)”; reforçou as funções do Alto Comissariado da Saúde (ACS), passando a incluir a coordenação da atividade do MS nos domínios do planeamento estratégico e das relações internacionais; ampliou o âmbito de atuação da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, passando a incluir as entidades privadas, com ou sem fins lucrativos; criou a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, de forma a fiscalizar e controlar as atividades dos serviços de sangue e dos de colheita, análise e manipulação de tecidos e células humanas, acompanhando o direito comunitário. Nesta sequência aprovou-se a orgânica do ACS⁵⁸⁴; definiu-se a missão e as atribuições da ACSS, I. P.⁵⁸⁵ e determinou-se a sua organização interna, por via da aprovação dos respetivos Estatutos⁵⁸⁶; aprovou-se a orgânica das ARS⁵⁸⁷, constituindo a quinta alteração ao Estatuto do SNS; transferiram-se as competências atribuídas à ACSS, I. P., no que se refere à qualidade, para a DGS⁵⁸⁸, já em 2008.

Embora não seja uma lei específica da saúde, versa sobre esta e tem implicações na saúde, por via da redução do poder de compra: com a Lei nº 53-D/2006⁵⁸⁹, que “(...) altera

⁵⁸³Diário da República, 2006, *Decreto-Lei nº 212/2006 de 27 de outubro de 2006*

⁵⁸⁴Diário da República, 2007, *Decreto-Lei nº 218/2007 de 29 de maio de 2007*

⁵⁸⁵Diário da República, 2007, *Decreto-Lei nº 219/2007 de 29 de maio de 2007*

⁵⁸⁶Diário da República, 2007, *Portaria nº 646/2007 de 30 de maio de 2007*

⁵⁸⁷Diário da República, 2007, *Decreto-Lei nº 222/2007 de 29 de maio de 2007*

⁵⁸⁸Diário da República, 2008, *Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de dezembro de 2008*. Alteração aos Decretos-Lei nº 212/2006 (que aprova a Lei Orgânica do MS) e do nº 219/2007.

⁵⁸⁹Diário da República, 2006, *Lei nº 53-D/2006 de 29 de dezembro de 2007*

a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da Administração Pública (...)” os descontos nos salários dos trabalhadores e dos pensionistas aumentaram.

A criação do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS, anteriormente mencionado, veio contribuir para possibilitar que os utentes do SNS, que não estejam abrangidos por nenhum subsistema, tenham acesso aos medicamentos, pagando, apenas, o encargo que lhes compete no respetivo preço, passando as farmácias a assumir, o valor da comparticipação do Estado. O sistema de pagamento, às farmácias, da comparticipação do Estado no preço dos medicamentos estabeleceu-se com o Decreto-Lei nº 242-B/2006⁵⁹⁰ e posteriormente regulado pela Portaria nº 3-B/2007⁵⁹¹. Com vista à promoção da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, o Decreto-Lei nº 238/2007⁵⁹², procedeu ao aumento do número de medicamentos com esta classificação e à liberalização da venda fora das farmácias, de medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados pelo SNS, embora sem essa comparticipação no seu preço.

A atualização da rede de serviços de urgência do SNS, surge a 15 de janeiro de 2007⁵⁹³ com *“(...) a consagração (...) do conceito do acesso a cuidados de urgência em menos de sessenta minutos, sendo desejável que o tempo de trajeto até um serviço de urgência seja inferior a trinta minutos e que o tempo de trajeto até um serviço de urgência com capacidade cirúrgica seja inferior a quarenta e cinco minutos (...)”*.

A atualização das taxas moderadoras surge novamente⁵⁹⁴, por as anteriores, publicadas pela Portaria nº 219/2006, se encontravam desatualizadas, e concretizou-as para o acesso ao internamento e à cirurgia de ambulatório⁵⁹⁵, sendo demonstrativas de um aumento. Campos⁵⁹⁶ refere que *“(...) a razão mais importante para o alargamento das TM (...) não foi nem o objetivo moderador, nem o objetivo financiador, mas sim uma preparação da opinião pública para a eventualidade de todo o sistema de financiamento ter que ser alterado, caso as medidas de boa gestão que tínhamos adotado no SNS não se revelassem suficientes para garantir a sustentabilidade financeira (...)”*. No entanto no final do ano sai nova alteração à tabela⁵⁹⁷, aumentando-as em 2,1 %.

⁵⁹⁰Diário da República, 2006, *Decreto-Lei nº 242-B/2006 de 29 de dezembro de 2006*

⁵⁹¹Diário da República, 2007, *Portaria nº 3-B/2007 de 2 de janeiro de 2007*

⁵⁹²Diário da República, 2007, *Decreto-Lei nº 238/2007 de 19 de junho de 2007*

⁵⁹³Diário da República, 2007, *Despacho nº 727/2007 de 15 de janeiro 2007*

⁵⁹⁴Diário da República, 2007, *Portaria nº 395-A/2007 de 30 de março de 2007*

⁵⁹⁵Diário da República, 2006, *Lei nº 53-A/2006 de 29 de dezembro de 2007*

⁵⁹⁶CAMPOS, 2008

⁵⁹⁷Diário da República, 2007, *Portaria nº 1637/2007 de 31 de dezembro de 2007*

Em abril de 2007, alterou-se o Regulamento do Transporte de Doentes⁵⁹⁸, clarificando os procedimentos da vistoria de ambulâncias e redefinindo-se o número de tripulantes das ambulâncias de socorro considerando “(...)as boas práticas, internacionalmente definidas, e a análise de custo/benefício (...)”. Posteriormente aprovou-se a orgânica do INEM, I. P.⁵⁹⁹, no âmbito do “(...) PRACE (...) no tocante à modernização administrativa e à melhoria da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência (...)” concretizando a racionalização estrutural e avançando na definição de novos modelos organizacionais, decorrendo a aprovação dos estatutos⁶⁰⁰.

No âmbito da proteção social aos idosos, com vista à redução das desigualdades e melhoria da qualidade de vida, e baseado nos princípios para a atribuição do complemento solidário para idosos, o Decreto-Lei nº252/2007⁶⁰¹, criou um regime de benefícios adicionais de saúde para os beneficiários desse complemento⁶⁰², concretizados por via de reembolsos.

A sexta alteração ao Estatuto do SNS surge com o Decreto-Lei nº276-A/2007⁶⁰³, relativamente “(...) à duração dos contratos de trabalho a termo certo e (...) à fixação de um prazo máximo de vigência (...)”, para “(...) satisfação de necessidades urgentes de pessoal (...)” colmatadas por “(...) os serviços (...) podem, a título excecional, celebrar contratos de trabalho a termo resolutivo certo, até ao prazo máximo de um ano (...)”.

No sentido da criação de uma Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, estabeleceram-se os termos da sua redação e publicação⁶⁰⁴. Neste diploma, determinou-se que sejam publicados anualmente “(...)os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem caráter de urgência, designadamente ambulatório dos CS, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, MCDT e cirurgia programada (...)”. Pretendia-se que cada estabelecimento de saúde fixasse os seus tempos de resposta garantidos (TRG) por tipo de prestação e fornece-se informação atualizada sobre os TMRG aplicáveis a nível nacional.

No contexto do processo de alteração do modelo de gestão hospitalar, um conjunto de unidades de saúde foi transformado em EPE no decorrer do ano de 2007⁶⁰⁵ e aprovados

⁵⁹⁸ Diário da República, 2007, Portaria nº 402/2007 de 10 de abril de 2007

⁵⁹⁹ Diário da República, 2007, Decreto-Lei nº 220/2007 de 29 de maio de 2007

⁶⁰⁰ Diário da República, 2007, Portaria nº 647/2007 de 30 de maio de 2007

⁶⁰¹ Diário da República, 2007, Decreto-Lei nº 252/2007 de 5 de julho de 2007

⁶⁰² Participação financeira em 50 % da parcela do preço dos medicamentos não comparticipada pelo Estado, em 75% da despesa na aquisição de óculos e lentes e em 75% da despesa na aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis.

⁶⁰³ Diário da República, 2007, Decreto-Lei nº 276-A/2007 de 31 de julho de 2007

⁶⁰⁴ Diário da República, 2007, Lei nº 41/2007 de 24 de agosto de 2007

⁶⁰⁵ Foram criados o Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E., o

os respetivos Estatutos⁶⁰⁶. Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 326/2007⁶⁰⁷ e posteriormente o Decreto-Lei n.º 23/2008⁶⁰⁸, criaram centros hospitalares⁶⁰⁹ e aprovaram os respetivos Estatutos. No mesmo sentido, foram também criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e publicado o seu regime de organização e funcionamento⁶¹⁰. Os ACES são caracterizados como “ (...) *serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (...) que agrupam um ou mais CS, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população (...)*”. Está também pressuposta a existência do conselho da comunidade, constituído por representantes da comunidade, e o Gabinete do Cidadão. Relativamente às USF, são “(...) *disciplinadas por legislação específica (...)*”. O principal objetivo da criação dos ACES era “ (...) *dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários (...)*”, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, sendo que “(...) *a delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes fatores geodemográficos: a) O número de pessoas residentes na área do ACES, que não deve, em regra, ser inferior a 50 000 nem superior a 200 000; b) A estrutura de povoamento; c) O índice de envelhecimento; d) A acessibilidade da população ao hospital de referência (...)*” acrescentando-se que “(...) *podem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias (...)*”. Com a criação dos ACES extinguem-se todas as sub-regiões de saúde, sendo que as ARS assumem as suas atribuições. Existiam expectativas elevadas relativamente aos ACES, como refere Vítor Ramos⁶¹¹ “(...) *existem expectativas de que os ACES desenvolvam boas práticas de gestão a nível local, melhorem generalizadamente as condições de acesso, a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes e profissionais, através de boas práticas de planeamento, de contratualização, de sistemas justos de recompensa remuneratória e de incentivos à qualidade dos cuidados (...)*”.

Com o Aviso n.º 12/2008⁶¹², transpôs-se para o direito interno o RSI (2005), emitido pela OMS, sendo a DGS, o organismo responsável pela sua implementação em Portugal. A DGS, neste âmbito, desenvolveu esforços para colmatar eventuais lacunas existentes no

Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E. e com o segundo Decreto-Lei, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

⁶⁰⁶Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro de 2007*

⁶⁰⁷Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro de 2007*

⁶⁰⁸Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro de 2008*

⁶⁰⁹ Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E. P. E.

⁶¹⁰Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008*

⁶¹¹ CABRAL et al, 2010

⁶¹² Diário da República, 2008, *Aviso n.º 12/2008 de 23 de janeiro de 2008*

sistema nacional de saúde, designadamente no SNS, de forma a prestar serviços de qualidade à comunidade. Criou serviços que concretizam o objetivo de dar respostas adequadas às diferentes situações, nomeadamente às de emergência. De entre estas, a Unidade de Apoio às Emergências de Saúde Pública – UESP – a quem compete (ponto 7.3 do Despacho n.º 7238/2010⁶¹³) “(...) a) *Assegurar a manutenção permanente da recolha de dados (...) sobre situações de morbilidade, mortalidade e fenómenos de saúde inesperados;* b) *Assegurar a plataforma de comunicação nas situações de identificação de crise de saúde pública face a alertas nacionais ou internacionais (...)*”.

Relativamente ao SIGIC, em 2008 constatou-se a necessidade de alargar este programa às entidades que contratam com o SNS e têm convenção com este, com o objetivo de garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos TMRG⁶¹⁴. No mesmo mês, definiu-se e classificou-se os serviços de urgência da rede de referência de emergência⁶¹⁵ concordante “(...) *com o imperativo constitucional que obriga o Estado a garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o País em recursos humanos e unidades de saúde e com o carácter evolutivo da política de saúde que (...) se deve adaptar permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos (...)*”.

Os recursos humanos da saúde com vínculo à função pública, em fevereiro de 2008, sofrem alterações no seu regime de vinculação, na carreira e na remuneração⁶¹⁶, gerando insatisfação. Ao que se acrescenta a aprovação do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas⁶¹⁷ que agravou o quadro de insatisfação referido.

Permitindo celeridade à reforma dos cuidados de saúde primários, à implementação da RNCCI e à requalificação de serviços do SNS, criou-se um regime de exceção para “(...) *a contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação (...) de bens e serviços destinados à instalação das USF, à instalação ou requalificação (...) da RNCCI e dos serviços de urgência (...) ao reforço dos meios de socorro pré-hospitalar (...)*”⁶¹⁸. Seguidamente, regularam-se os critérios para atribuição de incentivos às USF e aos seus profissionais⁶¹⁹, na sequência da contratualização de metas de desempenho.

⁶¹³Diário da República, 2010, *Despacho n.º 7238 de 26 de abril de 2010*

⁶¹⁴Diário da República, 2008, *Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro de 2008*

⁶¹⁵Diário da República, 2008, *Despacho 5414/2008 de 28 de janeiro de 2008*

⁶¹⁶Diário da República, 2008, *Lei n.º 12-A/2008 de 27 de fevereiro de 2008*

⁶¹⁷Diário da República, 2008, *Lei n.º 59/2008 de 11 de setembro de 2008*

⁶¹⁸Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 48/2008 de 13 de março de 2008*

⁶¹⁹Diário da República, 2008, *Portaria n.º 301/2008 de 18 de abril de 2008*

Com o Decreto-Lei nº79/2008⁶²⁰, resultando da dependência dos cuidados de saúde manifestada pelos utentes maiores de 65 anos, introduziu-se uma redução de 50% nas taxas moderadoras a suportar por este grupo específico.

Subsequente ao regime de atribuição de apoios financeiros a entidades privadas sem fins lucrativos (Decreto-Lei nº 186/2006) aprovou-se, o “(...) *Regulamento da Atribuição de Apoios Financeiros pelas ARS, a Pessoas Coletivas Privadas sem Fins Lucrativos, no âmbito da RNCCI, designado por Programa Modelar (...)*”⁶²¹

No âmbito do Processo de Bolonha e da consequente necessidade de adequação da formação ao mesmo, a 11 de Junho de 2008, a Direção Geral do Ensino Superior emitiu um parecer, que determina que o primeiro ciclo da formação, em fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala e da generalidade das outras profissões, inseridas na carreira TDT, tem que incluir período de estágio e que deverá atribuir entre 180 ECTS e 240 ECTS. Optou-se por, a partir do ano letivo 2008/2009, ter um primeiro ciclo de oito semestres, correspondendo a 240 ECTS, conferindo o grau de licenciado. Esta norma foi promulgada pelo Governo, para estes cursos e para o de enfermagem. Relativamente ao curso de Fisioterapia, colmatou-se uma falha, permitindo que os profissionais prossigam os estudos para mestrado e doutoramento, sem ter que recorrer ao estrangeiro. Uma vez que a formação nacional, especificamente a da ERA, era reconhecida a nível internacional permitindo o acesso aos referidos ciclos de estudo, embora em Portugal não conferisse grau académico, por não ser tutelado pelo Ministério da Educação⁶²².

Pretendendo a adoção de normas e mecanismos de referenciação dos pedidos de consulta hospitalar, promovendo o atendimento segundo níveis de prioridade, bem como a melhor orientação do doente no sistema e a circulação de informação clínica, aprovou-se o regulamento do sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS [Consulta a Tempo e Horas (CTH)]⁶²³. Aperfeiçoou-se a articulação entre os CS e os hospitais do SNS, existindo uma base de dados única dos utentes inscritos, integrada e atualizada, facilitando a gestão da consulta hospitalar. Posteriormente, contornando a escassez de recursos humanos, particularmente nos serviços de urgência, determinou-se a contratação de médicos pelos serviços do SNS⁶²⁴, incluindo EPE, apontando outras medidas sem efeitos imediatos: aumento do ritmo de formação de médicos; reorganização de serviços de saúde; requalificação da rede de urgências.

⁶²⁰Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 79/2008 de 8 de maio de 2008*

⁶²¹Diário da República, 2008, *Portaria n.º 376/2008 de 23 de maio de 2008*

⁶²² LEÃO, 2008

⁶²³Diário da República, 2008, *Portaria n.º 615/2008 de 11 de julho de 2008*

⁶²⁴Diário da República, 2008, *Despacho n.º 29533/2008 de 17 de novembro de 2008*

O Decreto-Lei n.º 228/2008⁶²⁵ fez a primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 185/2006 alargando o objeto do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS.

No âmbito da missão da ACSS, I.P., relativamente à administração dos recursos financeiros do SNS, publicou-se o Despacho n.º 32042/2008⁶²⁶, visando desenvolver um sistema que incorpore “ (...) *critérios de integralidade, exatidão e transparência, por forma a garantir eficazmente a satisfação de necessidades de consistência, auditoria e supervisão (...)*”, determinando as formas de divulgação da informação económico-financeira do SNS.

Encontrando-se reunidas, a nível do SNS, as condições, fixaram-se os TMRG⁶²⁷ para “(...) *o acesso a consultas e a cuidados domiciliários dos CS, a consultas externas hospitalares, a cirurgia programada e a determinados MCDT no âmbito da cardiologia (...)*”. Publicou-se, no mesmo diploma, a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, garantindo direito à informação e o cumprimento dos TMRG.

Perseguindo o intento de alterar o modelo de gestão hospitalar, no decorrer do ano de 2008, foram ainda criados mais hospitais E.P.E.^{628 629}, e aprovaram-se os respetivos Estatutos. Assim como, se criaram três ULS^{630 631}, sendo que posteriormente se clarificou o regime de integração nas ULS das sub-regiões de saúde e dos CS respetivos⁶³², bem como se procedeu à uniformização do regime das ULS com o modelo de gestão adotado para os hospitais e centros hospitalares EPE. Neste sentido de alteração do modelo de gestão, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca transformou-se em EPE, no final de 2008⁶³³.

No início de 2009, os hospitais do SNS passaram a ter de reportar a informação económico-financeira, obrigatoriamente, à ACSS I. P., e dar conhecimento à ARS, de forma atempada e adequada⁶³⁴, para “(...) *garantir uma maior qualidade e transparência nas contas públicas da saúde (...)*”. Assim como, foram atualizadas as taxas moderadoras⁶³⁵, aumentando os valores de acordo com a inflação, e aprovado o regulamento que estabelece as regras e os procedimentos no âmbito do Programa do Medicamento Hospitalar (PMH), para atribuição de apoio financeiro a instituições hospitalares⁶³⁶, pretendendo a “(...)

⁶²⁵Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 228/2008 de 25 de novembro de 2008*

⁶²⁶Diário da República, 2008, *Despacho n.º 32042/2008 de 16 de dezembro de 2008*

⁶²⁷Diário da República, 2008, *Portaria n.º 1529/2008 de 26 de dezembro de 2008*

⁶²⁸Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E.; Hospital de Faro, E.P.E.; Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde, E. P. E.

⁶²⁹Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 180/2008 de 26 de agosto de 2008*

⁶³⁰ULS do Alto Minho, E. P. E.; ULS do Baixo Alentejo, E. P. E.; ULS da Guarda, E.P.E.

⁶³¹Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de setembro de 2008*

⁶³²Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 12/2009 de 12 de janeiro de 2009*

⁶³³Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 203/2008 de 10 de outubro de 2008*

⁶³⁴Diário da República, 2009, *Despacho n.º 693/2009 de 9 de janeiro de 2009*

⁶³⁵Diário da República, 2009, *Portaria n.º 34/2009 de 15 de janeiro de 2009*

⁶³⁶Diário da República, 2009, *Despacho 3003/2009 de 23 de janeiro de 2009*

valorização da farmácia hospitalar e das atividades relacionadas com o medicamento hospitalar (...)”. Ainda é publicado o Despacho 3673/2009⁶³⁷ que aprovou o Regulamento de Financiamento dos Investimentos na Qualificação das Unidades de Cirurgia de Ambulatório do SNS. Continuando na linha relativa ao setor financeiro, posteriormente, as tabelas de preços a praticar pelo SNS voltaram a ser revistas e aprovadas, bem como o respetivo Regulamento⁶³⁸, que posteriormente sofre uma correcção⁶³⁹.

Em março de 2009, criaram-se vários ACES⁶⁴⁰ integrados nas ARS do Algarve, do Norte, do Centro, do Alentejo e de Lisboa e Vale do Tejo.

Em resposta à modificação do perfil de saúde, verificada nas últimas décadas, devido a vários fatores destacando-se “(...) as condições ambientais (...) as alterações dos estilos de vida (...), a globalização (...) fluxo de pessoas entre continentes e países (...)”, reestruturaram-se os serviços de saúde pública com a distinção de dois níveis de atuação, regional e local, nos planos operacional e organizacional⁶⁴¹. Pretendia-se que o serviço de saúde pública de área de intervenção regional e o de área de intervenção local, funcionassem como estruturas de vigilância e monitorização de saúde. O primeiro deve ainda assumir funções “(...) de vigilância epidemiológica, planeamento em saúde e definição de estratégias regionais e, ainda, de apoio técnico, articulando-se com todos os recursos de saúde pública da sua área de influência (...)”[decorrente da transposição do RSI (2005)].

Considerando as alterações legislativas verificadas sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde, em concreto as que se referem ao estatuto jurídico da ARS e à criação dos ACES, observou-se a necessidade de modificar o regime das autoridades de saúde. Assim, estabeleceram-se as regras de nomeação, competência e funcionamento das entidades que executam o poder de autoridades de saúde⁶⁴². As autoridades de saúde passaram a poder alargar “ (...) o seu âmbito geodemográfico de competências de acordo com a nova figura dos ACES e respetivos rácios populacionais (...)”, permitindo reforçar a concertação entre os municípios com o objetivo de melhoria do

⁶³⁷ Diário da República, 2009, Despacho 3673/2009 de 29 de janeiro de 2009

⁶³⁸ Diário da República, 2009, Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro de 2009

⁶³⁹ Diário da República, 2009, Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de julho de 2009

⁶⁴⁰ Diário da República, 2009, Portaria n.º 272/2009 de 18 de março de 2009; Diário da República, 2009, Portaria n.º 273/2009 de 18 de março de 2009; Diário da República, 2009, Portaria n.º 274/2009 de 18 de março de 2009; Diário da República, 2009, Portaria n.º 274/2009 de 18 de março de 2009; Diário da República, 2009, Portaria n.º 275/2009 de 18 de março de 2009; Diário da República, 2009, Portaria n.º 276/2009 de 18 de março de 2009. No âmbito do Decreto-Lei n.º 28/2008. Sendo que 4 posteriormente foram retificados: Diário da República, 2009, Declaração de Retificação n.º 29/2009 de 15 de maio de 2009; Diário da República, 2009, Declaração de Retificação n.º 30/2009 de 15 de maio de 2009; Diário da República, 2009, Declaração de Retificação n.º 31/2009 de 15 de maio de 2009; Diário da República, 2009, Declaração de Retificação n.º 32/2009 de 15 de maio de 2009

⁶⁴¹ Diário da República, 2009, Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril de 2009

⁶⁴² Diário da República, 2009, Decreto-Lei n.º 82/2009 de 2 de abril de 2009

planeamento e da implementação dos programas de saúde pública. O mesmo diploma veio ainda determinar a criação do Conselho de Autoridades de Saúde, como órgão consultivo e de apoio da autoridade de saúde nacional. No desenvolvimento da criação dos ACES, o Despacho nº10143/2009⁶⁴³, aprovou o Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Compete-lhe “ (...) *prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (...)*”. Bem como, se estabeleceu que os CS, integrados em ACES ou em ULS, organizam-se e funcionam de forma semelhante⁶⁴⁴.

A 18 de maio de 2009, sai a Portaria nº535/2009⁶⁴⁵, que regulamenta a Lei nº44/2005, estabelecendo “(...) *os direitos de participação e de intervenção das associações de defesa dos utentes de saúde junto da administração central, regional e local contribuindo (...) para o maior envolvimento e participação dos doentes(...) na definição e operacionalização das estratégias, planos e programas nacionais de saúde (...)*”.

Após aproximadamente 6 anos desde a sua criação, a avaliação do funcionamento da ERS, conduziu à revisão do seu regime jurídico, decidindo-se alterações: criação de um conselho consultivo; delimitação mais rigorosa das atribuições e dos poderes; atribuição de funções de regulação económica e a definição precisa dos seus poderes sancionatórios⁶⁴⁶.

A 24 de junho de 2009, é aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde⁶⁴⁷, com um horizonte temporal de implementação de 5 anos e de consolidação de 10 anos, decorrente de que “(...) *o PNS 2004 -2010 aponta como orientação estratégica e intervenção necessária a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde(...)*”. A estratégia é desenvolvida pela DGS e coordenada pelo Departamento da Qualidade na Saúde. Para a qualificação das unidades de saúde criou-se um modelo de acreditação nacional. As prioridades de atuação são “(...) *1) Qualidade clínica e organizacional; 2) Informação transparente ao cidadão; 3) Segurança do doente; 4) Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde; 5) Gestão integrada da doença e inovação; 6) Gestão da mobilidade internacional de doentes; 7) Avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do SNS (...)*”. Em concordância com a centralidade do

⁶⁴³Diário da República, 2009, *Despacho nº10143/2009 de 16 de abril de 2009*

⁶⁴⁴Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 102/2009 de 11 de maio de 2009*

⁶⁴⁵Diário da República, 2009, *Portaria 535/2009 de 18 de maio de 2009*. Relativamente ao apoio financeiro, a estas associações, vigora o Decreto-Lei nº186/2006.

⁶⁴⁶Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 127/2009 de 27 de maio de 2009*

⁶⁴⁷Diário da República, 2009, *Despacho nº 14223/2009 de 24 de junho de 2009*

utente apresentada, com a Lei n° 33/2009⁶⁴⁸, passou a ser “(...) reconhecido e garantido a todo o cidadão admitido num serviço de urgência do SNS o direito de acompanhamento (...)”, consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, definindo-se com clareza e rigor as normas e condições de aplicação. Posteriormente aprovou-se o *regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, ou em situação de dependência, ou com doença incurável, nas unidade de saúde(...)*” abrangendo os idosos⁶⁴⁹.

No contexto da reestruturação do SNS, no que respeita aos recursos humanos, o Governo definiu o regime da carreira dos médicos nas EPE e nas parcerias em saúde⁶⁵⁰, com o intuito de garantir que os médicos em funções no SNS beneficiem de um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, possibilitando a mobilidade interinstitucional. No mesmo contexto, foi definido o regime legal da carreira médica, enquanto carreira especial da Administração Pública⁶⁵¹. Justificando-se pela natureza da prestação de cuidados médicos, cuja “(...) especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua integração numa carreira geral(...)”.

No contexto da reforma dos cuidados de saúde primários, considerando que “(...) o desenvolvimento dos sistemas de informação surge como essencial, constituindo um elemento de apoio à atividade dos profissionais e ao prosseguimento dos diversos objetivos (...)”, são implementados os sistemas de informação⁶⁵², em 2009. As tecnologias de informação, imprimem à prestação de cuidados de saúde, importantes contributos à coordenação e integração dos vários níveis de cuidados, à partilha entre profissionais de saúde de informação clínica, bem como entre serviços hospitalares e de cuidados de saúde primários e na prestação de informação ao utente: “(...) A existência de um processo clínico eletrónico é hoje uma prioridade, fundamental para garantir um acompanhamento mais eficaz do doente ao longo de todo o processo de prestação de cuidados (...)”⁶⁵³.

Pretendendo dar resposta à gravidade inerente às doenças cardiovasculares na população portuguesa, e considerando que, grande parte das mortes evitáveis se associa à doença coronária e ocorre fora dos hospitais e a maioria dos episódios de morte súbita cardíaca resulta da ocorrência de arritmias malignas, particularmente de fibrilhação ventricular, o Decreto-Lei n° 188/2009⁶⁵⁴, regulou “ (...) pela primeira vez na ordem jurídica portuguesa, a utilização de desfibriladores automáticos externos por não médicos

⁶⁴⁸Diário da República, 2009, Lei n.º 33/2009 de 14 de julho de 2009

⁶⁴⁹Diário da República, 2009, Lei n° 106/2009 de 14 de setembro de 2009 (Não vigora atualmente).

⁶⁵⁰Diário da República, 2009, Decreto-Lei n° 176/2009 de 4 de agosto de 2009

⁶⁵¹Diário da República, 2009, Decreto-Lei n° 177/2009 de 4 de agosto de 2009 (Revoga o Decreto-Lei n.º 73/90)

⁶⁵²Diário da República, 2009, Despacho n° 18846/2009 de 14 de agosto de 2009

⁶⁵³SIMÕES & DIAS, 2010, in CABRAL et al

⁶⁵⁴Diário da República, 2009, Decreto-Lei n° 188/2009 de 12 de agosto de 2009

em ambiente extra-hospitalar (...)”. Permitindo o acesso generalizado a meios de socorro e contribuindo para diminuir as mortes evitáveis por eventos cardiovasculares, garantindo a segurança na utilização dos equipamentos prevendo-se reforçar “(...) *o investimento na formação em suporte básico de vida (SBV) e o incremento da qualidade organizacional e operacional dos meios de socorro, adequando-os à diversidade das realidades geográficas do todo o território nacional (...)*”, minimizando os riscos associados a este processo.

A 21 de agosto, instituiu-se “(...) *um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública (...)*” denominado SINAVE⁶⁵⁵. Esta Lei cria, ainda, o Conselho Nacional de Saúde Pública (CNSP), a Comissão Coordenadora da Vigilância Epidemiológica a (CCVE), Comissão Coordenadora de Emergência (CCE), a Rede Integrada de Informação e Comunicação e a Entidade Sentinela. Define, também, as medidas de prevenção e controlo das doenças transmissíveis, a resposta em saúde pública, os procedimentos a contemplar no plano de ação nacional de contingência para as epidemias, e menciona a necessidade de aprovação, pelo governo, do processo de notificação obrigatória, cumprindo o RSI (2005).

A 6 de outubro de 2009, sai o Decreto-Lei nº 279/2009⁶⁵⁶, que “(...) *estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos (...)*”, exceto as IPSS, revelando-se necessário, uma vez que os documentos anteriores⁶⁵⁷ se revelaram de difícil implementação pelo seu peso burocrático e complexidade.

Em sequência da criação do regime de benefícios adicionais de saúde, para os beneficiários do complemento solidário para idosos⁶⁵⁸, foi necessário estabelecer os termos do financiamento de tais benefícios, por verbas do OE⁶⁵⁹.

Durante o ano de 2009 mais centros hospitalares, hospitais E.P.E. e ULS foram criados⁶⁶⁰ e de seguida, em Março de 2010, o Hospital de Curry Cabral, E. P. E⁶⁶¹.

⁶⁵⁵ Diário da República, 2009, *Lei nº 81/2009 de 21 de agosto de 2009*

⁶⁵⁶ Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 279/2009 de 6 de outubro de 2009*

⁶⁵⁷ Decreto-Lei nº 13/93, que versava sobre a mesma temática, regulamentado pelo Decreto Regulamentar n.º 63/94,

⁶⁵⁸ Determinado pelo Decreto-Lei nº 232/2005

⁶⁵⁹ Diário da República, 2009, *Portaria nº 1391/2009 de 17 de novembro de 2009*

⁶⁶⁰ Criou-se o Centro Hospitalar do Oeste Norte, o Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E., o Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E. P. E., o Hospital do Litoral Alentejano, E. P. E. e a ULS de Castelo Branco, E. P. E. Pelos documentos legislativos: Diário da República, 2009, *Portaria nº 83/2009 de 22 de janeiro de 2009*; Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 27/2009 de 27 de janeiro de 2009*; Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 280/2009 de 6 de outubro de 2009*; Diário da

No que respeita às taxas moderadoras, as respeitantes ao acesso a internamento e ato cirúrgico realizado em ambulatório são eliminadas⁶⁶².

Por afetar também os idosos, referimos o Despacho 27731/2009⁶⁶³, que “(...) estabelece as regras de financiamento das ajudas técnicas/produtos de apoio às pessoas com deficiência (...)” cumprindo a Lei nº38/2004⁶⁶⁴: “(...) compete ao Estado o fornecimento, adaptação, manutenção ou renovação dos meios de compensação que forem adequados com vista a uma maior autonomia e adequada integração (...)”.

Constatada a necessidade de equipamentos de cuidados primários, continuados e paliativos, o regime excecional para a contratação de obras públicas, aquisição ou locação de bens e serviços destinados à instalação das USF, ou instalação ou requalificação dos serviços de saúde integrados na RNCCI, foi prorrogado até 31 de dezembro de 2009⁶⁶⁵ (criado pelo Decreto-Lei nº48/2008) e posteriormente até 31 de dezembro de 2010⁶⁶⁶.

Considerando as graves consequências para a vida das famílias que advêm dos problemas de saúde mental e de situações de demência, em parte devidas ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento da população, foi criado, pelo Decreto-Lei nº 8/2010⁶⁶⁷, um “ (...) conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência (...)”. Pretende-se que tais unidades e equipas, compostas por unidades residenciais, unidades sócio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, se articulem com os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e com a RNCCI. Esta medida surgiu no âmbito do PNS Mental 2007-2016⁶⁶⁸.

Em 2010, criaram-se os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS)⁶⁶⁹, com objetivo “(...) promoção de eficácia e eficiência em organizações dos sectores público e privado, permitindo não só elevadas poupanças, criação de sinergias e aumento de produtividade, como também benefícios ao nível da qualidade do serviço prestado e da qualidade e celeridade da informação de gestão produzida (...)”, efetuando

República, 2009, *Decreto-Lei nº 303/2009 de 22 de outubro de 2009*; Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 318/2009 de 2 de novembro de 2009*

⁶⁶¹Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 21/2010 de 24 de março de 2010*

⁶⁶² Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº 322/2009 de 14 de dezembro de 2009*. Introduzidas em 2007 e reduzidas para metade do preço em 2008

⁶⁶³ Diário da República, 2009, *Despacho nº 27731/2009 de 29 de dezembro de 2009*

⁶⁶⁴ Diário da República, 2004, *Lei nº 38/2004 de 18 de agosto de 2004*

⁶⁶⁵Diário da República, 2009, *Decreto-Lei nº31/2009 de 4 de fevereiro de 2009*

⁶⁶⁶Diário da República, 2010, *Decreto-Lei nº 25/2010 de 29 de março de 2010*

⁶⁶⁷Diário da República, 2010, *Decreto-Lei nº 8/2010 de 28 de janeiro de 2010*

⁶⁶⁸Diário da República, 2008, *Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008 de 6 de março de 2008*

⁶⁶⁹ Diário da República, 2010, *Decreto-Lei nº 19/2010 de 22 de março de 2010*

os serviços em matéria de compras, logística, serviços financeiros, recursos humanos, deixando o Estado e os serviços do SNS de ter estas responsabilidades.

A 29 de março de 2010, prorroga-se o mandato do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários⁶⁷⁰, sendo que o documento em causa *determina um novo modelo de governação e um sistema de monitorização*, tendo como referência o Programa do XVIII Governo Constitucional que aponta esta reforma “(...) *como uma prioridade na sua ação (...) seja ao nível da cobertura integral do território nacional com unidades de saúde familiares, seja com a implementação, em todos os municípios, de UCC e USP (...)*”.

Ainda no mês de março de 2010, é apresentada a avaliação, feita pela OMS, do PNS 2004-2010⁶⁷¹. Como pontos fortes refere “(...) *Estabelecimento de um amplo consenso a nível nacional acerca das prioridades em saúde e a obtenção de ganhos importantes; Acompanhamento e monitorização permanentes dos indicadores, bem como a sua melhoria, que aproximou Portugal das médias da UE15, em particular na esperança média de vida e nas mortalidades por doença isquémica cardíaca, por acidentes rodoviários e por cancro da mama (...)*”⁶⁷². Como pontos fracos, a melhorar no PNS 2011-2016 “(...) *Equidade no acesso aos cuidados de saúde; Qualidade (...)*”⁶⁷³

No contexto de crise económica e financeira internacional e nacional, em 2010, foi exigido a todos os hospitais, centros hospitalares ou ULS integrados no setor empresarial do Estado e no setor público administrativo que elaborassem um plano de redução da despesa para esse mesmo ano⁶⁷⁴, fundamentada na necessidade de, perante a conjuntura presente e a necessidade de consolidação orçamental, existir um “ (...) *esforço acrescido de combate ao desperdício, de controlo e monitorização da contratualização e da utilização de regras de gestão que garantam uma eficiente articulação (...) entre os estabelecimentos de saúde (...)*”. No mesmo dia, forneceram-se as orientações para as contratações de profissionais nos hospitais E. P. E.⁶⁷⁵, referindo que os pedidos de contratação *devem “(...)apresentar uma fundamentação clara e precisa que demonstre estarem preenchidos os critérios de necessidade (...)*”. Posteriormente, justificado pela confirmada escassez de médicos em Portugal estabeleceu-se⁶⁷⁶ que os médicos aposentados podiam continuar a exercer funções no SNS, correspondendo a 200 o contingente de médicos aposentados que poderiam ser

⁶⁷⁰ Diário da República, 2010, *Despacho n.º5599/2010 de 29 de março de 2010*

⁶⁷¹ Organização Mundial da Saúde, 2010, *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*.

⁶⁷² Portal da Saúde, 2010

⁶⁷³ Idem

⁶⁷⁴ Diário da República, 2010, *Despacho n.º10760/2010 de 29 de junho de 2010*

⁶⁷⁵ Diário da República, 2010, *Despacho n.º10761/2010 de 29 de junho de 2010*

⁶⁷⁶ Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 89/2010 de 21 de julho de 2010*

contratados no decorrer dos anos de 2010 e 2011⁶⁷⁷. Mais uma medida que se envolveu em problemática, por se considerar que não se fazia análise prospetiva e planeamento relativamente à formação dos médicos e por essa razão, durante largos anos, existiram poucas Faculdades de medicina e consequentemente poucos profissionais formados. Sendo que a oferta de candidatos excedia o número de vagas, impelindo que muitos jovens fossem tirar o curso ao estrangeiro, como acontece na atualidade. Este número reduzido de vagas, impeliu às carências observáveis e à obrigatoriedade de recontração de médicos reformados e posteriormente recurso a médicos estrangeiros, essencialmente para colmatar as falhas de médicos de família. Situação que impeliu a demonstrações várias de descontentamento.

A meados de 2010, regulamentou-se a dispensa de medicamentos ao público, em quantidade individualizada, nas farmácias instaladas nos hospitais do SNS⁶⁷⁸, como medida de proteção dos utentes e de redução de custos, devido ao desperdício de medicamentos existente, quando vendidos nas quantidades determinadas pelos laboratórios. Não obstante, esta medida não foi bem recebida pelos meios de comunicação e consequentemente pela população. Posteriormente, regulamentou-se a dispensa gratuita de medicamentos após alta de internamento pelos serviços farmacêuticos dos hospitais do SNS⁶⁷⁹.

A 22 de julho de 2010 é aprovada a Lei Orgânica do MS, enquadrando-se nas orientações definidas pelo PRACE⁶⁸⁰. Alterou-se a organização interna do MS e do ACS respeitantes ao número de dirigentes e à coordenação nacional dos programas verticais de saúde, sendo que se consideram programas verticais os “(...) programas de âmbito nacional, desenvolvidos no âmbito do PNS, que abordam matérias prioritárias(...) como (...) doenças cardiovasculares, as doenças oncológicas, a infeção VIH/sida e a saúde mental (...)”. Continuando na linha orientadora da diminuição da despesa, das estruturas pertencentes ao MS, reduziu-se a composição dos conselhos de administração dos hospitais E.P.E e decretou-se a extinção da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde⁶⁸¹, criada em 2001; atualizaram-se as taxas moderadoras⁶⁸²; publicou-se a Portaria n.º 1319/2010⁶⁸³ que adequava as situações de isenção às regras do Decreto-Lei n.º 70/2010 de 16 de junho⁶⁸⁴, no que se

⁶⁷⁷Diário da República, 2010, *Despacho n.º 19070-C/2010 de 23 de dezembro de 2010*

⁶⁷⁸Diário da República, 2010, *Portaria n.º 455-A/2010 de 30 de junho de 2010*. Revoga a Portaria n.º 697/2009

⁶⁷⁹Diário da República, 2011, *Lei n.º 10/2011 de 21 de abril de 2011*

⁶⁸⁰Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 91/2010 de 22 de julho de 2010*. (Altera o Decreto-Lei n.º 212/2006)

⁶⁸¹Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 136/2010 de 27 de dezembro de 2010*

⁶⁸²Diário da República, 2010, *Portaria n.º 1320/2010 de 28 de dezembro de 2010*. Aprovadas pela Portaria n.º 34/2009

⁶⁸³Diário da República, 2010, *Portaria n.º 1319/2010 de 28 de dezembro de 2010*

⁶⁸⁴Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 70/2010 de 16 de junho de 2010* – “*Estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do*

refere ao conceito de rendimentos para a verificação das condições a considerar para o reconhecimento e manutenção deste direito; relativamente ao transporte de doentes, com o Despacho n.º 19264/2010⁶⁸⁵, determinou-se que o pagamento do transporte de doentes não urgentes é garantido aos utentes “(...) *Em caso que clinicamente se justifique (...) Em caso de insuficiência económica (...)*”. Estas medidas estão de acordo com o Decreto-Lei n.º 137/2010⁶⁸⁶, que aprova medidas adicionais “(...) *de redução de despesa com vista à consolidação orçamental prevista no (...) PEC para 2010-2013 (...)*”.

Relativamente às unidades privadas de saúde, emanaram-se: Portaria n.º 801/2010⁶⁸⁷ que estabelecia os requisitos relativos à organização, funcionamento, recursos humanos e instalações de unidades de enfermagem; Portaria n.º 1212/2010⁶⁸⁸ que estabelece os mesmos requisitos para as unidades de MFR. De seguida no início de 2011, com a reestruturação da ERS (Decreto-Lei n.º 127/2009), as regras de inscrição obrigatória dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, e eventuais atualizações, bem como os critérios de fixação das taxas, foram estabelecidas⁶⁸⁹.

O mês de fevereiro de 2011 constitui mais um marco importante para a valorização das profissões de saúde e demonstra a sua evolução a nível nacional. A 11 de fevereiro, a Ordem dos Fisioterapeutas foi aprovada na generalidade, em plenário na Assembleia da República. No entanto, por via da dissolução da Assembleia da República a iniciativa não foi concluída, tendo o projeto que ser reapreciado e foi reencaminhado para a Presidente da Assembleia da República, comissões de Saúde e do Trabalho e Segurança Social, bem como a todos os grupos parlamentares, continuando sem se concretizar⁶⁹⁰.

Relativamente à RNCCI, em fevereiro de 2011, determinou-se que os utentes provenientes de lares de idosos com acordos de cooperação com a Segurança Social, tinham admissão prioritária nas ULDM, até ao máximo de 10% da sua capacidade⁶⁹¹, decorrente do “(...) *aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, corolário da maior esperança de vida da população, tem evidenciado algumas carências ao nível da*

subsistema de proteção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para a atribuição de outros apoios sociais públicos, e procede às alterações na atribuição do rendimento social de inserção, tomando medidas para aumentar a possibilidade de inserção dos seus beneficiários (...)”

⁶⁸⁵ Diário da República, 2010, *Despacho n.º 19264/2010 de 29 de dezembro de 2010*

⁶⁸⁶ Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 137/2010 de 28 de dezembro de 2010*

⁶⁸⁷ Diário da República, 2010, *Portaria n.º 801/2010 de 23 de agosto de 2010*

⁶⁸⁸ Diário da República, 2010, *Portaria n.º 1212/2010 de 30 de novembro de 2010*

⁶⁸⁹ Diário da República, 2011, *Portaria n.º 52/2011 de 27 de janeiro de 2011*

⁶⁹⁰ Informação dada pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas aos seus associados, via e-mail.

⁶⁹¹ Diário da República, 2011, *Despacho n.º 3020/2011 de 11 de fevereiro de 2011*

prestação de cuidados de saúde e de apoio social (...)” aumentando a proteção, na saúde aos idosos. Identificaram-se, ainda, as unidades da RNCCI existentes em 2010 e 2011⁶⁹².

Continuando na persecução dos objetivos da política de saúde em vigor, procedeu-se à fusão de várias unidades de saúde^{693 694}. Ainda, a Portaria nº 172/2011⁶⁹⁵, criou o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa⁶⁹⁶, com os hospitais integrantes com coordenação comum.

Perante a situação económica e financeira debilitada do país para a qual as medidas tomadas pelo Governo, nomeadamente com a execução do PEC, não foram suficientes, a ajuda externa tornou-se inevitável, impelindo à assinatura em Maio de 2011, em Lisboa, do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica⁶⁹⁷ (MoU), entre os representantes do Governo Português, da Comissão Europeia, do Banco Central Europeu (BCE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI), com o objetivo de acionar mecanismos de ajuda internacional à crise económica e financeira em Portugal. Este, apresenta um conjunto de restrições ao financiamento do SNS e prevê medidas de aumento dos custos para os utilizadores.⁶⁹⁸ O MoU de acordo com Campos & Simões⁶⁹⁹ “(...) *Não contem nenhuma determinação sobre o modelo de organização dos serviços de saúde, a qual permanece responsabilidade plena do país (...)*” mantendo neste ponto a soberania do Estado. No entanto, ultrapassa a mera determinação de medidas gerais de redução de custos referindo a necessidade específica de “(...) *criação de USF, a atualização e alargamento de taxas moderadoras, a empresarialização de pequenos e médios hospitais em centros hospitalares de gestão integrada ou mesmo única, e a prossecução da política de genéricos e de redução dos custos de distribuição dos medicamentos nas farmácias de venda pública, a criação de tetos às deduções fiscais dos gastos privados em saúde (...)* bem como a reconversão da ADSE em uma entidade financiadora autossustentada (...)”⁷⁰⁰ sendo a generalidade destas medidas seguidas pelo Governo.

Ainda em Maio, estabeleceu-se o procedimento de pagamento da participação do Estado, no preço de venda dos medicamentos dispensados a beneficiários do SNS, não

⁶⁹²Diário da República, 2011, *Despacho n.º 3730/2011 de 25 de fevereiro de 2011*

⁶⁹³Diário da República, 2011, *Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março de 2011*

⁶⁹⁴ Criando o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

⁶⁹⁵Diário da República, 2011, *Portaria n.º 172/2011 de 27 de abril de 2011*

⁶⁹⁶ Que integra o Centro Hospitalar Lisboa Central, E. P. E., o Hospital de Curry Cabral, E. P. E. e a Maternidade de Alfredo da Costa,

⁶⁹⁷ Em inglês: Memorandum of Understanding on Specific Economy Policy Conditionality – MoU.

⁶⁹⁸ Governo de Portugal, 2011, *Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica.*

⁶⁹⁹ CAMPOS & SIMÕES, 2011

⁷⁰⁰ Idem.

abrangidos por nenhum subsistema ou que beneficiem de comparticipação⁷⁰¹, pretendendo “(...) uniformizar e melhorar o procedimento de pagamento (...) com a finalidade de (...) de reduzir custos de operação (...) controlo no ciclo de prescrição-prestação-conferência, de minimizar a ocorrência de fraude, de potenciar a generalização da prescrição eletrónica e da faturação eletrónica (...) gestão que permita o controlo rigoroso da despesa do SNS (...)”. Seguidamente, os preços dos cuidados de saúde e de apoio social prestados nas unidades de internamento e ambulatório da RNCCI, a praticar em 2011, foram revistos⁷⁰². Seguidamente, determinou-se que “(...) em cada hospital do SNS tem de existir uma equipa de gestão de altas (EGA) e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) (...)”⁷⁰³ agilizando a continuidade de cuidados, a quando da alta hospitalar. No mesmo dia, decorrente da reestruturação, extinguiram-se: Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E., e ACES do Alto Trás-os-Montes I-Nordeste e criou-se: ULS do Nordeste, E.P.E.⁷⁰⁴. No mesmo mês, definiram-se as experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), integradas na RNCCI, iniciando-se em 2011⁷⁰⁵.

A 20 de julho, foram aprovadas as linhas gerais do PREMAC. Assumiu-se que a sua implementação, constituiu um alicerce para a promoção da melhoria organizacional da Administração Central e para o ajustamento do peso do Estado aos limites financeiros do País. Este Plano, tinha como objetivo inicial, a redução de 15% de estruturas e de dirigentes, no entanto “(...) o objetivo do PREMAC não se esgota no presente exercício, sendo este apenas o primeiro passo para o reforço da eficiência (...) e para uma melhor gestão dos seus recursos humanos (...)”⁷⁰⁶ e criou-se o grupo de trabalho para a sua aplicação⁷⁰⁷.

Estando prevista a possibilidade de proceder à contratação de médicos para o exercício de funções em CS com o horário de 40 horas semanais, logo que aprovados os novos regimes remuneratórios da carreira especial médica, considerou-se ainda necessário estabelecer um regime transitório, baseado na repriminção das normas do Decreto-Lei n.º 73/90, que preveem a possibilidade de contratação de médicos no regime de 42 horas (em oposição às 35 horas semanais que constituíam o período normal de trabalho da carreira especial médica). Foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 93/2011⁷⁰⁸, e aplica-se somente aos médicos especialistas em medicina geral e familiar para o exercício de funções nos CS.

⁷⁰¹Diário da República, 2011, *Portaria n.º 193/2011 de 13 de maio de 2011*. Consequente à Portaria n.º 3-B/2007, alterada pela Portaria n.º 90/2009.

⁷⁰²Diário da República, 2011, *Portaria n.º 220/2011 de 1 de junho de 2011*

⁷⁰³Diário da República, 2011, *Despacho n.º 7968/2011 de 2 de junho de 2011*

⁷⁰⁴Diário da República, 2011, *Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de junho de 2011*

⁷⁰⁵Diário da República, 2011, *Despacho n.º 8677/2011 de 28 de junho de 2011*

⁷⁰⁶Governo de Portugal, 2011, *Plano de Redução e Melhoria da Administração Central*

⁷⁰⁷Diário da República, 2011, *Despacho n.º 10161/2011 de 12 de agosto de 2011*

⁷⁰⁸Diário da República, 2011, *Decreto-Lei n.º 93/2011 de 27 de julho de 2011*

Prevê-se que estas medidas contribuam para moderar os efeitos da escassez de médicos, melhorando os cuidados prestados aos utentes, particularmente ao nível dos cuidados de saúde primários. Relativamente a esta temática, o Despacho nº 10428/2011⁷⁰⁹, que se inicia afirmando que pela necessidade de cumprir o MoU é determinação que se desenvolvam os esforços necessários à contenção da despesa do SNS. Desta forma, determina a necessidade de proceder à revisão dos valores de referência para a contratação de médicos, acrescentando que a contratação “(...) só é admissível em situações de imperiosa necessidade e depois de se terem esgotado previamente todos os mecanismos de mobilidade, geral e especial (...)”. A medida de aumento do horário de trabalho para as 40 horas⁷¹⁰, abrangeu todos os funcionários do SNS, sem consagrar aumento da remuneração, bem como foi instituída a hora de almoço terminando com a jornada contínua, induzindo a grande insatisfação dos trabalhadores. O estabelecimento da hora de almoço impeliu à reestruturação de horários, por vezes difícil de concretizar, por se referir a uma especificidade de trabalho, com doentes, nem sempre suscetível da possibilidade de cumprir horário de termo da prestação de cuidados. No mesmo dia, determinou-se a impossibilidade de os hospitais do SNS utilizarem as requisições de prescrição de MCDT para as entidades convencionadas com as ARS⁷¹¹, assim como, também, não podem solicitar a prescrição dos MCDT, às unidades de cuidados de saúde primários, sendo que “(...) os hospitais(...) devem assegurar a realização dos MCDT necessários aos seus utentes (...) através da sua capacidade (...) ou, com respeito pelos princípios da transparência, da igualdade e da concorrência, pelo recurso à subcontratação de entidades externas (...) do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado (...)”. Ainda no mesmo dia, sai o Despacho 10429/2011⁷¹², que determina que “(...) os serviços (...) da área da saúde, incluindo os de natureza empresarial, devem proceder à redução mensal, em 10 pontos percentuais, dos custos com trabalho extraordinário (...)” comparativamente ao mês homólogo do ano transato. Ainda de forma a reduzir as despesas com o SNS, o Despacho nº 12083/2011⁷¹³, determina que a “(...) celebração ou renovação de contratos de trabalho ou de prestação de serviços de profissionais de saúde, pelos hospitais, centros hospitalares e ULS (...) está (...) sujeita à apresentação prévia ao Ministro da Saúde de informação detalhada e casuística que, fundamentadamente, demonstre a imprescindibilidade da

⁷⁰⁹Diário da República, 2011, *Despacho nº10430/2011 de 18 de agosto de 2011*

⁷¹⁰ Lei nº 68/2013 de 29 de agosto de 2013

⁷¹¹Diário da República, 2011, *Despacho nº10430/2011 de 18 de agosto de 2011*

⁷¹²Diário da República, 2011, *Despacho nº10429/2011 de 18 de agosto de 2011*

⁷¹³Diário da República, 2011, *Despacho nº 12083/2011 de 15 de setembro de 2011*

contratação (...)”. Seguidamente, a 28 de Setembro sai o Despacho nº 12950/2011⁷¹⁴, que determinou que as ARS “(...) *devem enviar, através de correio eletrónico, a cada presidente do Conselho Clínico do ACES, um relatório com indicadores relativos às prescrições de medicamentos e MCDT, efetuadas por cada médico prescriptor (...) até ao último dia de cada mês(...)*”. Decorrente desta situação o “(...) *presidente do Conselho Clínico do ACES deverá por sua vez enviar e garantir a discussão com cada médico prescriptor dos respetivos resultados (...)*”, decorrente do descrito no MoU relativamente à necessidade de monitorização de prescrição de medicamentos e MCDT e de “(...) *pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, e, comparação com normas de orientação de prescrição e de outros profissionais da área de especialização (peers). Será prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (...), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados (...)*”. Os médicos dos CS viram a sua liberdade de prescrição limitada desencadeando reações de insatisfação dos profissionais e dos utentes. Seguindo esta mesma lógica, o Despacho nº 17069/2011⁷¹⁵ determina que os hospitais do SNS “(...) *devem instituir um processo de monitorização da prescrição interna de medicamentos MCDT (...)*”.

Em Outubro de 2011 iniciou-se a aplicação do Programa de Emergência Social (PES)⁷¹⁶ que vigorará, até Dezembro 2014, por o país se encontrar numa situação em que “(...) *muitas famílias vivem hoje momentos difíceis, enredados nas teias do desemprego, das falências, do sobre-endividamento, da desestruturação social, da exclusão e da pobreza (...)*”. O PES tem entre as cinco áreas de atuação prioritária as famílias, os idosos e a deficiência. Para cada área destacou medidas para imprimir melhoramentos e facilitar os processos. Para os idosos as medidas são: atualização das pensões mínimas, sociais e rurais; banco de medicamentos; banco farmacêutico; farmácias com responsabilidade social; apoio domiciliário; teleassistência; centros de noite; sinalização de situações de isolamento; melhor acesso de idosos aos cuidados de saúde; cuidados continuados. No mês seguinte, em relação ao INEM, o Despacho nº 14898/2011⁷¹⁷, definiu “(...) *os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida (...) que atuam no âmbito do SIEM, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência (...)*”. Seguidamente as taxas moderadoras sofreram regulação⁷¹⁸ relativamente ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios, no contexto do MoU. Em conformidade, vem

⁷¹⁴Diário da República, 2011, *Despacho nº 12950/2011 de 28 de setembro de 2011*

⁷¹⁵Diário da República, 2011, *Despacho nº 17069/2011 de 21 de dezembro de 2011*

⁷¹⁶Governo de Portugal, 2011, *Apresentação do Programa de Emergência Social*

⁷¹⁷Diário da República, 2011, *Despacho nº 14898/2011 de 3 de novembro de 2011*

⁷¹⁸Diário da República, 2011, *Decreto-Lei nº 113/2011 de 29 de novembro de 2011*

determinar as taxas moderadoras “(...) mantendo o princípio da limitação do valor a um terço dos preços do SNS (...) e diferenciando positivamente o acesso aos cuidados primários, os quais se pretende incentivar (...)”. A estas alterações e de forma a garantir a cobrança das taxas moderadoras, vem indicar a adoção de procedimentos que assegurem a operacionalização dos meios de pagamento. As isenções recaem, entre outras situações, sobre “(...) a) As grávidas e parturientes; b) As crianças até aos 12 anos de idade, inclusive; c) Os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; d) Os utentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar (...)”. Relativamente aos encargos com transporte não urgente, desde que “(...) seja instrumental à realização das prestações de saúde no âmbito do SNS é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique (...) e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica (...)”⁷¹⁹. Os valores das taxas moderadoras correspondentes, foram aprovados pela Portaria nº 306-A/2011de⁷²⁰, sendo que da nossa análise sobressai um aumento inédito, dando como exemplo o valor de um serviço de “urgência básica” que passa de 8,60 euros para 15 euros. Decorrente do mesmo Decreto-Lei (113/2011) a Portaria nº 311-D/2011⁷²¹ estabeleceu os critérios de verificação da insuficiência económica dos utentes para efeitos de isenção de taxas moderadoras. Este aumento das taxas moderadoras e os novos critérios de isenção induziram, mais uma vez, à insatisfação, devido às dificuldades económicas que a população portuguesa vive, afetando, em larga medida, os idosos que recorrem de forma acentuada aos serviços de saúde.

De forma a dar início à execução do PREMAC no MS, sai o Decreto-Lei nº 124/2011⁷²², que reforça as atribuições de cada entidade deste Ministério. Assim, são reforçadas as atribuições da DGS que passa a incluir a coordenação do planeamento estratégico, a monitorização e avaliação da qualidade e acessibilidade aos cuidados de saúde e as relações internacionais, acolhendo as atribuições do ACS assim como da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação, que se extingue. A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde vê reforçadas as suas atribuições ao nível da fiscalização, inspeção regular e no domínio da auditoria. A Secretaria-Geral reforça as suas competências ao nível da gestão do cadastro do património do MS. A ACSS, I.P. reforça as suas competências,

⁷¹⁹ Considera-se em situação de insuficiência económica “(...) os utentes que integrem agregado familiar cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do indexante de apoios sociais (IAS) (...)”. O valor do indexante de apoios sociais foi definido pela Lei nº 53-B/2006 de 29 de Dezembro e desde 2009 mantém-se inalterado. Era 419,22 euros em 2013(Diário da República, 2006, *Lei nº53-B/2006 de 29 de dezembro de 2006*)

⁷²⁰ Diário da República, 2011, *Portaria 306-A/2011 de 20 de dezembro de 2011*

⁷²¹ Diário da República, 2011, *Portaria 311-D/2011 de 27 de dezembro de 2011*

⁷²² Diário da República, 2011, *Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro de 2011*

absorvendo o planeamento dos recursos humanos, a elaboração do orçamento do MS e as competências desenvolvidas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Para além deste reforço dos referidos organismos, é criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, extinguindo-se o Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. Às ARS, I. P., foi atribuída a componente de operacionalização das políticas de saúde. Reestruturou-se, ainda o Instituto Português do Sangue, I. P., passando a designar-se Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P., absorvendo as atribuições da extinta, por este diploma, Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, com exceção das atribuições que passaram para o ACS, absorve, também as competências e atribuições dos Centros de Histocompatibilidade.

Com a Lei nº 64-B/2011⁷²³, foi aprovado o OE para o ano de 2012, e nela, relativamente à reorganização dos serviços do Estado, sendo que para este estudo importam os serviços de saúde, pode ler-se que “(...) ficam suspensas, até 31 de Dezembro de 2012, as reorganizações de serviços públicos, exceto as que ocorram no contexto da redução transversal a todas as áreas ministeriais de cargos dirigentes e de estruturas orgânicas, bem como aquelas de que resulte diminuição da despesa (...)”, ao que se acrescenta que “(...) a criação de serviços públicos ou de outras estruturas, até 31 de Dezembro de 2012, só pode verificar-se se for compensada pela extinção ou pela racionalização de serviços ou estruturas públicas existentes no âmbito do mesmo ministério, da qual resulte diminuição de despesa (...)”. Diz ainda que “(...) as transferências correntes e de capital do OE para os organismos autónomos da administração central, para as regiões autónomas e para as autarquias locais podem ser retidas para satisfazer débitos, vencidos e exigíveis, constituídos a favor (...) do SNS, da segurança social (...)”. Demonstrando a preocupação com o orçamento concedido à saúde e mantendo a mesma orientação do OE do ano anterior⁷²⁴, embora relativamente às despesas do SNS, algumas delas anteriormente suportadas pelo OE, transitaram para o Orçamento do SNS. Relativamente à remuneração dos trabalhadores do sector público está prevista a contenção da despesa, designadamente “(...) quando a prática dos atos e ou a aquisição das habilitações ou da formação (...) implicar (...) alteração da remuneração devida ao trabalhador, esta alteração fica suspensa durante a vigência do presente artigo (...)”, na mesma linha de orientação do OE anterior no que se refere à redução da despesa com as remunerações, uma vez que no artigo 19º do OE de 2011 lia-se “(...) a 1 de Janeiro de 2011 são reduzidas as remunerações

⁷²³ Diário da República, 2011, Lei nº 64-B/2011 de 30 de dezembro de 2011

⁷²⁴ Diário da República, 2010, Lei n.º 55-A/2010 de 31 de dezembro de 2010

totais ilíquidas mensais (...) de valor superior a € 1500 (...)”(medida que se mantém neste OE). Refere ainda que “*(...) é suspenso o pagamento de subsídios de férias e de Natal (...)”*. Acumulando a insatisfação dos profissionais.

O ano de 2012 foi declarado pelo Parlamento Europeu e a Comissão Europeia o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, conforme já referido, e decorrente desta proclamação, Portugal elaborou um Programa de Ação⁷²⁵, que respeita e cumpre o determinado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011⁷²⁶, na qual consta que “*(...) os objetivos do Ano Europeu são: a) Sensibilizar a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo das suas diversas dimensões [incluindo a intergeracionalidade] e conseguir uma posição destacada nas agendas políticas; b) Estimular o debate e o intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre os Estados-Membros e as várias partes interessadas; c) Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para que a União, os Estados-Membros e as partes interessadas possam elaborar soluções, políticas, estratégias e iniciativas de longo prazo inovadoras, sustentadas e duradouras; d) Promover atividades de luta contra a discriminação em razão da idade (...)”*. As iniciativas desenvolveram-se abrangendo todo o território nacional e envolveram diferentes instituições e organizações públicas e privadas, bem como os municípios, autarquias e os cidadãos. De entre os eixos operativos destacamos a saúde, bem-estar e condições de vida.

Em 2012, alterou-se o Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS⁷²⁷, acrescentando as consultas de enfermagem e de outros profissionais de saúde não médicos. Seguidamente, aprova-se a orgânica da DGS, reforçando as suas atribuições⁷²⁸; aprova-se a orgânica das ARS. I.P.⁷²⁹, determinando as suas áreas de ação, correspondendo às NUTS II⁷³⁰, assim como lhe são dadas novas atribuições; aprovou-se a orgânica da Secretaria-Geral do MS⁷³¹, reforçando as suas competências; aprova-se a orgânica da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde⁷³², reforçando as competências de fiscalização e inspeção e alarga a sua atuação à auditoria.

⁷²⁵ Governo de Portugal, 2012, *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de Ação, 2012 | Portugal*.

⁷²⁶ Diário da República, 2011, *Resolução do Conselho de Ministros nº61/2011 de 22 de dezembro de 2011*

⁷²⁷ Diário da República, 2012, *Portaria 19/2012 de 20 de janeiro de 2012*. Aprovado pela Portaria nº 132/2009

⁷²⁸ Diário da República, 2012, *Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de janeiro de 2012*. Conforme o Decreto-Lei nº124/2011

⁷²⁹ Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de janeiro de 2012*

⁷³⁰ Com sede em “*(...) a) ARS do Norte, I. P., no Porto; b) ARS do Centro, I. P., em Coimbra; c) ARS de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., em Lisboa; d) ARS do Alentejo, I. P., em Évora; e) ARS do Algarve, I. P., em Faro (...)”*.

⁷³¹ Diário da República, 2012, *Decreto Regulamentar nº 23/2012 de 9 de fevereiro de 2012*

⁷³² Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 33/2012 de 13 de fevereiro de 2012*

Com o Decreto-Lei nº32/2012⁷³³, estabelecem-se as normas de execução do OE para 2012, sublinhando a “(...) *necessidade de garantir um efetivo e rigoroso controlo da execução orçamental (...) a inversão do ciclo orçamental e, finalmente, o cumprimento das metas orçamentais do (...) PAEF (...)*”. Destaca-se que “(...) *os serviços (...) da Administração Central devem manter registado e atualizado nos sistemas informáticos da Direção-Geral do Orçamento, permitindo um mais rigoroso acompanhamento da execução orçamental (...) continua a estabelecer-se a obrigatoriedade de disponibilização pelos serviços (...) de elementos informativos, de modo a permitir a permanente verificação do cumprimento dos objetivos da execução orçamental para 2012 (...)*”. Salientamos o Artigo 43º, sobre a Gestão Financeira do Programa da Saúde: “(...) *No âmbito da execução do Investimento do MS, e para execução de projetos considerados estratégicos para a política de saúde, ficam as ARS I.P., autorizadas (...) a efetuar transferências para as ULS do SNS que tenham natureza de entidade pública empresarial (...)*”.

Com o Decreto-Lei nº 34 /2012⁷³⁴, aprova-se a nova Lei Orgânica do INEM, I. P., com as alterações decorrentes da conjuntura económica e política que se vivencia e de acordo com o PREMAC. Uma vez que o PREMAC determinava que se deveria iniciar pelo processo de preparação das leis orgânicas dos ministérios e dos seus serviços, tendo em consideração que a concretização da “(...) *racionalização das estruturas do Estado e de melhor utilização dos seus recursos humanos é crucial no processo de modernização e de otimização do funcionamento da Administração Pública (...)*”. Desta forma a reorganização do INEM, I. P. deverá ser no sentido de reduzir os seus custos de funcionamento. Posteriormente aprova-se os Estatutos do INEM, I.P.⁷³⁵, determinando que a sua estrutura orgânica é constituída por serviços centrais e por serviços territorialmente desconcentrados⁷³⁶. Continuando nesta linha de tomada de decisão política, é aprovada a orgânica da ACSS, I.P.⁷³⁷, definida pelo Decreto-Lei n.º 124/2011, que aprova a nova Lei Orgânica do MS, anteriormente referida, e aprova-se a orgânica do INFARMED⁷³⁸.

Continuando na direção do que está disposto no MoU, o Governo “(...) *mantém em vigor as medidas de contenção de despesa relativas a trabalhadores do setor público que o OE para 2011 já contemplava (...)*”, o Despacho nº 2991/2012⁷³⁹, estabelece, para o ano de

⁷³³ Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 32/2012 de 13 de fevereiro de 2012*

⁷³⁴ Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº34/2012 de 14 de fevereiro de 2012*. Revoga o Decreto-Lei nº 220/2007

⁷³⁵ Diário da República, 2012, *Portaria 158/2012 de 22 de maio de 2012*. Revoga a Portaria n.º 647/2007

⁷³⁶ Designados por Delegação Regional do Norte, Delegação Regional do Centro e Delegação Regional do Sul

⁷³⁷ Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 35/2012 de 15 de fevereiro de 2012*

⁷³⁸ Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 46/2012 de 24 de fevereiro de 2012*

⁷³⁹ Diário da República, 2012, *Despacho nº 2991/2012 de 29 de fevereiro de 2012*

2012, os termos da redução mensal da despesa em trabalho extraordinário, acentuando as medidas tomadas em 2011. Com o Despacho nº 3402/2012⁷⁴⁰, determina-se as condições para a realização de investimentos, quer novos quer em curso, por todas as entidades do SNS, em 2012, sendo que o investimento, considerado necessário, é sujeito a autorização prévia do Ministro da Saúde. De seguida, sai a Resolução do Conselho de Ministros nº 22/2012⁷⁴¹ que “(...) aprova (...) obrigações de reporte de informação para efeitos de determinação do plano de redução de trabalhadores na administração central do Estado e de acompanhamento e controlo da respetiva execução (...)”, determinando que “(...) deve ser elaborado sectorialmente (...) um plano estratégico de redução de trabalhadores (...)”.

Relativamente às estruturas residenciais para idosos, definem-se as suas condições de organização, funcionamento e instalação⁷⁴², uniformizando a legislação existente e procedendo ao seu ajustamento a uma gestão eficaz dos recursos, da qualidade e da segurança das estruturas físicas, evitando práticas abusivas, designadamente respeitante à lotação. Ainda relativamente à preocupação com os idosos e especificamente ao seu isolamento, uma Resolução da Assembleia da República⁷⁴³, recomendou ao Governo que “(...) 1 - Dinamize e incentive rastreios da situação de saúde da população idosa. 2 - Proceda à revisão da legislação relativa à rede social reforçando as competências no âmbito do papel atribuído aos conselhos locais de ação social e aos organismos de proximidade. 3 - Incentive o voluntariado de vizinhança, coordenado pelos concelhos locais de ação social e em estreita articulação com as forças de segurança e os serviços da segurança social, com o fim de identificar pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência, e encaminhar para a rede social ou comissões sociais de freguesia que devem providenciar, tendo em consideração a vontade e autonomia da pessoa idosa, as respostas adequadas junto das entidades competentes. 4 - Valorize o envelhecimento ativo, nomeadamente com o voluntariado sénior, potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa e favorecendo a sua saúde física e mental. 5 - Generalize a utilização da tecnologia (...)garantindo a segurança, vigilância, monitorização eletrónica e alarme das pessoas idosas (...)”.

Relativamente ao transporte de doentes não urgentes, acrescenta-se à regulamentação existente que este pode ser assegurado por veículos ligeiros de transporte

⁷⁴⁰ Diário da República, 2012, Despacho nº3402/2012 de 7 de março de 2012

⁷⁴¹ Diário da República, 2012, Resolução do Conselho de Ministros nº 22/2012 de 9 de março de 2012

⁷⁴² Diário da República, 2012, Portaria nº 67/2012 de 21 de março de 2012

⁷⁴³ Diário da República, 2012, Resolução da Assembleia da República nº 61/2012 de 4 de maio de 2012

simples e não só por ambulância⁷⁴⁴. No mesmo dia a Portaria nº 142-B/2012⁷⁴⁵, determina que “(...) o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde, no âmbito do SNS, é isento de encargos para o utente quando a situação clínica o justifique e desde que seja comprovada a respetiva insuficiência económica (...)”. No entanto, as situações clínicas abrangidas, apresentada na Portaria em análise, são as consideradas situações clínicas de maior risco de saúde, determinadas por um grupo de trabalho com constituição publicada no Despacho nº16843/2011. Este documento legislativo, com as suas delimitações e respetivas interpretações, trouxe ao contexto nacional mais situações de descontentamento, uma vez que os serviços de saúde ao reorganizar-se se afastaram, geograficamente, e em termos de distância relativa, das populações, principalmente nas regiões mais desfavorecidas, com densidades populacionais mais baixas, com população mais envelhecida, com menores rendimentos, com rede de transportes insuficientes e com características geográficas mais adversas. Para aumentar a insatisfação a 4 de junho, determinaram-se os preços máximos que podem ser pagos pelo SNS na contratação de serviços de transporte não urgente de doentes⁷⁴⁶. No mesmo dia, aprovou-se o regulamento que define as normas e procedimentos relativos à prescrição, requisição, gestão, conferência e faturação dos encargos com este tipo de transporte⁷⁴⁷.

O Decreto-Lei nº 128/2012⁷⁴⁸, faz a primeira alteração ao Decreto-Lei nº 113/2011, no que respeita à situação de desemprego involuntário determinando a situação de isenção. Assim como, no que se refere ao transporte de doentes, altera acrescentando o pagamento, pelo SNS, do transporte de doentes com necessidades de cuidados de saúde prolongados, embora com comparticipação do utente. Integra, ainda, o regime de contraordenações para cobrança de taxas moderadoras em dívida.

Embora com restrições orçamentais, o Governo considera que o reforço das USF é “(...) um elemento imprescindível (...) da política de saúde, e (...) da política de organização dos cuidados de saúde primários, que não pode ser abandonado, devendo antes ser reforçado e aprofundado como uma experiência (...) que tem demonstrado contribuir para a melhoria da acessibilidade, da cobertura assistencial, da eficiência económica e, sobretudo, da qualidade efetiva dos cuidados de saúde (...)”, contextualmente

⁷⁴⁴ Diário da República, 2012, Portaria nº 142-A/2012 de 15 de maio de 2012. Retificado pela Declaração de Retificação nº36/2012 (Diário da República, 2012, Declaração de Retificação nº36/2012 de 13 de julho de 2012)

⁷⁴⁵ Diário da República, 2012, Portaria nº 142-B/2012 de 15 de maio de 2012

⁷⁴⁶ Diário da República, 2012, Despacho nº7702-A/2012 de 4 de junho de 2012

⁷⁴⁷ Diário da República, 2012, Despacho nº7702-C/2012 de 4 de junho de 2012

⁷⁴⁸ Diário da República, 2012, Decreto-Lei nº 128/2012 de 21 de junho de 2012

fixa-se o número máximo de USF a constituir no ano de 2012 e determina-se o número máximo de USF que podem transitar do modelo A para modelo B^{749 750}.

A Lei nº 25/2012⁷⁵¹, vem regular as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV), obrigando os serviços de saúde a cumprirem os desejos do doente. Também pela importância que detém para os idosos, referimos que através do Decreto-Lei nº 184/2012⁷⁵² torna-se “(...) obrigatória a instalação de equipamentos de desfibrilhação automática externa em locais de acesso público (...)”. Relativamente aos cuidados paliativos, sai a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos⁷⁵³, que cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a funcionar sob tutela do MS.

Em Outubro de 2012, demarcam-se as funções do Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)⁷⁵⁴, como estrutura de coordenação operacional, integrada no SIEM, que assegura o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas encaminhadas pelo número europeu de emergência (112) e o acionamento dos meios de emergência médica.

O Decreto-Lei nº 253/2012⁷⁵⁵, altera o critério geodemográfico da implantação dos ACES, e os critérios de designação dos diretores executivos e a composição dos conselhos clínicos e de saúde. Neste Decreto-Lei é republicado o Decreto-Lei nº 28/2008 com a redação atualizada. Assim fica determinado que os ACES relativamente à Jurisdição “(...) 1 - É fixado em 74 o número máximo de ACES (...) 2 - A delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos ou a um concelho, devendo ter em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os seguintes fatores geodemográficos: a) O número de pessoas residentes na área do ACES; b) A estrutura de povoamento; c) O índice de envelhecimento; d) A acessibilidade da população ao hospital de referência. 3 - Podem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias, ouvido o município respetivo (...)”. A nova formulação, de delimitação geográfica, permite acolher diferentes modelos e dimensões de Agrupamentos “(...) tendo sido suprimida a regra de limitar a um máximo de 200 000 utentes o número de pessoas residentes na área do ACES (...)”, permitindo que os ACES abranjam áreas

⁷⁴⁹ Os modelos distinguem-se quanto ao grau de autonomia organizacional; diferenciação do modelo retributivo; modelo de financiamento.

⁷⁵⁰ Diário da República, 2012, *Despacho nº 9999/2012 de 25 de junho de 2012*

⁷⁵¹ Diário da República, 2012, *Lei nº 25/2012 de 16 de julho de 2012*

⁷⁵² Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 184/2012 de 8 de agosto de 2012*. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 188/2009

⁷⁵³ Diário da República, 2012, *Lei nº 52/2012 de 5 de setembro de 2012*

⁷⁵⁴ Diário da República, 2012, *Despacho nº 14041/2012 de 29 de outubro de 2012*

⁷⁵⁵ Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 253/2012 de 27 de novembro de 2012*. Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei nº 28/2008

territoriais maiores, essencialmente nas regiões do interior com menor densidade populacional, afastando, em termos de distância relativa, os serviços dos utentes. Faz-se ainda, a “(...) redefinição, por grupo profissional, dos recursos humanos a afetar a cada centro de saúde e correspondente ACES, garantindo a correspondência entre as necessidades reais e os mapas de pessoal respetivos (...)”. O Artigo 2.º retrata a criação e fusão de alguns ACES⁷⁵⁶. Decorrente deste, e a título de exemplo, a Portaria nº 394-A/2012⁷⁵⁷, reorganiza os ACES integrados na ARS do Centro, procedendo à alteração do modelo estabelecido anteriormente, que fixava 14 ACES para região, reduzindo-os para 6. Afirmando que estes 6 ACES configuram-se como estruturas de maior dimensão “(...)mais eficientes que abranjam grupos de população mais numerosa, cumprindo(...)o imperativo de(...)racionalização da despesa e otimização dos recursos(...)”.

No final do ano de 2012 é aprovado o OE para 2013⁷⁵⁸, afirmando que durante o ano de 2013 as taxas moderadoras, referentes a consultas médicas, de enfermagem, de outros profissionais de saúde e consultas ao domicílio ao nível dos cuidados de saúde primários, não serão atualizadas. Na generalidade, este OE mantém a linha dos anteriores, reduzindo o orçamento para as diferentes áreas e serviços públicos, preservando o teor do texto dos anteriores, já citados, relativamente aos serviços: “(...) Durante o ano de 2013 apenas são admitidas reorganizações de serviços públicos que ocorram no contexto da redução (...) de cargos dirigentes e de estruturas orgânicas, bem como (...) que resulte diminuição de despesa (...) A criação de serviços públicos (...) ainda que temporárias, só pode verificar-se se for compensada pela extinção ou pela racionalização de serviços (...) existentes no âmbito do mesmo ministério, da qual resulte diminuição de despesa (...)” . Determina ainda que a ADSE fica “(...) autorizada a transferir até metade do montante da contribuição da entidade empregadora para o SNS (...)”, bem como “(...) fica o Governo autorizado a efetuar alterações orçamentais do orçamento do MS para o orçamento do Ministério das Finanças que se revelem necessárias ao pagamento das dívidas à CGA, I.P., por parte daquele Ministério (...)”. Em relação à redução remuneratória a situação também se

⁷⁵⁶ “(...) 1 - São criados os seguintes ACES: a) O ACES do Baixo Vouga, que resulta da fusão dos ACES do Baixo Vouga I, do Baixo Vouga II e do Baixo Vouga III; b) O ACES do Baixo Mondego, que resulta da fusão dos ACES do Baixo Mondego I, do Baixo Mondego II e do Baixo Mondego III; c) O ACES do Pinhal Litoral, que resulta da fusão do ACES do Pinhal Litoral I e do Pinhal Litoral II; d) O ACES do Dão-Lafões, que resulta da fusão dos ACES do Dão-Lafões I, do Dão-Lafões II e do Dão-Lafões III; e) O ACES do Pinhal Interior Norte, que resulta da fusão dos ACES do Pinhal Interior Norte I e do Pinhal Interior Norte II. 2 - O ACES da Cova da Beira mantém a sua atual denominação, sede e área geográfica (...)”.

⁷⁵⁷ Diário da República, 2012, Portaria nº 394-A/2012 de 29 de novembro de 2012. Revoga a Portaria nº 274/2009

⁷⁵⁸ Diário da República, Lei nº 66-B/2012 de 31 de dezembro de 2012. Altera pela segunda vez o Decreto-Lei nº 113/2011

mantém “(...) a partir de 1 de janeiro de 2013 mantém-se a redução das remunerações totais ilíquidas mensais (...) de valor superior a (euro) 1500 (...)”. Relativamente ao pagamento do subsídio de Natal, houve alterações afirmando que durante a vigência do PAEF “(...) o subsídio de Natal (...) é pago mensalmente, por duodécimos (...)”, sendo que no que concerne ao subsídio de férias “(...) é suspenso o pagamento do subsídio de férias (...) cuja remuneração base mensal seja superior a (euro) 1100 (...) As pessoas a (...) cuja remuneração base mensal seja igual ou superior a (euro) 600 e não exceda o valor de (euro) 1100 ficam sujeitas a uma redução no subsídio de férias(...)”. Conforme o anterior OE, também neste existe a *Proibição de valorizações remuneratórias* afirmando que “(...) é vedada a prática de quaisquer atos que consubstanciem valorizações remuneratórias (...)” à generalidade dos funcionários da Administração Pública. Impossibilitam-se as progressões nas carreiras e o ajuste na remuneração, de acordo com a valorização ou aumento da formação, entre outros fatores. Demarca também a redução de trabalhadores no setor empresarial do Estado, para o ano de 2013 “(...) no mínimo em 3% (...) face aos existentes em 31 de dezembro de 2012 (...)”, exceto nos hospitais, E.P.E., estando incluídos os restantes serviços de saúde. Situando-se na mesma lógica de raciocínio a disposição relativa aos gastos operacionais das empresas públicas, na qual se pode ler “(...) durante a vigência do PAEF, as empresas públicas, com exceção dos hospitais, E.P.E., devem prosseguir uma política de otimização da estrutura de gastos operacionais (...)”. Bem como outras medidas de redução e contenção orçamental relativas aos recursos humanos e despesas da saúde. Acrescenta, por implicar a população em estudo, a contenção nas reformas.

No início do ano e relativamente ao complemento solidário para idosos, o Decreto-Lei nº13/2013⁷⁵⁹, altera o seu valor de referência de 4200 euros/ano, estabelecido pelo Decreto-Lei 232/2005, para 4909 euros/ano. Subsequente ao PES, e ao aumento da população idosa, de forma a obter as respostas para as suas necessidades, estabelecem-se as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário⁷⁶⁰.

Com o Despacho nº2061-C/2013⁷⁶¹, criou-se Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) estabelecendo-se a obrigatoriedade de utilização do Formulário Nacional de Medicamentos e do cumprimento dos protocolos de utilização de medicamentos, pelos profissionais prescritores dos serviços do SNS. Ainda nesta

⁷⁵⁹ Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 13/2013 de 25 de janeiro de 2013*

⁷⁶⁰ Diário da República, 2013, *Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro de 2013*. Revoga o Despacho Normativo nº 62/99

⁷⁶¹ Diário da República, 2013, *Despacho n.º 2061-C/2013 de 1 de fevereiro de 2013*

circunstância, o Decreto-Lei nº 34/2013⁷⁶², aprovou o “(...) *regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica participados, atribui ao MS a competência para a fixação do preço dos medicamentos (...)*”. Posteriormente, definiram-se os critérios para a elaboração, pela CNFT, do Formulário Nacional de Medicamentos⁷⁶³, e reforçam-se as condições em que excepcionalmente poderão ser utilizados medicamentos não previstos no formulário. O pagamento das participações do Estado na compra de medicamentos por beneficiários da ADSE, passou a ser efetuado pelo SNS, exceto nas Regiões Autónomas, com a contrapartida financeira a pagar pela ADSE a ser transferida para a ACSS,IP⁷⁶⁴.

Anteriormente, o Despacho nº3209/2013⁷⁶⁵, autoriza o Instituto da Segurança Social e as ARS, a assumir os compromissos no âmbito dos contratos-programas formalizados com as entidades integradas ou a integrar na RNCCI, pela relevância que estes contratos-programa efetuados com parceiros locais, têm para a Rede. Posteriormente, e relativamente ao Programa Modelar referente à atribuição de apoios financeiros pelas ARS a Pessoas Coletivas Privadas Sem Fins Lucrativos, no âmbito da RNCCI, a Portaria nº 168/2013⁷⁶⁶, vem proceder à sua segunda alteração. Afirma que no contexto atual, de alteração do padrão epidemiológico, de envelhecimento demográfico e alteração das estruturas familiares e sociais “(...) *surgem novas necessidades em saúde, para as quais urge dar respostas adequadas (...)*”, verificando-se um aumento efetivo das “(...) *necessidades de cuidados de saúde da população mais idosa, o que exige um reforço da capacidade de intervenção dos serviços de saúde e de solidariedade social (...)*”. Concordantemente é necessário, para “(...) *assegurar a prestação de cuidados individualizados e humanizados, e a integração dos doentes na resposta adequada às suas necessidades (...)* uma estratégia que envolve parceiros do sector social e privado, para além do público (...)”. Assim, a Portaria demarca que “(...) *em situações excecionais, e mediante autorização prévia do membro do Governo responsável pela área da saúde (...)*” se passará a “(...) *possibilitar a afetação das edificações construídas e das instalações realizadas por atribuição daquele apoio financeiro a estruturas para o alojamento e residência de pessoas idosas (...)*”.

⁷⁶² Diário da República, 2013, *Decreto-Lei nº 34/2013 de 27 de fevereiro de 2013*

⁷⁶³ Diário da República, 2013, *Despacho nº 7841-B/2013 de 17 de julho de 2013*

⁷⁶⁴ Diário da República, 2013, *Despacho nº 4631/2013 de 3 de abril de 2013*

⁷⁶⁵ Diário da República, 2013, *Despacho nº 3209/2013 de 28 de fevereiro de 2013*

⁷⁶⁶ Diário da República, 2013, *Portaria nº 168/2013 de 30 de abril de 2013*

Posteriormente, e no âmbito das taxas moderadoras, é regulamentada a contraordenação pelo não pagamento das mesmas⁷⁶⁷. No âmbito da despesa, e uma vez que a decorrente relacionada com dispositivos médicos nas unidades de saúde do SNS, estava em crescendo, implementaram-se medidas que a reduzissem. Concordantemente, o Despacho nº 5456-B/2013⁷⁶⁸ veio determinar que “(...) *Os serviços (...) do SNS, só podem adquirir os dispositivos médicos abrangidos pelo presente despacho, na sequência de procedimentos concorrenciais ou não concorrenciais de contratação pública, desde que por preços unitários inferiores em, pelo menos, 15% relativamente aos preços unitários praticados no ano de 2012 para dispositivo similar (...)*”, exceto os “(...) *dispositivos médicos que sejam equipamentos de grande porte destinados ao tratamento e ao diagnóstico, como sejam (...) equipamentos de Raios-X, equipamentos de tomografia axial computadorizada (...)*”. Esta medida legislativa, induziu a insatisfação por parte dos profissionais de saúde que anteviram cenários de restrições, eventualmente traduzidos em incapacidade de prestação de cuidados de saúde com padrões mínimos de qualidade. Acrescentamos que estes receios se concretizaram, à data de conclusão da redação deste subcapítulo, com a concretização da demissão de profissionais de saúde, detentores de cargos de direção, como é o caso do Hospital de São João do Porto a 19 de junho de 2014. Mantendo-se na linha orientadora da redução e contenção de despesa, a Portaria nº163/2013⁷⁶⁹, aprovou as tabelas de preços a praticar pelo SNS e o respetivo Regulamento, diminuindo ou mantendo o valor, na generalidade dos itens.

Tendo o PNS 2004-2010 terminado e a avaliação da sua implementação publicada, surge em Maio de 2013 a versão final do novo PNS 2012-2016⁷⁷⁰. Este Plano passou por um plano de consulta, envolvimento e comunicação, colaboração de parceiros e grupos de trabalho, bem como um período de discussão pública, tendo o processo decorrido durante cerca de dois anos, com início em 2010. De acordo com o Ministro da Saúde atual, no prefácio do PNS em causa, “(...) *este PNS propõe-se como uma fundação para o Sistema de Saúde do Século XXI (...) Tem como missão o reforço da capacidade de todos os agentes em saúde; Constrói uma visão coletiva para o desenvolvimento do Sistema de Saúde; Reconhece e promove a inovação e a gestão do conhecimento, estendendo-se*

⁷⁶⁷ Diário da República, 2013, *Lei nº 51/2013 de 24 de julho de 2013*. Procede à terceira alteração do Decreto-Lei nº 113/2011. Sendo posteriormente publicado o Despacho nº 12011/2013 que vem determinar que “(...) *a cobrança e recuperação dos valores em dívida de taxas moderadoras pelas instituições e serviços integrados no SNS e ARS, I.P. sejam efetuadas, obrigatoriamente, através da aplicação informática SITAM (...)*” (Diário da República, 2013, *Despacho nº 12011/2013 de 18 de setembro de 2013*)

⁷⁶⁸ Diário da República, 2013, *Despacho nº 5456-B/2013 de 25 de julho de 2013*

⁷⁶⁹ Diário da República, 2013, *Portaria nº 163/2013 de 24 de abril de 2013*. Revoga as anteriores e especificamente a Portaria nº 132/2009

⁷⁷⁰ Direcção-Geral de Saúde, 2013, *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*

progressivamente e atualizando-se ciclicamente, numa procura contínua das melhores soluções a médio-longo prazo para o Sistema de Saúde (...)”, diz ainda que a missão do PNS é assegurar que “*(...) o Sistema de Saúde responde às necessidades, tem os planos e recursos que precisa e otimiza o impacto das suas reformas. Daí o seu sentido estratégico (...)*” devendo conduzir a “*(...) um Sistema de Saúde com maior capacidade para a obtenção de ganhos em saúde para todos (...)*”. O Diretor-Geral de Saúde, no prefácio, expõe que este PNS “*(...) assume a missão de guia (...) Fundamenta-se na promoção da equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, impondo o desenvolvimento de medidas inadiáveis de melhoria da saúde dos cidadãos, reduzindo gaps. Enfatiza a qualidade (...) pois são os cidadãos que, na prática, financiam, na sua quase totalidade, os serviços que recebem (...)*”. Relativamente às orientações do Plano o Diretor-Geral refere que “*(...) propõe orientações de investimentos em Saúde Pública que assentam na vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos; na monitorização e resposta a riscos e emergências; na proteção da saúde nas suas diferentes vertentes⁷⁷¹ (...); na abordagem de determinantes sociais de saúde e de promoção da equidade; na prevenção da doença, incluindo a deteção e diagnóstico precoce; (...) na sensibilização, comunicação e mobilização social; e na (...) produção de conhecimentos (...)*”. O atual PNS tem quatro eixos estratégicos: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis. Tem quatro objetivos para o Sistema de Saúde “*(...) Obter Ganhos em Saúde; Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida; Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença; Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global (...)*”. O PNS descreve cada objetivo: Obter Ganhos em Saúde – “*(...) traduzem-se por ganhos em anos de vida (...) redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração (...) diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente (...) aumento da funcionalidade física e psicossocial (...) redução do sofrimento evitável (...) melhoria da qualidade de vida (...)*”; Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida – “*(...) intervenção precoce nos fatores de risco (...) as perdas cumulativas de saúde determinam o aparecimento precoce de incapacidade e de doença crónica (...)*”; Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença – “*(...) O Sistema de Saúde não se ocupa apenas da melhoria do estado de saúde dos cidadãos (...) mas também de proteger os (...) cidadãos (...) do peso financeiro e social da saúde e da doença (...)*”; Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global – “*(...) Os Sistemas de Saúde são permeáveis a ameaças exteriores*

⁷⁷¹ Ambiental, ocupacional, alimentar, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas

e às características sociodemográficas e económicas. Cooperam para a formação, tecnologia, prestação de serviços, criação de conhecimento, inovação e desenvolvimento a nível internacional (...).” No âmbito deste último objetivo, aprovou-se o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública⁷⁷².

Resultante do PREMAC, e no contexto do preço dos medicamentos, foi necessário rever o processo de aprovação do preço de referência para cada grupo homogéneo de medicamentos, através do Decreto-Lei nº 103/2013⁷⁷³ que procede, ainda, à sua alteração “(...) visando maximizar as poupanças decorrentes de um maior incentivo à utilização de medicamentos genéricos (...) em linha com os compromissos internacionais (...)”.

Relativamente à atribuição dos apoios financeiros a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos, a Portaria nº 258/2013⁷⁷⁴, aprova o Regulamento dos Programas de Apoio Financeiro a atribuir pelo MS e pelas ARS, por o anterior se encontrar desadequado com o atual PNS, necessitando “(...) disponibilizar financiamento a intervenções e projetos que garantam o rigor dos resultados e constituam uma resposta complementar (...) tendo como finalidade aumentar os ganhos em saúde da população (...)”.

A finalizar o ano, estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das entidades com poder de autoridade de saúde⁷⁷⁵: “(...) passando estas a ser mais abrangentes (...) no âmbito do estipulado no RSI (...) de forma a assegurar uma gestão mais eficaz (...)” e contribuindo para a sustentabilidade do SNS. De seguida, estabelece-se o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACES⁷⁷⁶ “(...) de forma a orientar a sua intervenção (...) nos termos definidos pela OMS (...)”.

No mesmo mês, o MS definiu a sua articulação e das instituições do SNS com as IPSS⁷⁷⁷, assim como “(...) estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis nºs 704/74 de 7 de dezembro, e 618/75 de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS (...)”.

Em relação ao objeto e objetivos das convenções, em saúde, o Decreto-Lei nº 139/2013⁷⁷⁸ “(...) estabelece o regime jurídico das convenções que tenham por objeto a

⁷⁷² Diário da República, 2013, Portaria nº 258/2013 de 13 de agosto de 2013

⁷⁷³ Diário da República, 2013, Decreto-Lei nº 103/2013 de 26 de julho de 2013

⁷⁷⁴ Diário da República, 2013, Portaria nº 248/2013 de 5 de agosto de 2013

⁷⁷⁵ Diário da República, 2013, Decreto-Lei nº 135/2013 de 4 de outubro de 2013. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 82/2009

⁷⁷⁶ Diário da República, 2013, Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro de 2013. Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei nº 28/2008 e à primeira alteração ao Decreto-Lei nº 81/2009

⁷⁷⁷ Diário da República, 2013, Decreto-Lei nº 138/2013 de 9 de outubro de 2013

⁷⁷⁸ Diário da República, 2013, Decreto-Lei nº 139/2013 de 9 de outubro de 2013. Nos termos previstos na Lei nº 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro - Lei de Bases da Saúde

realização de prestações de cuidados de saúde aos utentes do SNS, no âmbito da rede nacional de prestação de cuidados de saúde(...)”

Finalizando o ano, surge a Portaria n.º 335-A/2013⁷⁷⁹, indicando os três países de referência para a fixação dos preços em Portugal. Determinou como critérios para essa definição que os três países da UE “(...) apresentem ou um produto interno bruto per capita comparável em paridade de poder de compra ou um nível de preços de medicamentos mais baixo (...)” que Portugal. Neste caso foi tido em consideração o critério de “(...) países europeus com nível de preços de medicamentos mais baixos e os países de referência são a Eslovénia, a Espanha e a França (...)”. Com a Portaria n.º 367/2013⁷⁸⁰ determinou-se não proceder à revisão dos preços dos medicamentos genéricos em 2014.

Para o ano de 2014, com a Lei n.º 83-C/2013⁷⁸¹ relativa ao OE para 2014, as orientações políticas nacionais mantêm-se, implicando, eventualmente, um traçado análogo na tomada de decisão política.

Em termos organizacionais e de serviços ou equipamentos/unidades de saúde em 2014⁷⁸², o SNS era constituído por 5 ARS, 8 ULS, 23 centros hospitalares abrangendo 104 hospitais, 64 ACES com 437 CS e 1021 ECS, 761 unidades de cuidados de saúde personalizados, 168 UCC, 464 USF e 4 UC, tutelados por uma estrutura organizacional, apresentada no anexo VII, que compreende alguma complexidade e peso estrutural/orgânico. Ao que acresciam, 1235 serviços convencionados e nestes incluíam-se laboratórios, clínicas, centros de diagnóstico, clínicas de MFR e clínicas de fisioterapia.

Terminamos citando o Secretário de Estado Adjunto do Ministro na conferência-debate intitulada *Sistema de Saúde para além de 2014*⁷⁸³: Relativamente ao financiamento do SNS refere “(...) Há certezas que não podem ser escondidas. Dívidas do presente são os impostos futuros. O Estado tem custos e não tem outras fontes significativas de financiamento que não sejam as contribuições dos cidadãos. O que temos de saber, e terão de ser os contribuintes a dizer-nos, é quanto estão dispostos a pagar e para quê. Que SNS querem, de que estão dispostos a abdicar, quais são as oportunidades que pretendem trocar

⁷⁷⁹ Diário da República, 2013, *Portaria n.º 335-A/2013 de 15 de novembro de 2013*. Primeira alteração à Portaria n.º 4/2012, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e da sua revisão anual, bem como os respetivos prazos (Diário da República, 2012, *Portaria n.º 4/2012 de 2 de janeiro de 2012*)

⁷⁸⁰ Diário da República, 2013, *Portaria n.º 367/2013 de 23 de dezembro de 2013*. Segunda alteração, à Portaria n.º 4/2012

⁷⁸¹ Diário da República, 2013, *Lei n.º 83-C/2013 de 31 de dezembro de 2014*

⁷⁸² Governo de Portugal e Ministério da Saúde, 2014, *Portal da Saúde*. Salvaguardamos que poderá existir alguma discrepância nos dados, entre estes, tendo como fonte o Portal da Saúde, e os do capítulo que apresentamos à frente referente aos serviços de saúde, uma vez que este último tem como fontes outros organismos, podendo daí resultar diferentes dados devido a diferentes opções de metodologias de trabalho.

⁷⁸³ COSTA, 2013

para ter um SNS mais geral e universal? (...)”. Acrescenta, de acordo com a sua opinião, que “(...) *Precisamos, mais do que nunca, de eficiência, efetividade, sustentabilidade, controlo de riscos (...)”.* Contextualmente considera que “(...) *tem a obrigação de garantir o combate ao desperdício e à fraude, precisa de ser capaz de transmitir valor – no nosso caso, a saúde – para o utilizador dos serviços, não pode alhear-se de medidas que orientem a procura e corrijam os excessos, por má distribuição, da oferta e da capacidade mal dimensionada (...) e, mais do que nunca, persistir – contra quem tiver que ser – na promoção de estilos de vida saudáveis, em medidas de política preventiva, na correção de determinantes nocivos – começando pela pobreza – e na proteção da saúde individual e coletiva (...)”.* Para o futuro julga que “(...) *existe um consenso nacional amplo (...) que nos permitirá encontrar as soluções socialmente realistas, financeiramente comportáveis e tecnicamente adequadas para que o sistema de saúde em Portugal, necessariamente baseado num financiamento público e com um SNS abrangente, se desenvolva para lá de 2014, sem que tenhamos de estar sempre a discutir a sua viabilidade (...)”.*”

De acordo com o Comissário Europeu da Saúde Tonio Borg⁷⁸⁴, as reformas que aconteceram decorrentes do MoU estão corretas, com especial interesse para: a redução da despesa com os medicamentos; a aposta na prescrição eletrónica; a contenção de custos com as despesas hospitalares. No entanto, ainda não se atingiu o objetivo, mas considera que está perto. Defende, que as medidas implementadas seriam necessárias independentemente da existência do MoU e que este somente as acelerou. Relativamente às soluções, refere que o futuro passa por ações conjuntas dos vários países e que o investimento deveria ser direcionado para os cuidados de saúde primários.

II.1.3. Políticas de saúde. Trajetória e marcos decisivos – Exercício reflexivo

Após descrição da tomada de decisão política de saúde em Portugal, fazemos uma reflexão relativamente aos, que consideramos ser, marcos decisórios da trajetória observada.

Percebemos que ao longo do trajeto, se foram registando grandes alterações na forma de olhar, e discernir, as medidas necessárias para concretizar mais e melhor saúde e proteção na doença da população. O aparecimento de medicação e de medidas higienosanitárias foi determinante, bem como a estabilidade política, económica e em supremacia a predisposição do Estado para intervir. Ao examinarmos a evolução das políticas públicas de saúde em Portugal⁷⁸⁵, encarámos o Poder Governativo/Estado, a sua configuração, os seus

⁷⁸⁴ BORJA-SANTOS, 2014

⁷⁸⁵ Considerando também o retratado no anexo VI.

recursos, e a orientação da tomada de decisão, como elementos-chave e, ao considerarmos, podemos identificar fases na tomada de decisão/políticas de saúde em Portugal. Temos por base, o facto de que, se a estabilidade política e a existência de recursos financeiros são condições essenciais na definição da política de saúde, a configuração do papel do Estado e a ideologia política, são primordiais na seleção do modelo de prestação de cuidados de saúde. Desta forma, periodizámos, da forma retratada na Tabela I, salientando a postura do Poder Governativo/Estado relativamente à intervenção na saúde, ou seja, se tomou as *rédeas* da saúde nas suas mãos ou se, pelo contrário, tendencialmente se *demitiu* ou se se *amenizou* nessa função, valorizando as instituições privadas.

Tabela I. Fases na tomada de decisão/políticas de saúde em Portugal (até 2013)

Períodos	Intervenção substancial do Estado na saúde
Até 1899	Não
1899 a 1910	Sim
1910 a 1926	Sim
1926 a 1933	Não
1933 a 1971	Não
1971 a 1995	Sim
1995 a 2005	Não
2005 a 2013	Não

Elaboração própria. Fonte: Texto do capítulo anterior e anexo VI

Constatámos que até 1899, os cuidados de saúde e assistência eram essencialmente da responsabilidade da iniciativa religiosa e corporativa, de índole caritativa, estando os cuidados prestados por estas entidades na génese da prestação de cuidados de saúde e só progressivamente os responsáveis locais e o poder central foram valorizando a saúde das populações, como uma área meritória de intervenção permanente. No entanto, conforme podemos ver na Tabela I, a intervenção do poder governativo só se virá a verificar no final do século XIX e início do século XX. Inicialmente, as Misericórdias detinham o papel preponderante no setor, essencialmente na prestação de cuidados aos mais desfavorecidos, muito por via da sua proximidade às populações e da sua distribuição consistente em território nacional. Acrescentamos, que esta posição de relevo se manteve e até hoje detém um papel de grande evidência. A nível governativo, neste período, a tomada de decisão relativa à saúde e doença concretizava-se, por norma, somente como resposta a situações de emergência nacional, perante ameaça ou eclosão de surtos epidémicos cujo risco de disseminação em larga escala se assumia como eminente. Não obstante, e de forma crescente, o investimento em serviços de saúde e investigação foram uma realidade que colocou Portugal numa posição de reconhecido mérito a nível internacional, nomeadamente com as iniciativas de Camara Pestana e Ricardo Jorge. Embora os indicadores de morbilidade e mortalidade se mantivessem elevados, a prevenção de epidemias com origem externa era relativamente eficaz.

O crescendo de investimento na saúde, decorre da perceção do estágio nacional debilitado face à saúde e da conseqüente tomada de decisão e, neste sentido, algumas reformas assumiram papel preponderante. A maioria destas, por razões políticas ou ideológicas, não se concretizaram na sua totalidade, mas deixaram um legado que foi determinante para a saúde e qualidade de vida da população. Falamos de uma primeira reforma, no final do século XIX início do século XX, a **reforma de Ricardo Jorge**⁷⁸⁶, que se considera como a tentativa de construir o alicerce da saúde pública em Portugal, correspondendo à segunda fase representada na Tabela I de 1899 a 1910.

Com a **Primeira Republica**⁷⁸⁷, surge uma nova tentativa de reforma, muito por via da expansão do movimento higienista a nível nacional e internacional e da existência de reconhecidos médicos e sanitaristas no poder, assim como, dos avanços em termos de conhecimento médico. Em termos políticos esta importância conferida à saúde foi marcante, espelhando-se no texto da Constituição de 1911 ao exprimir o direito à assistência pública, refletindo que a saúde é um direito, indicando que existe um dever de prestação desse direito. Mas, a saúde era entendida somente como assistência, respeitante à prestação de cuidados médico-sanitários básicos à população desfavorecida. A saúde era percebida como uma obrigação ténue do Estado, em diligenciar práticas quotidianas de saúde pública e de debelar situações excepcionais, como sejam as epidemias. No entanto, nesta fase a aposta na formação médica e na criação de hospitais civis foi importante. Este cenário que se assemelhava como favorável, perdeu destaque com a crise económica e financeira, em 1918, após a intervenção de Portugal na I Guerra. O investimento na saúde, perde força perante as dificuldades, acrescentando-se a instabilidade política e a dispersão dos serviços por vários ministérios, bem como, a alteração constante da tutela da saúde. Assim, manteve-se a dependência das Misericórdias e de outras instituições ligadas à igreja.

No período político seguinte, da **Ditadura Militar**⁷⁸⁸, surge uma nova reforma - **Reforma dos Serviços de Saúde Pública** – decorrente da situação desfavorável do país, no que aos indicadores da saúde e higiene pública dizia respeito, colocando Portugal em posição muito desvantajosa relativamente ao contexto externo. Iniciou-se a reorganização dos serviços de saúde, conferindo mais autonomia às autoridades sanitárias concelhias. Não obstante, a eficácia não foi conseguida, porque as preocupações do regime, centravam-se essencialmente na manutenção da ordem e no controlo das finanças públicas. Se de alguma forma, a saúde e a assistência se afiguravam em processo de dissociação, este foi

⁷⁸⁶ Corresponde à segunda fase retratada na Tabela I

⁷⁸⁷ Corresponde à terceira fase retratada na Tabela I

⁷⁸⁸ Corresponde à quarta fase retratada na Tabela I

interrompido, com a transferência da Direção-Geral de Saúde e a Direção-Geral dos Hospitais Civis de Lisboa para o Ministério do Interior, associando a assistência, ao combate à mendicidade e à manutenção da ordem pública.

Com a ascensão de Salazar ao poder e a implantação do **Estado Novo**, entramos na 5ª fase representada na Tabela I, caracterizada por condições de estabilidade política e doutrinária que poderiam retomar as reformas da saúde, mas tal não se verificou, desde logo porque se considerava que o Estado não deveria substituir as “*velhas instituições*”, tais como as de índole religiosa e a Misericórdia. Se até este momento, existia um crescendo de preocupação com a saúde, que se refletia na tomada de decisão habilitadora de serviços e medidas para incremento da saúde, a nível do território (embora não se conseguindo concretizar todos os intentos), confluímos numa época de “*desoficialização da assistência*”⁷⁸⁹, com um modelo de revalorização das iniciativas privadas de beneficência pública, com o Estado no papel do regulador, que incentivava e apoiava de forma subsidiária. Mas, desta vez, não por incapacidades económicas, ou de outra ordem, mas sim por opção ideológica determinante de um percurso de “*um assistencialismo caritativo organizado e concedido na base de critérios ético-religiosos*”⁷⁹⁰. Refletindo-se esta postura, na Constituição de 1933, que não fazia referência direta à assistência pública nem à saúde, retirando-lhes a consagração de um direito e, conseqüentemente, retirando ao Estado qualquer dever para com a matéria. Não obstante, dá-se uma tentativa de reforma – **reforma de Trigo de Negreiros** – facilitada pelo contexto externo e pelo facto de no contexto nacional se viver um momento de maior liberdade, por via do período eleitoral. Esta reforma, constituiu uma rutura com a ideologia política que se vivenciava, considerando que era obrigatório e urgente investir no campo da assistência e que as iniciativas privadas nem sempre procediam aos ajustamentos necessários para a manutenção da saúde. Introduz conceitos como assistência paliativa-curativa, construtiva e preventiva, valorizando a prevenção; inicia o processo de separação entre saúde e assistência; inicia a disseminação de serviços de saúde no território nacional e essencialmente de organismos de regulação, tendo como principio que o Estado detém a função essencial de orientar, cooperar e fiscalizar. Esta reforma, também não se cumpriu na totalidade por dificuldades no financiamento, pela insuficiência de médicos, assim como, pela primazia que estes davam à prática privada devido aos salários baixos que auferiam nos hospitais. No entanto, permaneceram algumas medidas e outras surgiram decorrentes desta reforma: a Federação das Caixas de

⁷⁸⁹ CAMPOS, 1983

⁷⁹⁰ HESPANHA, 2000

Previdência, que permitiu o alargamento dos serviços médico-sociais periféricos e criação de um conjunto de subsistemas de saúde, de entre os quais a ADSE; por via da contestação médica, foi criado o Ministério da Saúde e da Assistência (1958), que embora não lhe tenha sido dada a devida importância constituiu uma vitória política. Consequentemente, foram se conseguindo ganhos e um paulatino alargamento da cobertura sanitária do país, combinando a atividade das instituições privadas com a do Estado, embora não existisse uma política de saúde definida, porque não existia o reconhecimento do direito à saúde, daí considerarmos esta fase como sendo deficitária relativamente à intervenção do Estado na saúde

Somente no início da década de 70, se conseguiram alterações, embora ainda com regime ditatorial, mas com Marcelo Caetano no poder. Assim, em 1971 consubstancia-se a **Reforma de Gonçalves Ferreira**, com o reconhecimento do direito à saúde e com a consideração de que cabe ao Estado a responsabilidade de assegurar esse direito. Inicia-se a construção de um serviço nacional de saúde, para todos e, com especial atenção, aos cuidados de saúde primários criando os CS concelhios e os Postos de Saúde. Valorizou-se a descentralização, assim como, se valorizou a formação dos profissionais de saúde e das suas carreiras, mas não rompeu com a ideologia política existente, e manteve o papel das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde. Salvaguardamos, que a postura de Gonçalves Ferreira se antecipou aos anseios internacionais, demonstrando a sua visão de vanguarda e as suas ideias só foram concretizadas, porque existiu uma abertura política para o efeito. Com esta reforma, entramos no sexto período representado na Tabela I, que decorrerá até 1995. Este período é marcado pela implementação do **Regime Democrático** e pelas linhas de força representadas nas expressões *saúde um direito universal; saúde para todos; saúde gratuita*. Linhas estas, iniciadas por Gonçalves Ferreira e concretizadas com a criação do SNS (1979), antecipado pelo **“Despacho Arnaut”** em 1978, e previstas nas primeiras iniciativas políticas, com o assumir da saúde pelo Estado, tais como: integração dos serviços médico-sociais da Previdência na Secretaria de Estado da Saúde; Serviço Médico à Periferia; integração dos hospitais geridos pelas Misericórdias na gestão pública. Culminando com a Constituição da República Portuguesa de 1976, que instituía, a saúde como um direito universal, efetivado através da criação de um sistema nacional de saúde universal, geral e gratuito (art.º 64º).

O SNS (1979) imprimiu alterações no sistema de saúde nacional e no perfil epidemiológico irreversíveis e intensos. Constituído por uma rede de órgãos e serviços do Estado, com gestão descentralizada, que pretendiam e concretizaram, a abrangência de toda a população nacional, com princípios fundadores de acesso universal e gratuito, prevendo-se

a possibilidade de existirem taxas moderadoras e a articulação com o sector privado, se necessário e de forma complementar. Este modelo, exigiu investimento público avultado, tanto em termos de recursos humanos como de infraestruturas e serviços, mas concretizou as necessárias mudanças no perfil de saúde e constituiu a base do Estado Social. Com este marco, consubstanciou-se um percurso sem retorno, que mesmo com momentos de crise económica, e decorrentes ideologias emergentes defendendo a necessidade de alterar o modelo do SNS, não se anularam os seus princípios e efeitos, designadamente no que ao investimento ao nível da formação de profissionais de saúde, diz respeito. A centralidade da política de saúde consubstancia-se na criação definitiva do Ministério da Saúde, em 1983.

Foi um tempo de investimento em cuidados de saúde primários (CS de 2ª geração com a fusão dos Postos das Caixas de Previdência), em cuidados hospitalares, na regulação dos medicamentos, na criação do INEM, que veio imprimir aos cuidados de saúde, e à emergência médica em particular, muitos melhoramentos, assim como na descentralização e regionalização da tomada de decisão, nomeadamente através da regulamentação das cinco ARS, as quais vieram facilitar o processo de interligação entre os vários níveis de cuidados de saúde. Posteriormente, e decorrente em grande medida da adesão de Portugal à Comunidade Europeia, surge a gestão hospitalar com princípios empresariais; organismos com a função de racionalização e integração; as instituições particulares de solidariedade social; o regime de comparticipação de medicamentos sofre alteração, atribuindo-se diferentes níveis de comparticipação consoante o grau de importância e aplicabilidade para a saúde dos utentes; são introduzidos os medicamentos genéricos no mercado; é alterado o regime de comparticipação dos MCDT; é regulamentado o transporte de doentes imprimindo-lhe melhoramentos ao nível da qualidade e melhorando a acessibilidade dos doentes aos serviços de saúde; implementou-se o número de emergência europeu 112.

O novo modelo de gestão dos serviços de saúde, assim como a alteração que o discurso político sofreu, com a inclusão de expressões como *sustentabilidade financeira*, *racionalização* e *empresarialização*, repercutiu-se na Lei de Bases da Saúde (1990). Esta, passou a permitir e a promover a participação de entidades privadas na saúde pública, ficando o Estado com as funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção. A saúde passou a ser entendida como um direito e uma responsabilidade partilhada entre o cidadão, a sociedade e o Estado. Este novo paradigma, refletiu-se nos Estatutos do SNS (1993) e, nestes, acrescentava-se o incentivo aos cidadãos para optarem por seguros privados de saúde, bem como, a, há muito desejada, promoção da integração

entre cuidados primários e hospitalares, através das unidades de saúde, de forma a atingir a “*indivisibilidade da saúde*”.

Em grande medida, este novo modelo e a nova linha orientadora da tomada de decisão, que pretendia diminuir a despesa com a saúde, decorre da entrada de Portugal na CEE. Inicia-se um período de cedência de soberania, no entanto, a capacitação do SNS não sofre sobremaneira, nem este é descaracterizado, embora se introduzam taxas moderadoras ponderadas de acordo com as condições económicas e sociais dos cidadãos, culminando na segunda revisão constitucional (1989), que transforma a prestação de cuidados de saúde em “*tendencialmente gratuitos*” (Art.64). Estas alterações, foram, de forma definitiva, vincadas a partir da segunda metade da década de 90 e, assim, entramos na sétima e penúltima fase retratadas na Tabela I, que decorreu até 2005.

Esta fase, em termos políticos, pode considerar-se estável e é marcada por uma tendência irreversível, por se manter até à atualidade, de retração da intervenção do Estado, acompanhando o fenómeno de *retrenchment*⁷⁹¹, que se verificava em muitos dos Estados ocidentais. Não obstante, este novo paradigma não anulou o significativo papel que o Estado mantinha na saúde, mas implicou o iniciar de um processo de readaptação perante as realidades emergentes, como sejam, os níveis baixos de crescimento económico. Este período, é ainda caracterizado por uma grande profusão legislativa na área da saúde que se mantém até hoje, decorrente da criação de múltiplas estruturas/organismos e a experimentação de novos regimes/modelos, para reforçar o SNS, mas racionalizar a sua gestão. Surgiram medidas visando essa racionalização, não afrontando sobremaneira os princípios do SNS, como a adoção de um modelo contratual entre pagadores e prestadores, a modernização da administração pública da saúde e a reforma das remunerações dos profissionais de acordo com o desempenho. Estes profissionais atingiram elevados níveis de qualidade neste período, relativos à formação, reconhecidos a nível internacional.

Como medidas que consideramos mais relevantes podemos referir a nível dos **cuidados de saúde primários** a criação dos CS de 3ª geração; o horário dos CS foi alargado; criou-se a rede de prestação de cuidados de saúde primários. No que concerne com o nível **hospitalar**, adotou-se um novo estatuto e regime com gestão pública mas a gestão dos recursos humanos e as aquisições de bens e serviços efetua-se de acordo com as práticas do sector privado; inicia-se a experiência piloto de gestão pública e privada (1998); criaram-se os centros hospitalares; criaram-se os hospitais EPE; implementa-se o modelo SIGIC; criaram-se os CRI nos hospitais. Na área dos **cuidados continuados**, cria-se a rede

⁷⁹¹ Redução da despesa.

de cuidados continuados. No que corresponde às **tabelas de preços** a praticar pelo SNS e às **taxas moderadoras**, dá-se a atualização das taxas moderadoras de acordo com a inflação. Relativamente aos **recursos humanos** da saúde, em 2000, dá-se a, talvez, última grande entrada de profissionais, até à atualidade, nos quadros do SNS. Neste contexto, ao nível da **orgânica dos serviços**, concebeu-se uma reforma territorial do SNS dividindo-o em dois níveis de atuação territorial - o nível regional e o local; criaram-se as ULS; criaram-se os SLS; implementam-se as convenções com o sector privado de forma definitiva; regulamentaram-se as PPP e os contratos de gestão; incrementou-se a participação dos médicos na gestão dos serviços do SNS; surge o livro de reclamações nos serviços de saúde; é criado o cartão de utente do SNS; surge a primeira estratégia para a saúde - *Estratégia de saúde para o virar do século* (1999); surge o PNS 2004-2010; surge o PNS para os idosos; criou-se o Instituto de Qualidade em Saúde; em 2003 criou-se a ERS. Em relação à **política do medicamento**, faz-se a regulamentação da comparticipação e da aquisição e dispensa de medicamentos nos serviços de saúde; criaram-se as condições para o aumento da quota de medicamentos genéricos no mercado.

Destacamos, nesta reflexão, o PNS 2004-2010, pela sua importância estratégica na saúde em Portugal e por alterar o paradigma da política de saúde, incluindo objetivos a atingir a curto e médio prazo e incluindo políticas direcionadas de acordo com as alterações socio-demográficas que se verificavam, designadamente o envelhecimento demográfico e especificamente o aumento da faixa etária dos 65 e mais anos, bem como, as questões relacionadas com a pobreza e exclusão social, nomeadamente dos idosos, e as alterações nas estruturas familiares. Colocou-se o cidadão no centro das preocupações e solicitou-se a sua participação, assim como, se incentivou a investigação, a formação dos recursos humanos da saúde e o aumento do número destes no SNS. A qualidade atingiu um lugar de destaque e a satisfação dos utentes ganhou relevância na política de saúde, a par com os cuidados de saúde primários, continuados e terminais, com a coordenação entre os vários níveis de cuidados de saúde, incluindo o sector público e privado, e os diferentes setores da sociedade, como seja, a escola e o local de trabalho, bem como a política do medicamento se destacou. Foi lançado o Plano para os Idosos (2004-2010), que após a sua conclusão não foi renovado, bem como o Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Afigurava-se que a saúde poderia estar a sair da alçada do Estado, mas com a criação dos SLS há uma retração neste processo, uma vez que o Estado passa a congrega, numa única figura de gestão, os serviços públicos e privados promovendo a integração e a interligação. Assim como, embora se apoiasse a iniciativa privada, existiu a preocupação de

regulamentação e regulação, desde logo, com a criação da ERS. De referir ainda, que no final desta fase o SNS detinha cobertura de todo o território nacional, com serviços de qualidade reconhecida, os recursos humanos da saúde, designadamente médicos, enfermeiros e TDT, e de entre estes os fisioterapeutas, atingiram patamares de formação e qualificação de excelência, determinantes para a concretização de indicadores de saúde de excelência. Embora com transformações no modelo de gestão a capacitação manteve-se.

Em 2005 efetua-se uma transformação do paradigma respeitante às estruturas da Administração Central do Estado. Até 2005, estas modificações eram consequência da alternância de governos e das respeitantes leis orgânicas e a partir daqui, e com a concepção do PRACE, pretendeu-se implementar um processo de reforma administrativa sistémica, estruturante e transversal para toda a Administração Central. Será a primeira vez que um programa “(...) ousava encetar uma reforma tão abrangente das estruturas procurando reestruturar e racionalizar as estruturas da administração direta e indireta (...)”⁷⁹². Posteriormente, e perante o assumir da crise económica, surge o PEC 2010-2013 que inicia o processo restritivo e mais tarde, em 2011, o PREMAC, veio reforçar-lo. Sendo resultante da extrema fragilidade financeira em que o país mergulha e da consequente assinatura do MoU. Por estas razões determinámos (Tabela I), que em 2005 se inicia uma nova fase na política de saúde, por esta ter sido afetada pelos programas mencionados, de forma evidente.

Com a entrada em vigor do **PRACE** (2006), o MS foi reorganizado, tendo em vista a *racionalização de estruturas*⁷⁹³. Neste sentido, dá-se início a um processo de extinção, fusão e reestruturação de serviços e racionalização de recursos humanos no MS e no SNS e posteriormente o PEC reforçou o processo.

Neso âmbito da reestruturação e ao nível dos **cuidados de saúde primários**, fez-se a concentração dos CS; reforçaram-se as competências dos CS; criaram-se as USF; criaram-se e regulamentaram-se os ACES (2008/2009); criou-se o grupo consultivo dos cuidados de saúde primários (que em 2010 foi prorrogado o seu mandato uma vez que esta reforma continuava a ser prioritária no âmbito das políticas de saúde, pretendendo-se a implementação de USF em todo o território nacional e em todos os municípios UCC e unidades de saúde públicas); encerraram-se ECS. No que respeita aos **serviços hospitalares**, fez-se a transformação dos hospitais em hospitais EPE; criaram-se centros hospitalares; criaram-se ULS; surge a CTH com articulação efetiva entre os serviços; surge o TMRG; criaram-se mecanismos para reduzir as listas de espera de cirurgias; a rede de

⁷⁹² MADUREIRA et al, 2013

⁷⁹³ Diário da Republica, 2006, *Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de Outubro de 2006*

serviços de urgência foi atualizada e reorganizada; implementaram-se as redes informáticas e de internet prevendo a obrigatoriedade de estarem atualizadas. Em 2010 decorrente do PEC, foi exigido aos centros hospitalares e ULS, planos de redução de despesa para esse ano; concretizou-se a fusão de várias unidades de saúde em centros hospitalares. No âmbito dos **cuidados continuados**, criou-se a RNCCI que se difundiu em território nacional com serviços de internamento e apoio domiciliário, congregando cuidados continuados e paliativos; criaram-se as unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental; em 2010 determinou-se que as equipas coordenadoras da RNCCI garantem prioridade na admissão nas ULDM, a utentes originários de lares de idosos com acordo com a Segurança Social até ao máximo de 10% da capacidade. No **setor privado e das IPSS**, atribuíram-se subsídios às entidades privadas sem fins lucrativos de forma a desenvolver ações na área da saúde; regulamentam-se as unidades de saúde privadas de saúde de forma a desburocratizar e estabeleceram-se as regras de implementação, funcionamento e as relativas aos recursos humanos. Relativamente à área de **emergência, vigilância e resposta**, criou-se a UESP; criou-se a rede de referenciação de emergência; reestruturou-se o INEM; reestruturaram-se os serviços de saúde criando-se um modelo com dois níveis de atuação: o regional (estrutura de vigilância, monitorização, planeamento e definição de estratégias regionais) e o local (vigilância e monitorização). Relativamente ao **transporte de doentes não urgente**, em 2010, de acordo com o PEC 2010-2013, as regras de pagamento do transporte são alteradas, determinando que este só é gratuito para os utentes em caso de ser clinicamente justificado e em caso de insuficiência económica, sendo que esta regra se mantém até à atualidade. O setor que corresponde às **tabelas de preços** a praticar pelo SNS e às **taxas moderadoras**, também foi implicado sendo que as tabelas de preços foram sendo atualizadas, com uma tendência de aumento dos valores a cobrar; as taxas moderadoras foram seguindo uma trajetória de aumento; introduziu-se redução de 50% nas taxas moderadoras para os idosos; em 2010, e no âmbito do PEC, são alteradas as tabelas das taxas moderadoras e o regime de atribuição de isenção, sofrendo agravamento para os utentes. Em relação aos **recursos humanos** da saúde, os contratos de trabalho a termo tiveram o seu tempo reduzido para o máximo de um ano; o vínculo e a remuneração são alterados; surge o contrato de trabalho em funções públicas; aumentou-se o ritmo de formação e o número de vagas nas faculdades de medicina; a partir de 2010 foram estabelecidas as orientações para as contratações de profissionais pelos hospitais EPE, ficando estas sujeitas à avaliação da prestação, dos funcionários, no ano transato, e à aprovação pela tutela; estabeleceu-se que os médicos aposentados podiam continuar a exercer funções no SNS. No que concerne com a **orgânica**

dos serviços de saúde, os cidadãos e as associações de defesa dos direitos dos utentes, passaram a ter direito a assento nos organismos de direção dos serviços de saúde; criou-se a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS; criaram-se serviços da administração central como por exemplo a ACSS, I. P.; reforçaram-se as competências das ARS; produziu-se e publicou-se a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em 2009; em 2010, de acordo com o PEC, criaram-se os serviços partilhados do MS, funcionando como único fornecedor das entidades do sistema de saúde, em moldes empresariais; alterou-se a Lei Orgânica do MS; determinou-se a diminuição de dirigentes, de coordenadores, de redução da composição dos conselhos de administração dos hospitais EPE; extinguiram-se algumas estruturas como por exemplo a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde; a inscrição das unidades de saúde na ERS, tornou-se obrigatória. Relativamente à **política do medicamento**, foi estabelecido o regime de comparticipação do preço dos medicamentos, dando o mote para inúmeras alterações ao Decreto-Lei nº 118/92, que ocorreram neste período (2005-2013), as quais diminuiriam progressivamente a comparticipação do Estado em vários medicamentos e reduziram o escalão máximo de comparticipação, sendo que em 2009 atingiu a medicação para doenças crónicas, visando incentivar os medicamentos genéricos (Estas medidas foram excluindo os pensionistas com pensões muito baixas); foi permitida a venda de medicamentos, não sujeitos a receita médica e a comparticipação do Estado, fora das farmácias; em 2010 regulamentou-se a venda de quantidades individualizadas nas farmácias de dispensa de medicamentos ao público, instaladas nos hospitais do SNS; em 2011 regulamentou-se a dispensa gratuita de medicamentos após alta de internamento hospitalar.

Durante todo o processo decorrente do PRACE e do PEC o investimento do Estado na saúde é quase exclusivo para os cuidados primários, embora se tenham encerrado as ECS e alguns CS, conforme já referido. Assim como, para a RNCCI, sendo que a sua implementação era, de facto, visível mantendo-se esta linha até à atualidade, embora de forma mais contida. As medidas de reestruturação restritivas, induziram à insatisfação dos profissionais de saúde e dos utentes e impeliram a que, em 2010 a avaliação, pela OMS, do PNS 2004-2010, afirmasse que o plano foi cumprido, exceto no acesso aos cuidados de saúde e à qualidade.

Perante a crise económica e financeira instalada em Portugal, em maio de 2011 assinou-se o MoU e o decorrente Programa de Assistência Financeira a Portugal e deste resulta o PREMACE, em julho do mesmo ano. Os OE para os anos subsequentes, assumem-se como restritivos, com orientações, medidas a tomar e objetivos a conseguir gradualmente

agravados. As medidas que envolvem investimento público, na sua generalidade, são relativas a recomendações da UE e da OMS, designadamente ao RSI (2005). O PREMAC, tinha como objetivo inicial reduzir 15% das estruturas de dirigentes e relativamente ao investimento, só será executado o indispensável após aprovação do Ministro da Saúde.

No âmbito dos **cuidados de saúde primários**, assistiu-se à extinção de ACES e criação de novos com maior dimensão; retira-se (em 2012) o limite máximo de residentes na área de influência dos ACES (anteriormente tinha um limite máximo de 200.000); as prescrições médicas nos ACES passaram a sofrer controlo; obrigatoriedade da prescrição eletrónica; a prescrição dos medicamentos mais caros é objeto de análise; reforçaram-se as USF; estabelece-se o número máximo de USF. No quadro da reestruturação **hospitalar** assistiu-se à extinção de centros hospitalares; ao aumento da criação de ULS; as prescrições médicas nos hospitais passaram a sofrer controlo; a prescrição de MCDT prescritos nos hospitais passam a ter obrigatoriedade de se realizar dentro da unidade de saúde em causa e somente em caso devidamente justificado poderão ser efetuados fora; a finalizar o ano de 2013, por determinação do MS, os hospitais que na década de 70, com a implementação da democracia, passaram para o domínio do Estado, devolveram-se às Misericórdias que os geriam. No âmbito da **RNCCI**, conseqüente do quadro político e económico, os preços a praticar pelos serviços foram revistos e atualizados; determinou-se a criação, nos hospitais, de uma equipa de gestão de altas e uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, de forma a agilizar a continuidade dos cuidados de saúde a quando da alta hospitalar e reencaminhamento para uma unidade da Rede; iniciaram-se as experiências piloto de cuidados continuados integrados de saúde mental (ainda em 2011); é criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (2012); a partir de 2013 o Instituto da Segurança Social, I.P. e a ARS, I. P. assumiram os compromissos no âmbito dos contratos programa já celebrados com as entidades integradas ou a integrar na rede (por via da importância que o MS atribui a estes contratos com parceiros locais); no âmbito do Plano Modelar, em 2013, foi determinado que as instalações construídas poderão ser afetadas a estruturas para o alojamento e residência de pessoas idosas. No plano que designamos por **privado e das IPSS**, é reforçada a disponibilização de financiamento a pessoas coletivas sem fins lucrativos, que desenvolvam projetos que sejam complementares e alinhados com os objetivos e metas a atingir. Relativamente à **emergência, vigilância e resposta**, o INEM foi reestruturado em 2012; criou-se o CODU de forma a coordenar a atividade SIEM. Para o **transporte não urgente de doentes**, em 2011, determinou-se que a isenção recaía somente sobre os utentes com situação clínica que o justifique e sobre utentes com comprovada

situação de insuficiência económica; o transporte objetiva a concretização de procedimentos de saúde no âmbito do SNS; as reduções nas isenções reforçaram-se em 2012 e acrescentou-se um teto máximo a pagar pelo SNS. Em relação às **tabelas de preços** das instituições e serviços integrados no SNS que até ao momento foram sofrendo atualização, em 2012 sofreram alteração do seu regulamento; acrescentou-se a consulta de enfermagem e de outros profissionais de saúde não médicos (que até ao momento não eram tabelados nem cobrados); em 2013 os preços praticados pelo SNS diminuem, ou são mantidos dependendo do procedimento em análise, minimizando o impacto negativo das medidas de austeridade para a população. As taxas moderadoras sofreram novo regulamento, em 2011; determina-se as isenções somente para situações clínicas de grande risco ou situações de insuficiência económica; mantiveram o limite do valor a pagar pelo utente, a 1/3 dos preços estipulados pelo SNS; diferenciaram positivamente os cuidados de saúde primários; criaram-se medidas para assegurar o pagamento das taxas moderadoras, pelos utentes; a revisão das tabelas das taxas moderadoras veio a demonstrar aumentos dos custos, para os utentes. No que concerne com os **recursos humanos** e de forma a reduzir o número de trabalhadores do SNS, ficam os serviços obrigados a reportar informação com o objetivo de determinação do plano de redução dos trabalhadores; surge a obrigatoriedade de reduzir o número de trabalhadores das empresas e entidades públicas em 3% relativamente ao ano transato, com exceção dos hospitais EPE, em todos os OE do período; redefiniu-se os recursos humanos a afetar a cada ACES; em 2011 as horas de trabalho foram aumentadas; as remunerações, que anteriormente estiveram congeladas, diminuíram e esta situação mantém-se nos seguintes OE; os impostos aumentaram; o trabalho extraordinário sofreu redução de 10% nos seus custos, comparativamente com o ano transato; a contratação de funcionários ficou suspensa permitindo-se só em casos de extrema necessidade e mediante aprovação do Ministro da Saúde; em 2012 a contenção de despesa mantém-se, designadamente quando a prática dos atos e/ou a aquisição das habilitações ou de formação implicar alteração da remuneração; redução da despesa com trabalho extraordinário; o plano de redução dos trabalhadores foi agravado sucessivamente com os consecutivos OE; suspenderam-se os subsídios de Natal e férias; no OE 2013 passou-se a pagar-se o subsídio de Natal em duodécimos e o subsídio de férias escalonou-se o seu pagamento para os trabalhadores que recebem menos de 1100 euros sendo que quem recebe ordenado a cima deste valor não recebe tal subsídio; durante todo o período anulam-se as progressões na carreira. Relativamente à **orgânica dos serviços** expôs-se a necessidade de redução dos gastos operacionais; os estabelecimentos do SNS vêm as aquisições de dispositivos médicos limitadas; as atribuições dos organismos do MS

são reforçadas, nomeadamente as da ARS, da DGS, da Inspeção das Atividades em Saúde, da Secretaria-Geral, da ACSS, I. P., do INFARMED; extinguem-se organismos.

A descrição sumariada demonstra que neste período pós assinatura do MoU, a consequente tomada de decisão política, e os resultantes OE, e a reestruturação efetuada, orienta-se pela lógica da redução e restrição aos vários níveis, sendo esta lógica agravada consecutivamente. Em resultado destes programas e das suas obrigações as medidas de redução de custos e de fiscalização incrementaram-se, desde logo, pela utilização generalizada e obrigatória de *software* informático nos serviços de saúde do SNS, bem como, de faturação e de prescrição eletrónica, de forma a aumentar a eficiência, controlo, reduzir custos de operação, de minimizar a ocorrência de fraude e produzir informação de gestão permitindo o controlo rigoroso da despesa do SNS. A reestruturação e redução foram visíveis ao nível hospitalar e até mesmo ao nível dos cuidados de saúde primários, embora o discurso política versasse em sentido contrário. É factual e comprovado, pela produção legislativa, o aumento da abrangência em termos territoriais e numérico populacional que os CS, organizados em ACES, passaram a deter. A revisão das tabelas das taxas moderadoras, veio a demonstrar aumentos dos custos, para os utentes, inéditos na história da saúde em Portugal. No transporte não urgente de doentes, as reduções nas situações de isenção foram expressivas. Ao nível da emergência, vigilância e resposta, sobressai o capacitar das estruturas, no entanto, as medidas restritivas dos programas também recaíram sobre estas. No que respeita ao nível orgânico, a redução da despesa pública também foi visível, nomeadamente nos organismos e cargos dirigentes. Não obstante consideramos que a estrutura manteve-se pesada.

Em termos futuros, o PNS 2012-2016, propõe ações de caráter estratégico e estrutural, de forma a atingir um sistema de saúde com capacidade para obter ganhos em saúde, com prossecução de melhoramentos nos indicadores de saúde, intervenção precoce nos fatores de risco (prevenção e promoção) e proteção dos cidadãos relativamente aos custos da saúde.

O enfoque das políticas de saúde no envelhecimento populacional, especificamente **no aumento da população com 65 e mais anos**, iniciou-se em 1996 com a Estratégia de saúde para o virar do século, na qual estava incluído o capítulo *Envelhecer-Autonomia e bem-estar das pessoas idosas*. A produção legislativa posterior, não é reveladora de significância para esta faixa etária e, somente, com o PNS 2004-2010, é que surge um plano específico para os idosos e consequentemente medidas em conformidade. Destas, destaca-se a Resolução do Conselho de Ministros n°84/2005, que aprova os princípios orientadores da

estruturação dos cuidados de saúde para os idosos e cria a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, tendo como missão propor um modelo de cuidados continuados integrados. Revê-se, ainda, na produção respeitante à RNCCI e, posteriormente, à ligação desta rede com os lares ou estruturas residenciais para idosos. A declaração do ano de 2012 *Ano europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações* e o plano nacional decorrente, imprimiu a sua marca na política de saúde e na produção legislativa relativa aos lares ou estruturas residenciais de idosos observando-se em 2012 o estabelecimento das condições de organização, funcionamento e instalação, colmatando algumas falhas ainda existentes que comprometiam a qualidade de vida dos utentes. Assim como, resultou uma Resolução da Assembleia da República, baseada no aumento dos idosos a nível nacional e no seu isolamento, na qual se afigurava a pretensão de anular esta situação, fornecendo recomendações ao Governo em conformidade. Ainda para esta população, e de forma a minorar as consequências da crise económica para as famílias como seja a pobreza, criou-se o PES, que prevê medidas para os idosos no sentido de imprimir melhoramentos na qualidade de vida, nomeadamente na saúde, designadamente, em 2013, previu o aumento do apoio domiciliário. Não obstante, o OE de 2013 reforça a contenção nas reformas.

Pela sua importância para a saúde da população e no concretizar dos objetivos e metas do SNS, fazemos uma pequena reflexão sobre a evolução das **profissões de saúde** nos últimos anos, sendo que esta evolução retrata os melhoramentos na saúde em Portugal de forma exemplar. Até à década de 80, somente existia a carreira médica nos serviços de saúde e estes eram os únicos profissionais com formação de nível superior e com possibilidade, a nível nacional, de manter formação contínua qualificada, reconhecida e valorizada. A maioria dos outros profissionais, com exceção, eventualmente, dos psicólogos e farmacêuticos, para atingir o mesmo patamar de qualidade de formação viam-se obrigados a adquiri-la no estrangeiro, sem que a nível interno a formação lhes fosse reconhecida. Na década de 80, surge a carreira de enfermagem e na década de 90 a carreira dos TDT, bem como se regulamentaram, distinguindo-as e valorizando-as. Em termos de formação, a década de 90 representa o virar de página e a concretização dos anseios das classes profissionais, no que ao reconhecimento da sua formação dizia respeito. Por questões pouco claras, estas profissões mantiveram-se sempre à margem do sistema educativo nacional, sendo das poucas áreas em que a resistência em acompanhar a evolução europeia e mundial era, marcadamente, existente, embora os corpos docentes das escolas envidassem todos os esforços para fornecer formação aos alunos a par com o contexto internacional, dotando-os

de conhecimento de vanguarda e formando profissionais de qualidade. Embora existisse, em Portugal, alguma disparidade entre escolas, na formação que conferiam, dependente da classe profissional que detinha a coordenação dos cursos, sendo que as escolas coordenadas por pares profissionais conferiam formação mais integrada no contexto internacional e mais atualizada. Sumariamente, é na década de 90 que os cursos são integrados no sistema educativo nacional sob a tutela do Ministério da Educação, passando a conferir o grau de Bacharel e Licenciado, permitindo a progressão nos estudos para Mestrado e Doutoramento, incrementando melhoramentos nos profissionais, nas profissões e conseqüentemente na intervenção e na saúde dos utentes. A partir, essencialmente, da década de 2000, as escolas que formavam profissionais de saúde não médicos proliferaram, apetrechando o país de recursos humanos qualificados para prestarem cuidados de saúde de qualidade à população. Em relação à formação de médicos salientamos, que em 1982 surge a carreira médica de clinica geral muito por via das crescentes necessidades dos CS e criaram-se os institutos de clinica geral, que lhes davam formação de excelência. No entanto, uma falha claramente visível, continua a existir, embora seja um assunto polémico, designadamente para a classe médica: o número de faculdades, de vagas e conseqüentemente de profissionais formados por ano, continua a ser reduzido, sendo necessário recrutar médicos estrangeiros para preencher as lacunas. Atualmente, a formação de todos os profissionais de saúde é reconhecida internacionalmente, como sendo de excelência e detemos um corpo de profissionais com reconhecido mérito, a nível nacional e internacional, ao nível da intervenção e investigação. Sendo que, não podemos deixar de referir, o reconhecimento interno é maioritariamente feito pelos utentes e pelos pares e menos pelos decisores políticos e organizacionais, de acordo com o retardar da produção legislativa.

Em jeito conclusivo, referimos que na atualidade, a generalidade da tomada de decisão é demonstrativa da preponderância da economia e das finanças na produção de políticas públicas, inclusivamente impelindo o Estado a dar primazia ao setor privado e às instituições sociais, retratado no facto dos hospitais públicos, que com a implementação do regime democrático passaram para o domínio do Estado, serem devolvidos às Misericórdias. Esta medida, embora, eventualmente, não pretendendo ser, pode ser interpretada como emblemática da ideologia política atual e pode ser objeto produtor do vislumbrar de minoração do Estado Social.

Transparece ainda a centralização da política de saúde, refletida no texto legislativo, em que inúmeras vezes se pode ler que a implementação das medidas estão “(...) *sujeita à apresentação prévia ao Ministro da Saúde de informação detalhada e casuística que,*

fundamentadamente, demonstre a imprescindibilidade (...)”. A época notável da saúde em Portugal, acontece com a tomada de posse da saúde pelo Estado, com disseminação dos serviços de saúde pelo território, valorização em crescendo dos profissionais de saúde e da formação, investigação e inovação. A fase atual é marcada pelo uso das palavras e expressões chave: *Crise, Reestruturação, Sustentabilidade do SNS e Reduções*. Bem como, consiste na fase do desinvestimento do Estado na saúde e da insatisfação da sociedade civil, por carências substanciais na prestação de cuidados de saúde, quer por necessidade económica da população, quer por insuficiências do SNS (que foi um dos marcos da democratização e da implementação do Estado Social a nível nacional), não desvalorizando a crescente insatisfação dos profissionais de saúde com o trajeto que a política de saúde está a traçar.

Terminamos citando o Relatório de Primavera 2014 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde⁷⁹⁴: *“(...) Verifica-se hoje em Portugal um conjunto de ações e medidas de política que evidenciam uma interrupção, se não um retrocesso, no processo de descentralização do sistema de saúde público. Tal opção, ainda que não programaticamente expressa pelo atual governo, poderá representar um elevado fator de risco no desempenho futuro e na sustentabilidade do SNS (...)”*

Expostas as políticas de saúde, passamos ao capítulo que retrata a evolução e o cenário atual dos idosos e da sua saúde, em Portugal, dos serviços e recursos humanos da saúde, que consideramos serem os que mais influência têm na saúde deste grupo funcional e por materializarem a tomada de decisão política anteriormente descrita, de forma a responder às questões orientadoras. Caracterizamos ainda a população idosa nacional, de 1991 a 2011, e o determinante da saúde que a nível internacional emergiu como decisivo no que respeita à saúde e qualidade de vida dos idosos - o nível de instrução. Contextualmente faremos referência ao cenário prospetivo.

II.2. Os idosos e a saúde. Práticas no Portugal contemporâneo

Importa refletir sobre o processo de envelhecimento em Portugal, fenómeno decorrente de uma série de acontecimentos a nível social, económico e político e que, por sua vez, está enquadrado num âmbito mais abrangente, a nível global, e especificamente nos países desenvolvidos, nos quais Portugal se inclui. Podemos afirmar, que o processo teve como origem os processos de transição demográfica, epidemiológica e sanitária. Falámos,

⁷⁹⁴ Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014

anteriormente, destes três processos de uma forma mais conceptual e global e neste momento analisamos o caso português.

II.2.1. Transição demográfica, epidemiológica e sanitária. Determinantes do envelhecimento demográfico em Portugal

Anteriormente, definimos os conceitos e percebemos que a transição demográfica se relaciona de perto com a epidemiológica e a sanitária e delas decorre, sendo o culminar destes processos, o estabelecimento do processo de envelhecimento nas sociedades. O envelhecimento demográfico, relaciona-se com o comportamento de dois indicadores demográficos, a mortalidade e a fecundidade, ou seja, com a diminuição dos valores de ambos. Assim, importa perceber as alterações no modelo de mortalidade em Portugal, o qual se relaciona intimamente com as causas de morte (patologias predominantes, meios de tratamento existentes e comportamentos sociais observados) face à saúde e à higiene.

De forma a concretizar o pretendido optámos por fazer uma revisão bibliográfica e documental e utilizamos como fontes estatísticas o Eurostat, o INE e o PORDATA. Iniciamos a nossa descrição com o período mais longínquo que nos foi possível aceder pela bibliografia e documentos existentes (varia entre 1890 e 1930) e terminamos com o período mais tardio disponível nas bases de dados que varia entre 2011 e 2012. De referir, que embora o nosso período de análise preferencial se inicie em 1974, a consciência dos acontecimentos anteriores auxilia na compreensão dos acontecimentos e do percurso.

Até ao início do século XX, a dinâmica demográfica portuguesa era moderada relacionado com o nível elevado de mortalidade e fecundidade. A população era constituída por muitas crianças e jovens e muito poucos idosos. Periodicamente, registava-se aumento da mortalidade, devido a situações de crise (como epidemias ou guerras), próprio do ciclo de vida curto e incerto das sociedades anteriores à transição demográfica. Este cenário manteve-se e, somente, na segunda metade do século XIX foram observáveis melhorias no cenário demográfico, principalmente a partir da década de 60, uma vez que, com a *manufaturização/industrialização*, a estabilidade política e as melhorias das condições económicas, se iniciou o processo de redução dos níveis de mortalidade⁷⁹⁵. Os últimos dez anos do século XIX foram os mais generosos, existindo um ligeiro aumento da E0 e entrando-se, de forma lenta, na primeira fase da transição demográfica. Viviam-se o início do processo de industrialização e as migrações internas eram significativas, induzindo a alterações sociais e comportamentais. A E0 aumentou durante a segunda metade do século

⁷⁹⁵FERNANDES et al, 2004

XIX, em virtude da investigação médica, da generalização da profilaxia existente e da expansão de novos princípios públicos, e individuais, de higiene. Os mais beneficiados foram as crianças e os mais velhos.⁷⁹⁶ Em 1900, a E0 dos homens era de 36,2 e a das mulheres era 39,8 anos, a TBM era de 20,5‰ e a TMI era superior a 200‰ (Tabela 8).

Tabela 8. Portugal: Principais Indicadores dos Níveis de Mortalidade (1890/2005)

Anos	TBM (‰)	TMI (‰)	E0H (anos)	E0M (anos)
1890	25.5	> 200	35.4	38.2
1900	20.5	> 200	36.2	39.8
1920	23.7	161.0	35.8	40.0
1930	17.1	143.6	44.8	49.2
1940	15.9	126.1	48.6	52.8
1950	12.2	98.0	55.5	60.5
1960	11.0	83.5	60.7	66.8
1970	10.9	51.3	64.2	70.8
1981	9.7	24.3	69.1	76.7
1991	10.6	10.8	70.4	77.4
1995	10.8	6.9	71.6	78.6
2001	10.2	5.0	73.5	80.3
2002	10.2	4.9	73.7	80.6
2005	10.2	3.5	74.9	81.4

Legenda: TBM: Taxa Bruta de Mortalidade; TMI: Taxa de Mortalidade Infantil; E0: Esperança Média de Vida à Nascimento
Elaboração própria. Fonte: RODRIGUES, et all, 2004; *Estatísticas Demográficas*, 2005-2007. In MOREIRA & RODRIGUES, 2005

As diferenças regionais eram significativas e elevadas⁷⁹⁷, em comparação com outros países. Conforme se pode verificar na Tabela 8, os indicadores tiveram uma melhoria contínua⁷⁹⁸. Até ao final da Segunda Guerra Mundial a TMI, comportou oscilações periódicas devido aos efeitos de algumas doenças infecciosas que se mantinham em Portugal, por períodos mais longos, em comparação com o resto da Europa. Na segunda metade do século XIX, somente metade das gerações sobreviviam até aos 7 anos, entre os 7 e os 15 anos a probabilidade de morte diminuía, sendo as causas de morte infantil, maioritariamente, as diarreias e enterites. Depois dos 15 anos, a mortalidade aumentava com o auge entre os 20 anos e os 40 anos, devido em especial à tuberculose, aos conflitos militares e, no caso das mulheres, à gravidez e ao parto. A partir dos 40 anos, a probabilidade de morte aumentava para os homens e diminui para as mulheres e a partir dos 60 anos, a probabilidade de morte igualava para ambos os sexos. No início do século XX, as TM eram moderadas e estáveis, apesar de algumas oscilações conjunturais. O declínio das mesmas taxas, continuou a ocorrer de forma lenta e a determinada altura acelerou, a E0 aumentou e o ISF manteve-se alto resultando um aumento populacional significativo.⁷⁹⁹

⁷⁹⁶ MOREIRA & RODRIGUES, 2005; RODRIGUES, 1991; FERNANDES et all, 2004

⁷⁹⁷ Por volta de 1900 a ilha dos Açores apresentava uma TMI que se aproximava dos 240‰, sendo a região com indicador mais elevado, seguido pelo Porto e Lisboa.

⁷⁹⁸ No entanto, podemos dizer que existiram momentos menos positivos que foram normalizados. A título de exemplo, referimos que o cenário moderadamente promissor, com a gripe pneumónica, em 1917, sofreu uma regressão, no entanto com o ultrapassar desta fase a situação de melhoria contínua retomou-se.

⁷⁹⁹ MOREIRA & RODRIGUES, 2005; FERNANDES, et all, 2004; RODRIGUES, 2008

A E0 em 1920 era de 35,8 para os homens e 40 anos para as mulheres, sendo que em 1890 era de 35,4 e de 38,2 anos, respetivamente, demonstrando estabilidade. Mas, quando analisamos o mesmo indicador em 1950, deparamo-nos com 55,5 anos para os homens e 60,5 para as mulheres, demonstrando o resultado da melhoria das condições de vida e saúde. Destacam-se, as diferenças nas idades relativas à E0 para homens e mulheres e constata-se que ao longo dos tempos e, de acordo com os dados apresentados, desde 1890 a 2005, as mulheres sempre apresentaram valores superiores à dos homens e, à medida que as idades aumentam, aumenta o fosso entre ambos os sexos. Se fizermos a mesma avaliação para a TBM, deparamo-nos com a evolução inversa (à medida que a E0 aumenta as TM baixam). Assim, temos que a TBM em 1890 era de 25,5‰ e a TMI era maior do que 200‰, em 1920 era 23,7‰ e 161‰ respetivamente, em 1950 era 12,2‰ para 98‰, a partir de 1970 e até 2005 a TBM rondou os 10‰, com uma ligeira diminuição, e a TMI foi sempre decrescendo, sendo que em 1970 era 51,3‰, em 1991 era 10,8‰ e em 2005 passou para 3,5‰, demonstrando a evolução das ciências da saúde e os consequente resultados na manutenção da vida. O aumento da E0 e a diminuição das TM, estão relacionadas com as melhorias socioeconómicas e de saúde, especialmente a batalha ganha contra as doenças infecciosas⁸⁰⁰. No período entre 2005 e 2012, considerando 2005 como o marco da conclusão da transição demográfica⁸⁰¹ (Tabelas 9 e 10), verifica-se estabilização dos indicadores de mortalidade e aumenta a E0, tal como a nível comunitário (em termos médios) (Tabelas 11 e 12).

**Tabela 9: Portugal:
Indicadores de Mortalidade (2006/2012)**

ANOS	TBM (‰)	TMI (‰)
2006	9,7	3,3
2007	9,8	3,4
2008	9,9	3,3
2009	9,9	3,6
2010	10	2,5
2011	9,7	3,1
2012	10,2	3,4

**Tabela 10: Portugal:
Esperança Média de Vida
Homens/Mulheres (2006/2012)**

ANOS	E0H (anos)	E0M (anos)
2006-2008	75,49	81,81
2008-2010	76,17	82,19
2010-2012	76,67	82,59

Elaboração própria. Fonte das Tabelas 9 e 10: INE, 2013, *Base de dados*.

**Tabela 11:
Esperança média de vida á nascença
União Europeia (em anos). 2003-2012**

Anos	2003	2004	2005	2006	2007
UE_27	77,2	77,8	77,9	78,3	78,5
Anos	2008	2009	2010	2011	2012
UE_27	78,7	79	79,3	79,6	79,6

**Tabela 12:
Taxa Mortalidade Infantil
União Europeia (‰). 2003-2011**

Anos	2003	2004	2005	2006	2007
UE_27	5,3	5,1	4,9	4,6	4,5
Anos	2008	2009	2010	2011	
UE_27	4,3	4,2	4	3,9	

Elaboração própria. Fonte das Tabelas 11 e 12: Eurostat, 2013 e Eurostat, 2014, *Esperança média de vida á nascença*

⁸⁰⁰MOREIRA & RODRIGUES, 2005; FERNANDES et all, 2004

⁸⁰¹ Idem

Esta mudança, relaciona-se com alterações políticas, económicas, sociais, tecnológicas e de investigação na saúde, promotoras de alterações nos padrões de mortalidade e epidemiológicos. Até às últimas três décadas do século XX, idade e género foram determinantes de morte, observando-se, também, no século XV e meados do XIX.

O modelo atual de mortalidade, compreende TM mais baixas e beneficia os grupos dos mais idosos, por via dos benefícios conquistados durante o século XX, que favoreceram a população portuguesa de todas as idades e criaram condições que proporcionaram o aumento da E0. Não obstante, somente desde 1980, com os melhoramentos a nível socioeconómico, os níveis de mortalidade aproximaram-se dos valores da restante Europa e em 2005 a TMI atingiu o valor mais baixo de sempre (3,5‰ - Tabela 8), abaixo dos valores da UE (Tabela 12), bem como aumentou o número de indivíduos com 75 e mais anos.⁸⁰²

Durante o século XIX, o enfrentar da mortalidade desenvolveu-se em dois tempos. Inicialmente, baseou-se na prevenção, travando a difusão de patologias epidémicas, essencialmente recorrendo aos cordões sanitários⁸⁰³. Posteriormente, relacionou-se com a ação dos higienistas⁸⁰⁴ e das campanhas de vacinação⁸⁰⁵, sendo que, até 1900 as ciências da saúde defrontavam-se com problemas respeitantes ao diagnóstico, cuidados médicos e controlo das principais causas de morte.

Sintetizando, e aproximando do objeto em estudo, até ao final do século XIX a saúde foi assumindo importância, a par com o desenvolvimento económico, e as condições de higiene também foram melhorando, desencadeando um aumento da E0 e diminuição da TM. Inicia-se nesse momento, e de forma lenta, o processo de transição demográfica.

Sumariando a situação até ao século XX, temos quatro momentos distintos e interligados:

(1) Séculos XVI a XVII, a doença e a morte eram presenças contínuas, com maior incidência nas aldeias e nas zonas com maior densidade populacional (bairros urbanos pobres), uma vez que a inevitabilidade da doença e da morte aumentava à medida que se descia na escala social. As doenças mais temidas pela população eram as infecciosas (pestes), bem como as gastroenterológicas e respiratórias e, como patologias mortais, podíamos encontrar a lepra, peste, gripe, febre tifoide e outros tipos de febres, difteria, tifo, disenteria e varíola. A doença era determinada por fatores ambientais, de higiene e alimentação,

⁸⁰² MOREIRA & RODRIGUES, 2005

⁸⁰³ Cordão sanitário “*Medida que consiste no isolamento por tropas ou forças de policia de povoações ou regiões onde existem epidemias, impedindo a saída de indivíduos ou objetos que possam transmitir a doença*” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume VII)

⁸⁰⁴ Higienista: “*Diz-se do que se ocupa especialmente da higiene: médico higienista*” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XIII)

⁸⁰⁵ FERNANDES ET ALL, 2004

escassez ou insalubridade da água, insuficiência sanitária e, nas áreas rurais com a proximidade com pantanais e coabitação com animais. Surge, nesta época, a sífilis com as viagens de descobrimento que se expande de forma célere, bem como surge a malária nas áreas com pântanos. TM 30 a 40‰ e a E0 25 a 38 anos;

(2) Século XVIII, a doença e a morte mantinham-se em níveis elevados, bem como se mantinha a diferença entre zonas rurais e urbana e entre classes económicas. A tipologia das doenças mantém-se, sendo que a fome, a peste, a guerra e acidentes naturais (Terramoto de 1755), regulam os padrões de saúde da população deste século. As patologias da época eram o tifo, gripe, febres, febre tifoide, cólera e febre-amarela. A TM era de 32‰ e a TMI era 250‰, com grandes diferencialidades regionais podendo atingir os 416‰. A E0 encontrava-se entre os 30 e os 40 anos;

(3) Século XIX, as causas de doença relacionavam-se com maus hábitos alimentares, com as deficientes estruturas de higiene públicas e privadas, a falta de assistência médica e a resposta insuficiente do corpo clínico, com imprecisos métodos terapêuticos. A violência, os costumes da época e a resistência à irradicação de algumas práticas ancestrais, figuravam como prejudiciais. As desigualdades regionais, ao longo do século, foram diminuindo no entanto, não foram eliminadas. As causas de morte para as crianças eram o sarampo, escarlatina, tosse convulsa e varíola (que podiam gerar epidemias), anginas, escrófula⁸⁰⁶ e hidropisias⁸⁰⁷ cerebrais. Para os adultos, eram a febre tifoide, dores de peito, inflamações agudas nos diferentes órgãos e, nas mulheres, complicações pré e pós parto. No grupo dos adultos menos jovens, observava-se a hidropisia, apoplexia (acidente vascular cerebral), cancro e inflamações várias. No princípio e fim do ciclo de vida, as principais causas de morte relacionavam-se com doenças do aparelho respiratório e nervoso, estando as do foro respiratório em ascensão com a tuberculose. Nos operários fabris, as causas de morte eram a tuberculose, acidentes de trabalho e crises epidémicas, pelas más condições de vida, de trabalho e deficiente estrutura higiénica, indutoras do aparecimento da tuberculose, como maior causa de morte em zonas com grande densidade populacional.^{808 809}

⁸⁰⁶ Escrófula: “Nome com que vulgarmente se designam as tumefacções dos gânglios do pescoço, de natureza tuberculosa, sintoma muito frequente da escrofulose”. Sendo escrofulose: “Fórmula especial de tuberculose infantil (...) que se acompanha sempre duma alergia (...) provoca uma marcada hipersensibilidade da pele e das mucosas para os agentes irritantes específicos (...) as más condições higiénicas também favorecem o desenvolvimento (...) observa-se principalmente em crianças dos 2 aos 5 anos, não se encontrando nos lactentes (...) podem-se encontrar (...) focos primários nos pulmões (...)” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume X)

⁸⁰⁷ Hidropisia: “(...) Nome dado a todo o derrame seroso numa cavidade natural ou patológica ou na intimidade dos tecidos (...)” (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XIII)

⁸⁰⁸ No Porto entre 1900 e 1991, 17% das mortes foram atribuídas à tuberculose e este quadro manteve-se até ao fim da Segunda Guerra Mundial

⁸⁰⁹ MAIA, 1995; FERNANDES et al, 2004

(4) No decorrer do século XX, as causas de doença e morte foram se alterando, sendo que as grandes alterações que ocorreram no modelo de mortalidade, estão relacionadas com fatores exógenos, tais como o ecossistema onde o ser humano vive, relacionado com a habitação, nível de desenvolvimento, atividade profissional, educação, nutrição e estilo de vida. O ciclo de vida, no período inicial do século, e ainda advindo do século anterior, era concreto, existiam tempos de morte relativamente delimitados. No meio rural, existiam dois momentos críticos: o primeiro, no inverno quando a comida era menos abundante e o frio aumentava, levando às broncopneumonias, essencialmente nos idosos e mal nutridos; o segundo, no verão, atingia essencialmente os muito jovens e crianças, por falta de supervisão dos pais, devido à época de trabalho intenso, induzindo à má nutrição, potenciando o aparecimento de febres idiopáticas, doenças contagiosas e tifo. A época do ano, aparentemente, mais benigna seria a que medeia maio e junho. No meio urbano, torna-se difícil delimitar os períodos de morte, porque o ser humano estava exposto a inúmeros fatores. À medida que nos aproximamos do final do século XX, estas flutuações esbateram-se, mas a delimitação ainda se podia comprovar no meio rural. Ressalvamos, que ainda atualmente existem algumas oscilações relacionadas com as condições climáticas e patologias relacionadas, sendo exemplo as patologias respiratórias e gripes, nas épocas frias, e as patologias cárdio-circulatórias nas épocas quentes, com maior incidência nos idosos. Atualmente, independentemente do local de residência (rural/urbano) e do género, a maior parte das mortes ocorrem entre dezembro e março⁸¹⁰.

No início do século XX, a doença e a morte estavam intimamente relacionadas até que os avanços na saúde e a generalização dos cuidados de higiene se implementaram. A perspectiva da morte, numa escala *epidémica*, aumentava em locais com maior densidade populacional, implicando que nas cidades o número de mortes fosse maior. Mas, não era por ser uma cidade, mas sim, porque eram as cidades os locais de destino de eleição dos estrangeiros e imigrantes e era para as cidades que iam os doentes (era nelas que existiam as instituições que ofereciam tratamentos). Para além de que as mortes nas cidades, ganhavam um valor relativo maior, porque era nas cidades que viviam as figuras com maior projeção social e era das mortes na cidade que a comunicação social mais informava, daí a noção de que é nas cidades que as pessoas mais morriam. Não obstante, mesmo entre áreas urbanas existiam grandes disparidades, bem como no interior das cidades. Se por um lado, eram o destino de eleição dos estrangeiros, imigrantes e doentes, por outro lado era nas cidades que a população com mais capacidades económicas e logo com melhores condições de saúde,

⁸¹⁰Idem

higiene e nutrição viviam, resultando daqui ambientes diferentes dentro de um mesmo ecossistema. À medida que as cidades foram crescendo, a relação entre imigração, pobreza e mortalidade tornou-se mais forte, assim como, as doenças epidémicas atingiam preferencialmente os bairros pobres com maiores níveis de promiscuidade, menos cuidados e menos abundância alimentar, falta de água potável e saneamento. Nas zonas rurais, estas diferenças eram menos perceptíveis e as alterações nas condições climatéricas e deficiente alimentação, assumiam um papel mais evidente.⁸¹¹ Durante o início do século XX, este tipo de discrepâncias ainda explicava as diferenças regionais e as desigualdades no acesso a cuidados de saúde preventivos e curativos, embora orientando-se para a homogeneidade⁸¹².

A batalha contra a morte, inicialmente foi vencida através de medidas preventivas assumidas progressivamente, as epidemias foram controladas utilizando barreiras contra a disseminação difundidas pelo poder governamental⁸¹³. A estas medidas, acrescenta-se a vacinação levada a cabo, após as descobertas de Jenner e Pasteur, e a implementação de medidas de higiene, conforme referido anteriormente. Estes procedimentos iniciaram-se no século XIX, mas relativamente às vacinas, os resultados só se vislumbraram no século XX. Não obstante, a situação das epidemias não estava controlada no início do século XX, porque, embora se conhecessem alguns dos agentes patogénicos e as formas de os controlar, existia sempre uma *décalage* cronológica entre a identificação e o controlo ou erradicação, pois a descoberta da vacina para a tuberculose data de 1921⁸¹⁴, o uso da sulfamida iniciou-se em 1935 e a produção da penicilina, descoberta em 1928, só se iniciou em em 1941/1942.

Durante o século XX, os melhoramentos na saúde e conseqüentemente refletidos nos indicadores, foram imensos, conseguindo que as diferenças entre regiões, anteriormente referidas, se fossem esbatendo. Os avanços na investigação e no saber científicos, foram incalculáveis permitindo a mudança de paradigma. Passamos de uma fase em que a prevenção era praticamente o único meio de debelar a doença, para outra em que a profilaxia avança e se afirma de uma forma definitiva e com meios extremamente eficazes. Em termos de proteção à saúde, a população passou a ter os serviços e os recursos humanos e em termos de padrões de higiene e sanitários as transformações no sentido positivo foram conquistadas, bem como, em termos nutricionais e de qualidade de vida. Não podemos ocultar, o facto de que estas transformações se prendem com as alterações a nível político, económico e social, promovidas pela implementação do regime democrático (1974), a

⁸¹¹CRESPO, 1990 in MOREIRA & RODRIGUES, 2005

⁸¹²in MOREIRA & RODRIGUES, 2005

⁸¹³RODRIGUES & SANTOS

⁸¹⁴Por Albert Calmette e Camille Guérin

implementação do SNS (1979) com a pretensão de promover a saúde para todos, a entrada de Portugal na CEE (1986) e o processo de globalização. Os quais conseguiram que os indicadores diretamente relacionados com a saúde, como a TBM, a TMI e a E0, tenham atingido valores tão positivos, conforme as Tabelas 8, 9 e 10. Estes melhoramentos, tornam-se mais visíveis a partir da década de 70, do século XX, com TM estáveis e baixas, E0 a rondar os 70 anos e a aumentar até cerca dos 77 anos em 2005. Na totalidade do período (1930-2005), Portugal passou por um processo de transição epidemiológica e sanitária. Reduziu a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias e aumentaram as patologias crónicas e degenerativas, tais como tumores e patologias relacionadas com o sistema circulatório, sendo os acidentes vasculares que ocupam lugar de destaque.

Não obstante, este processo iniciou-se anteriormente com os aperfeiçoamentos dos cuidados de higiene, de saúde e nutrição, que levou à diminuição das TM, especialmente da infantil e dos mais idosos, e ao aumento da E0, sendo que as causas de morte deixaram de estar relacionadas com fatores exógenos (como doenças infecciosas e parasitárias), indicadores relacionados com falta de informação sobre práticas de higiene e de atitudes preventivas, para serem maioritariamente devidas a fatores endógenos e consequentemente mais difíceis de controlar. Neste processo as campanhas de vacinação e de promoção da saúde e o uso de antibióticos foram uma aposta afortunada e adquirida. Embora o quadro apresentado, seja de alguma forma animador, estas conquistas não se efetuaram no território nacional de forma homogénea, sendo que em algumas regiões mais interiorizadas este processo foi mais lento e menos enérgico⁸¹⁵. Relativamente às principais causas de morte e às patologias predominantes ao longo do século XX a partir de 1930, foram existindo alterações graduais mas muito significativas, conforme se pode observar na Tabela 13.

Tabela 13: Principais causas de morte. Portugal 1930-2011

Patologias	Porcentagem por Ano									
	1930	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2011
Doenças infecciosas e parasitárias	23,6	18,8	-	2,58	1,5	0,4	1,0	1,0	1,7	1,5
Doenças do aparelho circulatório	15,5	21,9	29,5	38,76	42,8	44,15	38,74	34,05	31,90	38,80
Doenças do aparelho digestivo	14,2	9,2	3,9	7,45	4,9	4,47	3,91	4,30	4,40	4,43
Doenças do aparelho respiratório	9,4	15,9	10,7	12,03	5,7	7,24	9,71	10,48	11,13	11,60
Tumores malignos	2,7	4,9	9,3	11,75	15	17,63	20,28	21,07	23,60	24,90
Doenças do aparelho génito-urinário	-	-	-	1,95	-	1,22	1,49	2,65	3,09	2,73
Tuberculose	-	-	-	-	0,7	0,27	0,25	0,27	0,20	0,20
Doença pelo vírus HIV	-	-	-	-	-	0,15	0,90	0,81	0,61	0,55
Diabetes	-	-	-	0,9	1,5	2,6	3,0	4,3	4,48	4,41

Elaboração própria. Fonte dos dados: RODRIGUES, 2008; INE, 2013, *Óbitos (N.º) por Sexo e Causa de morte; Anual*; PORDATA, 2013, *Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal*.

⁸¹⁵FERNANDES ET ALL, 2004

Assim as doenças infecciosas progressivamente foram perdendo relevância e a partir da década de 90 passam para os últimos lugares da tabela, sendo substituídas pelas doenças da civilização, as doenças do aparelho circulatório, que embora desde 1930 tenham mantido relevância, essa aumentou e assumiu a liderança. Os Tumores malignos, que inicialmente tinham pouca relevância, passam a assumir, na atualidade o segundo lugar. Sobressai da análise a partir da década de 90 o aparecimento, entre as principais causas de morte, das doenças do aparelho genito-urinário, a tuberculose e o HIV. Este facto, leva-nos a perceber que entramos numa fase em que patologias, que já não figuravam como principais causas de morte há algum tempo, como a tuberculose, sendo que já deteve um lugar de destaque, retomam esse lugar, embora com reduzida mortalidade explicada pelo facto que ela ressurgiu numa época em que a intervenção em saúde e os meios já são bastante eficazes. Existe uma capacidade de promoção da saúde e prevenção muito superior ao que existia, designadamente porque estamos na era da informação, com meios de comunicação muito eficazes para este efeito, como a televisão, a rádio e a internet, potenciados pelo processo de globalização. Ao que se acrescenta, a era da investigação, nomeadamente em saúde, com novas descobertas a surgirem de forma contínua e o processo de globalização a promover a sua divulgação. Uma outra situação que se coloca, é o facto de ressurgirem as doenças do foro infecto-contagioso, uma vez que a tuberculose pode ser aí incluída, bem como, a nova doença que surge, o *Human Immunodeficiency Virus-HIV*, ou Vírus da Imunodeficiência Humana-VIH, que, embora tenha na década de 90 provocado muitas mortes, não assumiu valores alarmantes, exatamente pelas razões anteriores que se relacionam com o desenvolvimento do país. Chamamos ainda à atenção, para o facto de nestas principais causas de morte passar a figurar a Diabetes, eventualmente pelo aumento da E0, mas também da alteração de comportamentos e hábitos alimentares, relacionados com o aumento do sedentarismo e aumento do consumo de alimentos potenciadores desta patologia, bem como, o quase abandono da dieta tradicional mediterrânica. Sendo que estas razões, poderão também estar na base da afirmação das patologias do aparelho circulatório no primeiro lugar desta tabela. As doenças do aparelho respiratório, parecem ter tendência a voltar e a vincular-se nos primeiros lugares, parecendo-nos que os hábitos sociais poderão ter a sua cota de responsabilidade. Os acidentes de transporte, desde 2010, destacaram-se das causas externas e aqui, mais uma vez, poderá estar relacionado com os comportamentos sociais. Os valores da categoria *Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas* parecem-nos importantes, uma vez que de 1990 a 2005 sempre estiveram no 3º lugar da tabela e desde 2010 encontram-se no 5º lugar, ou seja, em lugares de destaque. Embora o facto de ter

diminuído a partir de 2010 seja positivo, demonstrando que, eventualmente, a nossa inquietação, relativa a ser uma categoria sem causa definida, eventualmente, indicativo de que não existiriam os meios para o diagnóstico, pela ausência dos mecanismos ou do conhecimento, já encontrou resposta, como é de esperar numa época em que existem meios técnicos e humanos de investigação capazes de encontrar soluções, embora, por vezes, sejam mais demoradas do que o desejado. Observando esta mudança da preponderância das patologias e fazendo o paralelo com o subcapítulo I.2.1, constatamos que Portugal se encontra na 4ª fase da transição epidemiológica, fase híbrida, constituída pela prevalência de doenças degenerativas e doenças infecciosas emergentes.

Conforme já referido, a transição demográfica prende-se também com a diminuição da TN e da fecundidade, sobre as quais nos passamos a referir, embora de forma sumária, uma vez que não se relaciona diretamente com o objeto de estudo, mas que, de forma indireta, influência a qualidade de vida dos idosos, quer por via da sustentabilidade dos serviços de assistência social, quer por via da diminuição do tamanho das estruturas familiares, implicando uma maior dificuldade no apoio aos idosos.⁸¹⁶ A taxa bruta de natalidade (TBN) em Portugal, bem como a fecundidade geral, sempre foram muito elevadas, até á segunda metade do século XX.⁸¹⁷ Estes valores mantiveram-se altos e no período 1929-32 a TBN era de 30‰, no entanto, a tendência foi decrescente, embora de forma ténue, e francamente visível em 1980, passando para 16,1‰, sendo que de 1980 para 1992, a descida, em apenas 12 anos, é ainda mais visível passando para 11,5‰ (Tabela 14).

Tabela 14: Taxa Bruta de Natalidade. Portugal, 1929-2012

Ano	TBN (‰)	Ano	TBN (‰)	Ano	TBN (‰)	Período/Ano	TBN (‰)
2012	8,5	2005	10,4	1998	11,2	1929-32	30
2011	9,2	2004	10,4	1997	11,2	1939-42	24,5
2010	9,6	2003	10,8	1996	11	1949-52	24,7
2009	9,4	2002	11	1995	10,7	1959-62	24,3
2008	9,9	2001	10,9	1994	10,9	1969-72	21,0
2007	9,7	2000	11,7	1993	11,4	1980	16,1
2006	10	1999	11,4	1992	11,5		

Elaboração própria. Fonte: INE, 2013, *Taxa bruta de natalidade (‰) por Local de residência; Anual & NAZARETH, 1985*

Relativamente ao ISF⁸¹⁸ (Tabela 15), constatamos que em 1960, o valor era de 3,2 e, 22 anos depois, em 1982, era de 2,08, não permitindo a substituição das gerações. Deste ano

⁸¹⁶ RODRIGUES, 2008

⁸¹⁷ SOUSA, 1979

⁸¹⁸ Índice Sintético de Fecundidade (ISF): “Número médio de crianças que terão nascido vivas por mulher em idade fértil sujeita às taxas de fecundidade por idades observadas num momento (ano) de referência (15-49 anos). O ISF é usado para indicar a fecundidade ao nível da substituição de gerações; em países mais desenvolvidos, o valor de 2,1 é considerado como sendo o nível de substituição de gerações”. (PORDATA, 2013, Glossário)

até 1991, 9 anos passados, baixa para 1,56, sublinhando o envelhecimento da população na base da pirâmide etária.

Tabela 15: Portugal. Índice sintético de fecundidade 1960-1991

Ano	ISF (N.º)						
1960	3,2	1980	2,25	1991	1,56	2002	1,47
1970	3	1981	2,13	1992	1,54	2003	1,44
1971	2,99	1982	2,08	1993	1,52	2004	1,41
1972	2,85	1983	1,96	1994	1,45	2005	1,42
1973	2,76	1984	1,91	1995	1,41	2006	1,38
1974	2,69	1985	1,73	1996	1,45	2007	1,35
1975	2,75	1986	1,67	1997	1,47	2008	1,40
1976	2,81	1987	1,63	1998	1,48	2009	1,35
1977	2,68	1988	1,62	1999	1,51	2010	1,39
1978	2,45	1989	1,58	2000	1,55	2011	1,35
1979	2,31	1990	1,57	2001	1,45	2012	1,28

Elaboração própria. Fonte: PORDATA, 2013, *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade*.

A tendência de descida mantém-se, sendo que em 1992 a renovação das gerações continuava comprometida, uma vez que o valor era de 1,54, bastante inferior ao mínimo desejável, e em 2012 o valor era 1,28, reforçando a constatação da não renovação das gerações e levando-nos a cogitar sobre todas as suas implicações nas esferas social, económica e política nacional. Estas alterações na natalidade e fecundidade, são o fruto de alterações ao nível comportamental (no que à nupcialidade, ao celibato, ao controlo da natalidade e ao desenvolvimento socioeconómico, dizem respeito, designadamente, às necessidades de consumo criadas pelo desenvolvimento e à afirmação do papel da mulher no mercado de trabalho), a nível social e político. Bem como, às alterações que se têm assistido ao nível da estrutura tradicional de família e aos fenómenos potenciadores de vagas de fluxos migratórios, quer emigração como imigração.⁸¹⁹

Atualmente Portugal detém um dos valores mais baixos de fecundidade da UE (Tabela 16) e mesmo do mundo⁸²⁰. As desigualdades internas do passado mantêm-se, mas têm-se esbatido à medida que os comportamentos e as alterações sociais, económicas e políticas se assumem de forma mais homogénea em território nacional.⁸²¹

⁸¹⁹ RODRIGUES, 2008

⁸²⁰ Population Reference Bureau, 2013, *2013 World population data sheet*.

⁸²¹ RODRIGUES, 2008

Tabela 16: Índice sintético de fecundidade na União Europeia. 1960-2012.

Estados Membros UE	1960	1980	1990	2000	2010	2012
Alemanha	X	X	X	1,38	1,39	1,38
Áustria	2,69	1,65	1,46	1,36	1,44	1,44
Bélgica	2,54	1,68	1,62	1,67	1,86	1,79
Bulgária	2,31	2,05	1,82	1,26	1,57	1,5
Chipre	X	X	2,41	1,64	1,44	1,39
Croácia	X	X	X	X	1,55	1,51
Dinamarca	2,57	1,55	1,67	1,77	1,87	1,73
Eslováquia	3,04	2,32	2,09	1,3	1,43	1,34
Eslovénia	X	X	1,46	1,26	1,57	1,58
Espanha	X	2,2	1,36	1,23	1,37	1,32
Estónia	1,98	2,02	2,05	1,37	1,7	1,55
Finlândia	2,72	1,63	1,78	1,73	1,87	1,8
França	2,73	1,95	1,78	1,89	2,03	X
Grécia	2,23	2,23	1,4	1,26	1,51	1,34
Hungria	2,02	1,91	1,87	1,32	1,25	1,34
Irlanda	3,78	3,21	2,11	1,89	2,05	2,01
Itália	2,37	1,64	1,33	1,26	1,41	X
Letónia	X	X	X	X	1,36	1,44
Lituânia	X	1,99	2,03	1,39	1,5	1,6
Luxemburgo	2,29	1,5	1,6	1,76	1,63	1,57
Malta	X	1,99	2,04	1,7	1,36	1,43
Países Baixos	3,12	1,6	1,62	1,72	1,79	1,72
Polónia	X	X	2,06	1,37	1,38	1,3
Portugal	3,16	2,25	1,56	1,55	1,39	1,28
Reino Unido	X	1,9	1,83	1,64	1,92	X
República Checa	2,09	2,08	1,9	1,15	1,51	1,45
Roménia	X	2,43	1,83	1,31	1,54	1,53
Suécia	X	1,68	2,13	1,54	1,98	1,91

Legenda: X: Não há dados disponíveis.

Elaboração própria. Fonte: PORDATA, 2014, *Índice sintético de fecundidade*.

Concluindo, em Portugal o desfasamento a nível temporal entre a diminuição da mortalidade e o início da diminuição da natalidade, aparentemente foi mais longo do que nos restantes países europeus, uma vez que a queda da mortalidade, eventualmente, terá iniciado nos finais do século XVIII e os primeiros indícios da descida da natalidade iniciam-se nos finais dos anos 20 do século XX. Este desfasamento, impeliu ao crescimento demográfico que se observou desde os finais do século XVIII, que posteriormente foi contrariado com a emigração, decorrente da estagnação económica e à ausência de uma revolução industrial. A heterogeneidade nacional, no que à mortalidade e fecundidade diz respeito, relaciona-se com a existência de dois processos de transição distintos: o sul a desenvolver o processo de forma similar ao modelo predominante na Europa; o Norte a desenvolver o processo de forma lenta e tardia⁸²². Explicadas por“(…) *As clivagens entre estabilidade e mudança, apego à tradição e abertura à modernidade, separam (…) as populações do Norte e as do Sul. Por esta razão, apesar de ser legítimo afirmar-se que em Portugal as diferenças demográficas entre Norte e Sul remetem para a oposição entre os caracteres e atitudes conservadores e pouco permeáveis à inovação das populações do Norte, influenciadas por valores familiaristas e clericais, e as atitudes mais abertas à mudança e à modernidade e influenciadas por valores laicos das populações do Sul não deixa de ser verdade que estas idiosincrasias fazem um todo com outros fatores*

⁸²² BANDEIRA, 1996

(...)»⁸²³ que o autor refere serem para as populações rurais *o regime de propriedade*, para as urbanas o tipo de atividade profissional e para as duas o *status social*. Não obstante afirma que em relação às diferenças regionais “(...) *a perspectiva de uma certa uniformização no futuro é uma hipótese plenamente credível (...)*”.

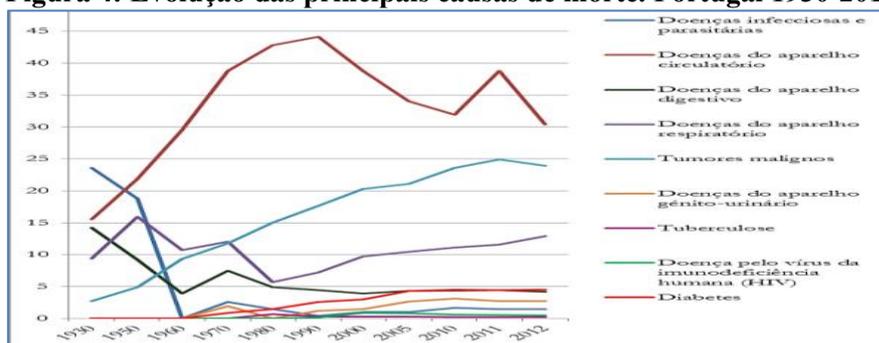
Fazendo o ponto da situação relativamente ao quadro de saúde mais recente e utilizando para tal as causa de morte, podemos afirmar (Tabela 13), que as principais causas de morte em Portugal em 2011, eram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelos tumores malignos e pelas doenças do aparelho respiratório, representando 75,3% das causas de morte em território nacional. Os últimos dados disponíveis relativos a 2012 (Tabela 17), indicam que as principais causas de morte se mantêm, mas com valores inferiores, no entanto as doenças do aparelho respiratório aumentaram de 11,6% para 12,9%, sendo que a tendência, desde 1990, tem sido crescente e a Diabetes seguiu a mesma tendência, aumentando desde 1970 e de 2011 para 2012 aumentou de 4,41% para 4,5% (Figura 4).

Tabela 17: Principais causas de morte. Portugal (%), 2012.

Patologias	2012
Doenças do aparelho circulatório	30,4
Tumores malignos	23,9
Doenças do aparelho respiratório	12,9
Diabetes	4,5
Doenças do aparelho digestivo	4,2
Doenças do aparelho génito-urinário	2,7
Doenças infecciosas e parasitárias	1,5
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	0,5
Tuberculose	0,2

Elaboração própria. Fonte de dados: PORDATA, 2013, *Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal*; MOREIRA & HENRIQUES, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

Figura 4: Evolução das principais causas de morte. Portugal 1930-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabelas 13 e 17.

A Figura 4, confirma que as patologias próprias dos estádios anteriores à implementação da transição epidemiológica, como as infecciosas e parasitárias, decresceram até à atualidade assumindo valores mínimos. As patologias ditas civilizacionais, decorrentes de comportamentos que o desenvolvimento efetivou, como as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças do aparelho respiratório e a diabetes,

⁸²³ BANDEIRA, 1996

ganharam expressividade, com a evolução destas duas últimas a não sofrer retrocesso nos últimos anos e as do aparelho respiratório a evoluir significativamente de 2011 para 2012.

Acercamos 2012 com a transição demográfico, epidemiológica e sanitária concluídas e estabilizadas. A estabilização destes processos, impeliu-nos para o aumento da E0 e consequente aumento dos idosos. Ou seja, para o envelhecimento individual e demográfico.

Percebido o percurso pelo qual Portugal passou até à atualidade, no que concerne com as dinâmicas demográficas conducentes ao envelhecimento demográfico e o percurso efetuado em termos sanitários, que nos colocou em lugar de destaque relativamente ao aumento da população idosa e tendo a perceção de que esta é uma população, que, embora se enquadre na tipologia nacional no que respeita à saúde, com necessidades e perfis próprios de saúde e doença, passamos a retratar o seu perfil de saúde.

II.2.2. A saúde e a doença na população idosa. Cenário atual.

De forma a atingir os objetivos a que nos propomos com este ponto, retratar o perfil de saúde e doença dos idosos atualmente, recorreremos aos dados do INE e PORDATA e fomos perceber quais as dez primeiras causas de morte desta população. Optámos por utilizar os dados relativos à TM padronizada por idade, neste caso 65 e mais anos, e por patologia ou condição, desagregado por NUTS II, de forma a perceber o padrão patológico das regiões. Analisámos, também, o indicador *anos de vida saudável aos 65 anos*, de forma a perceber se os ganhos em anos são acompanhados de anos com saúde. Recorreremos, pontualmente, a dados bibliográficos para desenhar o quadro da saúde desta população para um período mais longo, de forma a perceber a evolução da situação. Os dados mais antigos datam de 1994 e os mais recentes de 2012.

Uma vez que o presente estudo se debruça sobre a saúde da população idosa podemos afirmar, que, desde 1994 até 2010 (Tabela 18), a maioria das doenças que figuram entre as primeiras causas de morte, têm vindo progressivamente a provocar mais óbitos, com exceção das doenças do aparelho circulatório, que embora se apresentem como a primeira causa de morte (com valores percentuais muito superiores às restantes causas de morte), têm vindo a provocar cada vez menos óbitos, demonstrando os avanços nas ciências médicas e os ajustes feitos nos serviços de saúde decorrentes deste quadro. As doenças do aparelho digestivo, que se encontravam em decrescendo de 1994 até 2001, aumentaram desde 2001 até 2010, eventualmente por alteração dos comportamentos e padrões alimentares decorrentes do desenvolvimento socioeconómico. A observação destas doenças,

remetem para as patologias próprias dos países desenvolvidos em fase de pós conclusão da transição epidemiológica, enquadrando Portugal no seio destes. Não obstante, podemos perceber que as doenças infecciosas e parasitárias, próprias de sociedades menos desenvolvidas e indicador da não concretização da transição epidemiológica, têm vindo a aumentar desde 1994, com um aumento mais expressivo entre 2001 e 2010, período durante o qual aproximadamente duplicou. As principais causas de morte para a população com 65 e mais anos, sem a desagregação dos 80 e mais anos, em 2010 eram, por ordem decrescente (das que causam maior, para as que causam menor mortalidade): doenças do aparelho circulatório; neoplasias ⁸²⁴ ; doenças do aparelho respiratório; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; doenças do aparelho digestivo; doenças infecciosas e parasitárias. Sendo que este ranking não sofreu alterações significativas desde 1994. Em 2010, as principais causas de morte nos idosos entre os 65 e os 79 anos eram (seguindo a lógica anterior): doenças neoplásicas; doenças do aparelho circulatório. Sendo que as primeiras, as neoplasias, se encontram a aumentar desde 1994 e as doenças do aparelho circulatório a diminuir. Para o grupo populacional com idades superiores a 80 anos, o quadro inverte-se representando as doenças do aparelho circulatório o lugar cimeiro, embora o percentual esteja a diminuir desde 1994, e as neoplasias a deterem o mesmo destaque das doenças do aparelho respiratório, com uma tendência contrária às doenças do aparelho circulatório, ou seja o percentual tem aumentado desde 1994 (Tabela 18).

Tabela 18: Principais causas de morte, por grupos de idade 65-79 e 80+ anos (%). Portugal, 1994-2010.

	1994			2001			2010		
	65-79	80 e +	TOTAL	65-79	80 e +	TOTAL	65-79	80 e +	TOTAL
Doenças do aparelho circulatório	45,0	54,5	42,9	38,2	49,0	38,6	28,6	39,6	31,8
Neoplasias	23,7	10,6	19,6	26,5	12,4	21,2	32,1	14,6	24,0
Doenças do aparelho respiratório	7,2	8,9	7,1	8,0	11,1	8,5	9,0	14,7	11,1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	4,7	3,0	3,5	5,4	3,9	4,2	6,3	5,6	5,3
Doenças do aparelho digestivo	4,6	2,5	4,4	4,5	2,7	4,2	4,6	3,4	4,4
Doenças infecciosas e parasitárias	0,8	0,4	1,5	1,2	0,6	2,0	2,3	1,9	2,5

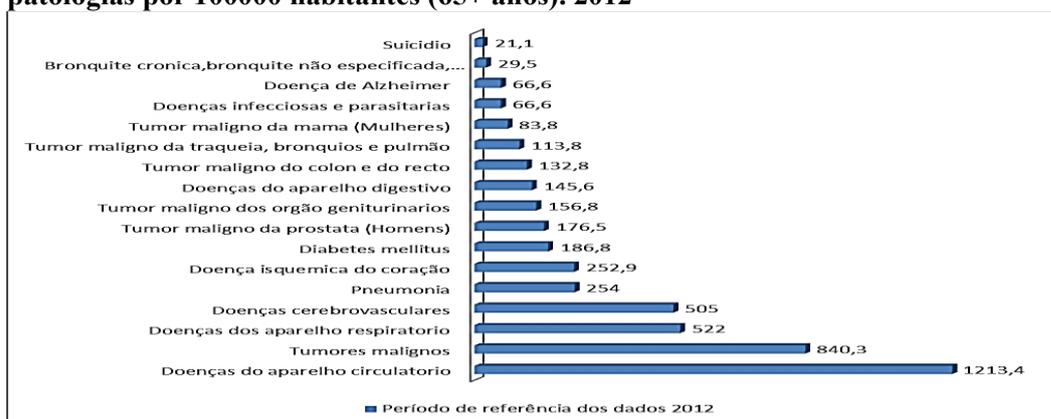
Elaboração própria. Fonte: MOREIRA & HENRIQUES 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

Analisando de forma desagregada a TM padronizada por patologias, as que se apresentam como as principais, por NUTS II (Tabelas em Anexo I), constatamos que de acordo com os últimos dados disponibilizados pelo INE, ou seja dados de 2012 (não representados na Tabela anterior, visíveis na Figura 6), as patologias do aparelho circulatório mantêm-se no topo, seguidas pelos tumores malignos, e destes os que têm uma maior incidência são os da próstata (homens) seguidos pelo dos órgão geniturinários, colon e reto,

⁸²⁴ Tumores malignos

traqueia e brônquio e pulmão, mama (mulheres). Em terceiro lugar, apresentam-se as doenças do aparelho respiratório, destas destaca-se a pneumonia, sendo que o grupo constituído pela bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma, representa valores muito inferiores à pneumonia. Em quarto lugar, retratam-se as doenças cerebrovasculares, em quinto as doenças isquémicas do coração, em sexto a diabetes mellitus, em sétimo as doenças do aparelho digestivo, em oitavo as doenças infecciosas e parasitárias com a mesma incidência que a doença de alzheimer e em nono lugar o suicídio.

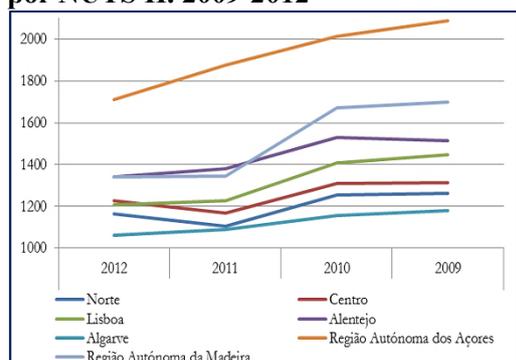
Figura 6: Portugal -Taxa de mortalidade padronizada por principais patologias ou grupo de patologias por 100000 habitantes (65+ anos). 2012



Elaboração própria. Fonte: Tabelas do anexo I

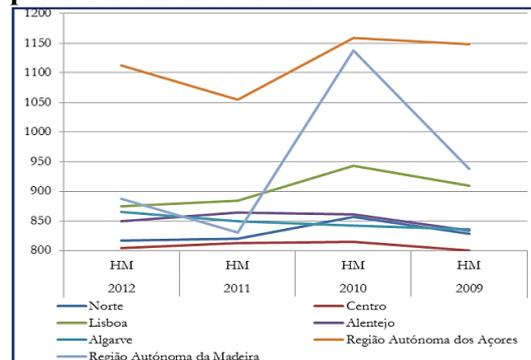
Desagregando por NUTS II e por género (Figura 7), percebemos que em relação à primeira causa de morte, patologias do aparelho circulatório, as NUTS que apresentam um quadro mais grave são a Região Autónoma dos Açores (RAA), com valores que se destacam, seguido por ordem decrescente do Alentejo, Região Autónoma da Madeira (RAM), Centro, Lisboa, Norte e Algarve. Ressalvando-se o facto, de que, na maioria das NUTS, os valores têm decrescido com exceção do Norte e do Centro. Relativamente ao género, observam-se mais óbitos nos homens do que nas mulheres (Tabela 10, Anexo I).

Figura 7: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabela 4, Anexo I

Figura 8: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por tumores malignos por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012

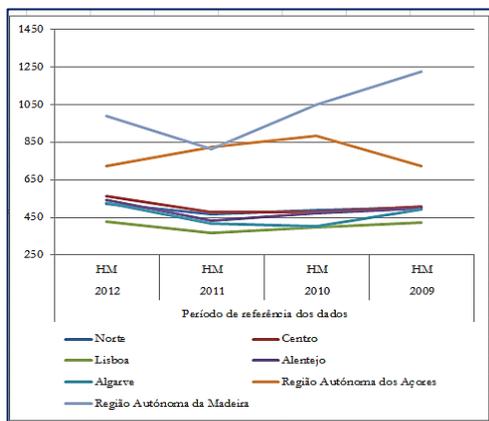


Elaboração própria. Fonte: Tabela 10, Anexo I

A segunda patologia com maior relevância, tumores malignos, (Tabela 10 do Anexo I e Figura 8), mais uma vez se destaca na RAA, seguido da RAM, Lisboa, Algarve, Alentejo, Norte e Centro. A destacar, que entre 2009 e 2010, aumentaram os casos de óbito em todas as regiões, mas o aumento foi muito acentuado na RAM e RAA, bem como nestas regiões a descida teve o mesmo padrão entre 2010 e 2011 com os valores da RAM a descerem de forma mais acentuada. De 2010 para 2011, desceu nas restantes regiões de uma forma menos expressiva. No entanto, a região do Algarve manteve a subida mantendo o comportamento entre 2011 e 2012, que já se arrasta desde 2009, e, para o mesmo período (2011-2012), a RAA e a RAM também aumentaram e as restantes regiões apresentam comportamento decrescente. Em relação ao género, este grupo de patologias causa um maior número de óbitos nos homens do que nas mulheres em todas as regiões.

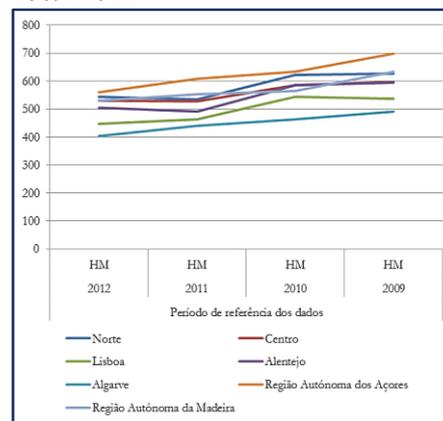
A terceira causa de óbitos a nível nacional, doenças do aparelho respiratório [Tabela 7 (Anexo I) e Figura 9], provoca uma TM mais elevada na RAM, seguida da RAA e posteriormente do Centro, do Alentejo, do Algarve, do Norte e de Lisboa, por ordem decrescente. Em todas as regiões, apresenta-se com comportamento decrescente entre 2009 e 2011, exceto na RAA, que aumentou entre 2009 e 2010, retomando a descida de 2010 para 2011, e no Algarve que desceu até 2010 e desde esse período tem aumentado até 2012. Salientamos, que de 2011 a 2012 em seis das sete regiões os óbitos aumentaram, com a RAA a afigurar-se como a única região em decrescendo de 2011 para 2012, mas mantendo-se com valores muito expressivos, próximos dos da RAM, e distantes das outras cinco regiões. A análise da TM por género demonstra que estas patologias provocam maior mortalidade entre os homens do que entre as mulheres (Tabela 10, anexo I).

Figura 9: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabela 7 do Anexo I

Figura 10: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012

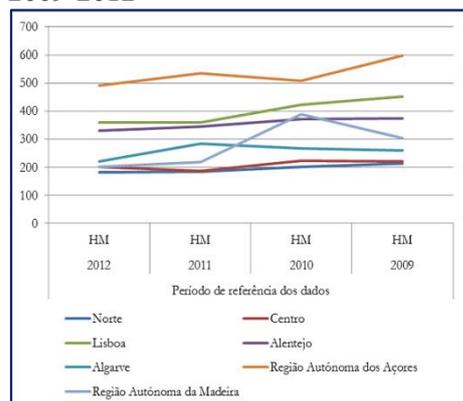


Elaboração própria. Fonte: Tabela 3 em Anexo I

A quarta causa de morte, doenças cerebrovasculares [Tabela 3 (Anexo I) e Figura 10] encontra-se mais presentes na RAA, seguido do Norte, da RAM, do Centro, do Alentejo, de Lisboa e por último do Algarve. Nas diferentes regiões, a tendência é decrescente, no entanto no Norte, no Centro e no Alentejo a descida verificou-se entre 2009 e 2011 e aumentou em 2012, em sentido contrário em Lisboa aumentou de 2009 para 2010, tendo-se seguidamente, entre 2010 e 2012, incluído na tendência decrescente. As doenças cerebrovasculares, à semelhança das anteriores, predominam como causa de morte para os homens em todas as regiões (Tabela 10, Anexo I).

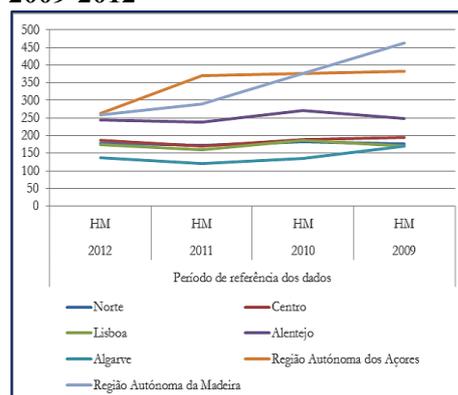
A quinta causa de morte, doenças isquémicas do coração [Tabela 5 (Anexo I) e Figura 11] apresenta-se com um ranking de maior TM para a RAA, seguido de Lisboa, Alentejo, Algarve, RAM, Centro e por fim o Norte. O comportamento no período 2009-2012 em seis NUTS II, foi descendente, com a RAA a incluírem-se na tendência, embora no período 2010-2011 tenha aumentado, bem como, o Algarve que, entre 2009 e 2011, aumentou e posteriormente incluiu-se no perfil descendente, e a RAM que aumentou, entre 2009 e 2010, e de 2010 a 2012 a tendência decrescente manteve-se. A única região que no último período aumentou, apresentava até 2011 uma tendência decrescente, falamos da região Centro. O fator género, neste grupo de patologias, apresenta o mesmo quadro que nas patologias anteriores para todas as regiões (Tabela 10, Anexo I).

Figura 11: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabela 5 em Anexo I

Figura 12: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por diabetes mellitus por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



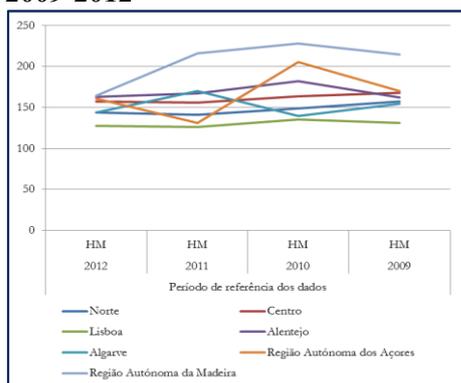
Elaboração própria. Fonte: Tabela 2 em Anexo I

Relativamente à diabetes *Mellitus*, sexta causa de morte [Tabela 2 (Anexo I) e Figura 12] as regiões ordenam-se, de maior para menor TM, iniciando com a RAA, e posteriormente surgem a RAM, Alentejo, Centro, Norte, Lisboa e finalmente Algarve. Cinco das regiões, encontram-se em tendência crescente no último período em análise (2011-2012), Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. A RAM encontra-se em decrescendo

desde 2009 e a RAA diminuiu de 2009 para 2010, sendo que aumentou de 2010 para 2011 e daqui para 2012 a descida é clara. Relativamente ao género, a maior TM apresenta-se nos homens em 2012, mas nos anos anteriores há exceções: Norte e Alentejo em 2011, mas nesta última os valores são muito próximos. No Algarve, esta exceção ocorreu em 2009, na RAM em 2010 e 2011. A RAA sempre apresentou maior taxa nas mulheres do que nos homens, exceto em 2012.

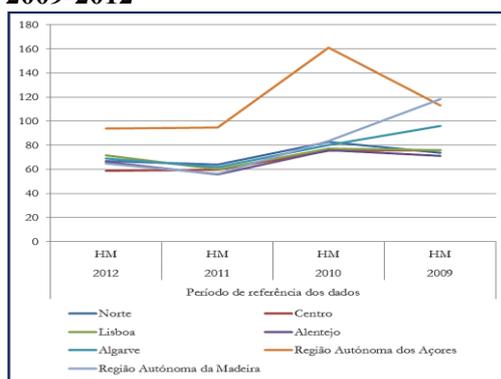
As doenças do aparelho digestivo, encontram-se em 2012 como a sétima causa de morte [Tabela 6 (Anexo I) e Figura 13]. Por ordem decrescente, encontra-se a RAM seguida pelo Alentejo, RAA, Centro, Norte e o Algarve (com valores iguais) e por último Lisboa. O comportamento dos valores de 2011 para 2012 demonstra-se em três regiões em decréscimo: RAM, mas de 2009 para 2010 aumentou e está a descer desde 2010; Alentejo, com o mesmo percurso; Algarve, mas no período 2009-2010 diminuiu e no período 2010-2011 aumentou. Com valores em crescendo de 2011 para 2012 apresentam-se quatro regiões: RAA, que de 2009 para 2010 aumentou e de 2010 para 2011 teve comportamento contrario; Centro e Norte que observaram descida desde 2009 a 2011; Lisboa com conduta crescente no período 2009-2010 e decrescente no período 2010-2011. Relativamente ao género, afetou mais homens do que mulheres (Tabela 10, Anexo I).

Figura 13: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doenças do aparelho digestivo por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabela 6 em Anexo I

Figura 14: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doenças infecciosas e parasitárias por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



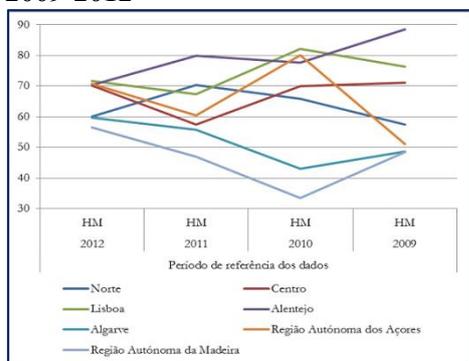
Elaboração própria. Fonte: Tabela 1 em Anexo I

Em oitavo lugar, encontram-se as doenças infecciosas e parasitárias [Tabela 1 (Anexo 1) e Figura 14], sendo que em 2012 as regiões ordenavam-se por ordem decrescente iniciando-se pela RAA seguido da RAM, Alentejo, Centro, Norte, Lisboa e em último lugar o Algarve. Do ano de 2011 para 2012, cinco regiões aumentaram o número de óbitos: Lisboa, Norte e Alentejo, mas apresentaram um comportamento inconstante, aumentando de 2009 para 2010 e diminuindo de 2010 para 2011; o Algarve e a RAM, que após um percurso

em declínio de 2009 até 2011 entra numa fase crescente no período 2011-2012. Com percurso contrário no mesmo período encontra-se a RAA, que embora tenha aumentado o número de casos de 2009 para 2010, a partir deste ano entra em declínio até 2012, assim como, o Centro com comportamento decrescente na totalidade do período. Em todas as regiões, tem afetado essencialmente os homens, excetuando o Alentejo no ano de 2011, o Algarve em 2010, a RAM em 2012 e a RAA (com esta característica mais vincada, apresentando os anos de 2009, 2010 e 2012 com supremacia para as mulheres).

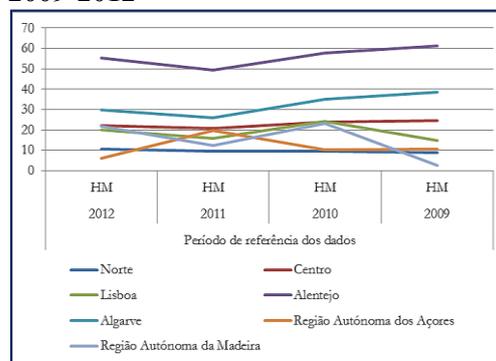
Em nono lugar, ano de 2012, aparece a doença de *Alzheimer* [Tabela 16 (Anexo I) e Figura 15]. No ranking das regiões relativo a esta causa de morte, a região de Lisboa encontra-se em primeiro lugar, em segundo RAA, em terceiro o Alentejo, em quarto o Centro, em quinto o Norte, em sexto o Algarve e em sétimo a RAM. O comportamento ao longo dos anos em estudo, tem sido inconstante com cinco regiões a aumentarem os efetivos populacionais no período 2011-2012, como sejam Lisboa e RAA (mas aumentou de 2009 para 2010 e de 2010 para 2011 diminuiu), Centro que manteve uma linha decrescente de 2009 até 2011, Algarve e RAM diminuíram de 2009 para 2010 e a partir deste ano aumentaram até 2012. As restantes, no período 2011-2012 diminuíram, mas o Alentejo, que tinha diminuído o número entre 2009 e 2010, aumentou de 2010 para 2011, e a região Norte que desde 2009 estava em crescendo, neste último período diminuiu. Relativamente à preponderância de género, tem um perfil diferente de todas as outras, por ser predominantemente feminina com exceção para o Norte, Centro, Lisboa em 2009, Alentejo em 2011, Algarve em 2010 e 2012, RAA em 2012 e RAM em 2010 (Tabela 10, Anexo I).

Figura 15: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por doença de Alzheimer por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabela 16 em Anexo I

Figura 16: Taxa de mortalidade padronizada (65+anos) por suicídio por 100 000 habitantes, por NUTS II. 2009-2012



Elaboração própria. Fonte: Tabela 17 em Anexo I

A décima causa de morte é o suicídio [Tabela 17 (Anexo I) e Figura 16]. Por ordem decrescente do número de indivíduos que morreram por esta causa em 2012, o Alentejo

aparece num primeiro lugar demarcado das restantes regiões, seguido pelo Algarve, Centro, RAM, Lisboa, Norte e RAA. No período 2011-2012, esta causa de morte aumentou em seis regiões, Alentejo, Algarve e Centro (embora de 2009 a 2011 os seus perfis eram descendentes), RAM, Lisboa e Norte (que aumentaram de 2009 a 2010 e diminuíram de 2010 para 2011 retomando o aumento até 2012). A RAA é a única região com decréscimo de 2011 para 2012, sendo que diminuiu de 2009 para 2010 e aumentou de 2010 para 2011. Em termos de género, tem perfil claramente masculino, sendo que só na RAA, no ano 2009, a primazia foi feminina (Tabela 10, Anexo I).

Concluindo, as principais causas de morte em 2012, seguem a tendência de 1994-2010, apresentadas no início deste capítulo, com as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório a ocuparem os lugares cimeiros, seguidas das cerebrovasculares e isquémicas do coração, diabetes⁸²⁵, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doença de *Alzheimer* e por último o suicídio.

Na análise por NUTS II (Tabela 19), observa-se que relativamente à generalidade das causas de morte, e considerando o ranking de todas as NUTS relativo ao número de óbitos por todas as causas de morte, podemos ordenar as mesmas de forma decrescente com a RAA no topo do ranking seguido pela RAM, Alentejo, Centro, Norte, Lisboa e Algarve. Denotando as NUTS que são mais atingidas pelo maior número de óbitos, eventualmente, demonstrando as NUTS que reúnem as características menos favoráveis no que à saúde diz respeito. Relativamente à análise das tendências, na globalidade das causas de morte e das NUTS (Tabela 19), podemos afirmar que a tendência ascendente é clara⁸²⁶, sendo que as causas com perfil ascendente [ordenadas da que provoca maior mortalidade para a que provoca menor mortalidade (considerando o número de NUTS que apresenta perfil ascendente para cada causa de morte)], são: Doenças do aparelho respiratório e o suicídio; diabetes, doenças infecciosas e parasitárias e doença de *Alzheimer*; doenças do aparelho digestivo. Pela mesma lógica, as causas de morte com perfil descendente (ordenadas de forma decrescente), são: doenças isquémicas do coração; doenças do aparelho circulatório; Tumores malignos e doenças cerebrovasculares. As tendências analisadas por NUT (Tabela 19), demonstram que na RAA, está em crescendo a mortalidade por tumores malignos, seguida das doenças do aparelho digestivo e das doenças de *Alzheimer*⁸²⁷; na RAM, estão em crescendo as doenças do aparelho respiratório, os tumores malignos, doenças infecciosas

⁸²⁵ Que anteriormente se enquadrava nas doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, no entanto pela sua preponderância a partir de 2009 aparece isolada,

⁸²⁶ Uma vez que seis causas de morte têm perfil ascendente para quatro com perfil descendente,

⁸²⁷ Ordenadas de acordo com a causa que provoca o maior número de óbitos para a que provoca o menor número de óbitos.

e parasitárias, doença de *Alzheimer* e suicídio; no Alentejo, estão em crescendo as doenças do aparelho respiratório, doenças cerebrovasculares, diabetes, doenças infecciosas e parasitárias e o suicídio; no Centro, as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças cerebrovasculares, doenças isquémicas do coração, diabetes, doenças do aparelho digestivo, doença de *Alzheimer*, suicídio; no Norte, doenças do aparelho circulatório, doenças cerebrovasculares, doenças do aparelho respiratório, diabetes, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, suicídio; em Lisboa, doenças do aparelho respiratório, diabetes, doenças do aparelho digestivo, doenças infecciosas e parasitárias, doença de *Alzheimer*, suicídio; no Algarve, tumores malignos, doenças do aparelho respiratório, diabetes, doenças infecciosas e parasitárias, doença de *Alzheimer*, suicídio.

Em relação à preponderância da incidência das causas de morte relativamente ao género, concluímos que a maioria das patologias/condições provocam maior número de óbitos nos homens do que nas mulheres, salvaguardando a doença de *Alzheimer*, que tem um perfil mais feminino e a diabetes e as doenças infecciosas e parasitárias que, em algumas NUTS e anos, provocaram mais óbitos nas mulheres do que nos homens.

Tabela 19: Ranking NUTS II/nº de óbitos/causas de morte e Tendência (2011-2012)

NUTS II	D.Ap. Circ	T	Tum. Mal.	T	D.Ap. Res.	T	D.Cer. Va.	T	D.Isq. Cor.	T
Açores	1º	D	1º	A	2º	D	1º	D	1º	D
Alentejo	2º	D	5º	D	4º	A	5º	A	3º	D
Madeira	3º	D	2º	A	1º	A	3º	D	5º	D
Centro	4º	A	7º	D	3º	A	4º	A	6º	A
Lisboa	5º	D	3º	D	7º	A	6º	D	2º	D
Norte	6º	A	6º	D	6º	A	2º	A	7º	D
Algarve	7º	D	4º	A	5º	A	7º	D	4º	D
TENDENCIA		D		D		A		D		D
NUTS II	Diab.	T	D.Ap. Dig.	T	D.Inf. Par.	T	D. Alzh.	T	Suicí.	T
Açores	1º	D	3º	A	1º	D	2º	A	7º	D
Alentejo	3º	A	2º	D	3º	A	3º	D	1º	A
Madeira	2º	D	1º	D	2º	A	7º	A	4º	A
Centro	4º	A	4º	A	4º	D	4º	A	3º	A
Lisboa	6º	A	6º	A	6º	A	1º	A	5º	A
Norte	5º	A	5º	A	5º	A	5º	D	6º	A
Algarve	7º	A	5º	D	7º	A	6º	A	2º	A
TENDENCIA		A		A		A		A		A

Legenda: T-Tendência no período 2011-2012; D-Descendente; A-Ascendente.
Elaboração própria. Fonte: Análise dos dados expostos no texto.

Para terminar o enquadramento da saúde em Portugal na atualidade e considerando o aumento da E0 e o conseqüente desejo de viver mais mas com saúde, impõe-se perceber o

estado em que nos encontramos relativamente ao indicador *anos de vida saudáveis*⁸²⁸ aos 65 anos. De acordo com a OCDE⁸²⁹, Portugal, encontra-se abaixo da média. Resultado que impele à necessidade de um esforço de Portugal na implementação de medidas preventivas, que conduzam à redução da carga de doença, com a correspondente diminuição da mortalidade prematura. O mesmo relatório, afirma que a percentagem da população, com mais de 65 anos, que reporta limitações nas atividades diárias é superior à média dos países europeus. Afirma ainda que “(...) *as respostas dirigidas à população idosa, cujo aumento também é o resultado de melhorias no campo da saúde, devem fazer parte das prioridades intersectoriais da governação. É necessário promover um envelhecimento saudável da nossa população (...)*”⁸³⁰. Aditando que “(...) *a avaliação, à data de 2011, continua a revelar um problema de má distribuição dos recursos humanos, em particular com a concentração urbana de médicos (...)*”⁸³¹. De forma a retratar o quadro nacional correspondente a este indicador, recordamos o apresentado no ponto I.3.2. desta tese (Figura 1), que demonstra que entre 2004 e 2011 a esperança média de vida saudável em Portugal aumenta, sendo que ao analisarmos o indicador anos de vida saudável aos 65 anos constatamos que este indicador tem vindo a decrescer. Ou seja, em 1995 os anos esperados de vida saudável aos 65 anos eram de 9,1 e em 2012 era de 6,3 anos, muito inferior à média europeia que se encontrava nos 8,6 anos.⁸³² Desagregando o mesmo indicador por sexos (Tabela 20), desde 1995 os valores têm oscilado. Inicia, em 1995, com o melhor indicador para as mulheres (9,9 anos), e o segundo melhor indicador para os homens (8,3 anos), e com as mulheres com valores absolutos superiores aos dos homens até ao ano de 1996. A partir desta data (1996) e até 2012⁸³³, os anos esperados de vida saudável para as mulheres, sempre se mantiveram iguais ou inferiores aos dos homens, situação que sublinhamos pela sua relevância no quadro de maior E0 das mulheres e consequentes consequências para o sistema de saúde. Destacamos ainda, a descida abrupta de 2003 para 2004, para ambos os sexos⁸³⁴, e desde esta data e até 2012, os anos expectáveis de vida saudáveis não retomam os valores superiores de 1995-2003, assumindo uma tendência eventualmente crescente,

⁸²⁸ O PORDATA define este indicador como: “Número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável. Uma condição saudável é definida pela ausência de limitações funcionais/incapacidade. Por conseguinte, o indicador é também designado como esperança de vida sem incapacidade física.”

⁸²⁹ Portal da saúde, 2013

⁸³⁰ Idem.

⁸³¹ Idem

⁸³² ESTEVENS & MARTINS, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

⁸³³ Com um único intervalo no ano 2000 em que se visualiza um valor superior ao dos homens

⁸³⁴ Em que os homens descem de 8,4 anos para 5,1 anos e as mulheres de 7,7 anos para 3,8 anos

mas dentro de limites inferiores aos observados anteriormente⁸³⁵. De ressaltar, que de 2011 para 2012, em Portugal, a tendência, para ambos os sexos, tem sido decrescente, assim como na UE, mantendo-se a supremacia dos homens.

Tabela 20: Anos de vida saudável aos 65 anos por sexos. União Europeia e Portugal – 1995/2012⁸³⁶

Anos	Homens		Mulheres	
	UE28 - União Europeia (28 Países)	PT - Portugal	UE28 - União Europeia (28 Países)	PT - Portugal
1995	x	8,3	x	9,9
1996	x	7,4	x	8,4
1997	x	8,1	x	8,1
1998	x	8,2	x	8,2
1999	x	8,3	x	7,9
2000	x	8,4	x	8,8
2001	x	8,2	x	8,7
2002	x	8,3	x	8,0
2003	x	8,4	x	7,7
2004	x	5,1	x	3,8
2005	x	6,5	x	5,2
2006	x	7,0	x	6,0
2007	x	6,8	x	5,4
2008	x	6,7	x	5,5
2009	x	6,8	x	5,5
2010	8,7	7,1	8,9	5,7
2011	8,6	7,8	8,6	6,3
2012	8,4	6,6	8,5	6,0

Elaboração própria. Fonte: PORDATA, 2014, *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. Legenda: x: ausência de dados

Percebido o percurso social efetuado, respeitante às etapas percorridas até ao concretizar da transição demográfica, epidemiológica e sanitária, bem como o perfil de saúde da população nacional e, especificamente, dos idosos, por NUTS II, considerando as causas de morte e o cenário relativo à evolução dos anos espectáveis de vida saudável da população com 65 anos, apresentamos a distribuição atual dos idosos em Portugal.

⁸³⁵ Não obstante, estes factos poderão não ser relevantes por se tratar de um período de transição de fontes de dados podendo enviesar a análise - Nota referida no PORDATA relativa aos dados: “Até 2003, os dados sobre morbilidade provêm sobretudo dos inquéritos ao Painel Europeu dos Agregados Familiares (PEAF), referindo-se a pessoas que não se encontravam limitadas nas suas atividades do dia-a-dia por qualquer problema físico ou mental, doença ou invalidez. A partir de 2004, passaram a ser usados os resultados das Estatísticas da UE sobre Condições de Vida e Rendimento (EU-SILC), nos quais a condição de pouco saudável é definida como uma limitação em atividades normalmente desenvolvidas pelas pessoas devido a problemas de saúde durante os 6 meses anteriores. Nos dados de 2004 ou de 2005, esta alteração aparece indicada com uma quebra de série.”. Esta nota é importante por forma a fornecer uma eventual justificação ao facto de os valores sofrerem uma quebra significativa de 2003 para 2004, sendo que a análise política e dos restantes indicadores, apresentados neste trabalho, não suscitam outra justificação, ao que se acrescenta considerarmos que qualquer alteração dificilmente se retratar de forma tão imediata, uma vez que estes dados são baseados em “Estudo estatístico (estatísticas demográficas, inquéritos e/ou outros)”.

⁸³⁶ Idem

II.2.3. Os idosos em Portugal, cenário atual.

Em Portugal, a percentagem da população com mais de 65 anos e mais de 80 anos, é superior à média da OCDE⁸³⁷ e apresenta tendência crescente. O relatório, em causa, refere que a esperança média de vida aos 65 anos, em Portugal, é superior à média, sendo os anos de vida ganhos, desde 1960, igualmente superiores à média. Demonstrativo de que Portugal é um país envelhecido, mas, essencialmente, que tem população com 65 e mais anos e 80 e mais anos em quantitativos que implicam tomada de decisão direcionada. O aumento da população idosa, em Portugal, efetuou-se a um ritmo considerável desde a segunda metade do século XX e de uma forma assimétrica ao longo do território nacional, com consequências importantes para os sistemas de proteção social e de saúde, obrigando a alterações nas políticas correspondentes. Neste sentido, pretendemos retratar a população portuguesa ao nível das NUTS II, utilizando os dados do INE relativos aos momentos censitários de 1991 e 2001 e 2011. Devido ao facto de os dados relativos aos efetivos populacionais dos CENSOS 1991 não estarem disponíveis com desagregação do grupo funcional 0-4 anos, optámos por retratar a população jovem, que representa o envelhecimento demográfico na base da pirâmide etária, segundo o grupo funcional 0-14 anos para todos os momentos censitários. Desta forma é possível comparar e analisar a evolução dos dados. O grupo dos mais idosos, neste capítulo, corresponderá ao grupo funcional dos 75 e mais anos, por ser o considerado pelo INE.

Conforme referido anteriormente, os progressos implementados em Portugal, nos últimos anos, análogos aos restantes Estados da Europa, imprimiram alterações na dinâmica populacional, designadamente no que respeita aos comportamentos referentes à estrutura da família, à fecundidade, à mortalidade, à morbilidade e à E0, impelindo ao reconhecido envelhecimento demográfico. Este cenário de envelhecimento demográfico também tem origem e é consequência de um êxodo rural intensificado, retratando-se num processo de urbanização e litoralização populacional, resultante da industrialização destas áreas territoriais.⁸³⁸ No decorrer deste processo, e em simultâneo, a estrutura familiar tradicional sofreu mutações, estimuladas pelas transformações socioeconómicas, e diminuíram a capacidade, que tradicionalmente existia, de proteção e suporte das crianças e dos idosos.⁸³⁹ Estas dinâmicas, imprimiram em Portugal desigualdades territoriais, a todos os níveis designadamente a nível económico e das infraestruturas, passando a existir regiões, essencialmente rurais, com níveis de envelhecimento marcantes (na base e no topo da

⁸³⁷Portal da Saúde, 2013

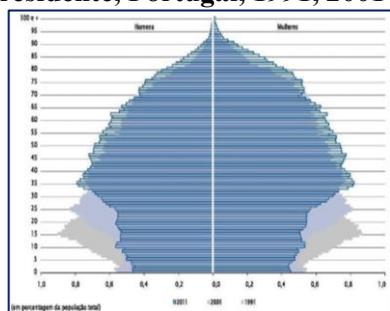
⁸³⁸RODRIGUES, 2008

⁸³⁹Idem

pirâmide etária), observando-se uma diminuta capacidade da estrutura familiar dar proteção aos idosos, por via dos efetivos populacionais em idade ativa saírem destas áreas para zonas que lhes permitem alcançar níveis económicos e de bem-estar, mais satisfatórios.

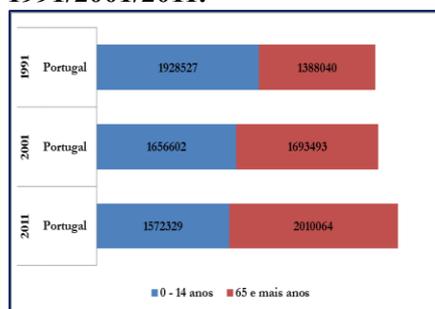
Em território nacional, a evolução do cenário sociodemográfico, descrito neste trabalho, tem impressa uma aceleração decenal considerável nas alterações das estruturas etárias, induzindo à diminuição dos jovens, ao aumento dos idosos bem como ao aumento da E0 (Figura 17 e Figura 18). Ao nível regional, as diferenças também são notórias, com uma distribuição heterogénea dos grupos funcionais jovens e idosos, implicando uma percentagem de idosos e um índice de envelhecimento igualmente dissemelhante, sendo que o índice de longevidade não difere grandemente (Figura 19 e 20⁸⁴⁰).

Figura 17: Estrutura etária da população residente, Portugal, 1991, 2001 e 2011



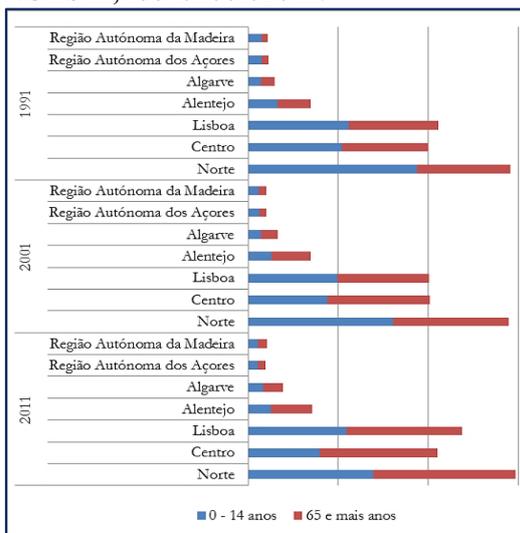
Fonte: INE, 2013, *Estrutura etária da população residente, Portugal, 1991, 2001 e 2011*.

Figura 18: População residente 0-14 anos e 65 e mais anos. Portugal 1991/2001/2011.



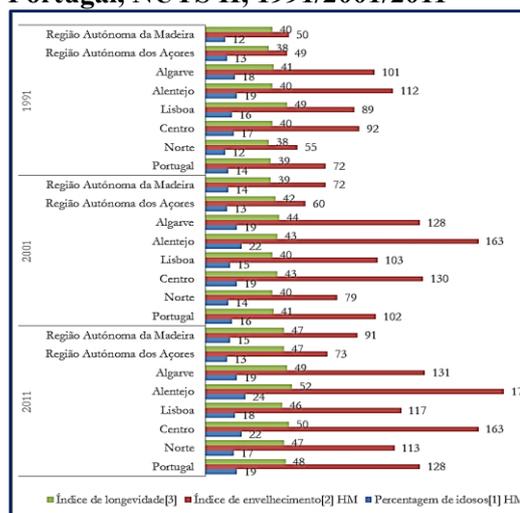
Elaboração própria. Fonte: Tabela 2.1, Anexo II.

Figura 19: População residente 0-14 anos, 65 e mais anos. Portugal, NUTS II, 1991/2001/2011.



Elaboração própria. Fonte: Figuras 19 e 20: Tabela 2.1, Anexo II

Figura 20: Índice de longevidade, Índice de envelhecimento e Percentagem de idosos. Portugal, NUTS II, 1991/2001/2011



⁸⁴⁰ Índice de longevidade = (População com 75 e + anos / População com 65 e + anos) x 100
Índice de envelhecimento = (População com 65 e + anos / População com 0-14 anos) x 100
Percentagem de idosos = (População com 65 e + anos / População Total) x 100

A análise da percentagem de idosos (Figura 21) e índice de envelhecimento (Figura 22), demonstram que o Alentejo é a região mais envelhecida do país, seguida do Centro, em 3º lugar Algarve, em 4º Lisboa, em 5º Norte, em 6º RAM e em 7º lugar RAA.

Figura 21: Percentagem de idosos. Portugal, NUTS II, 1991/2001/2011

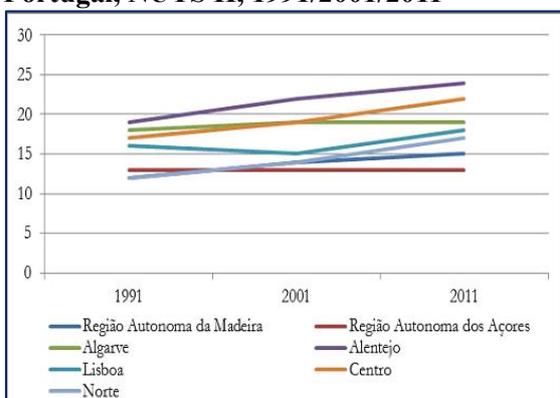
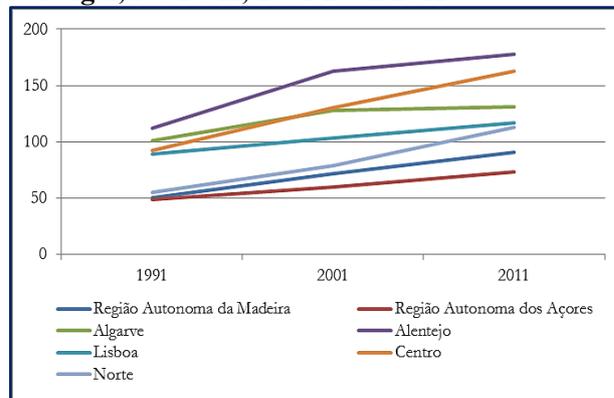


Figura 22: Índice de envelhecimento. Portugal, NUTS II, 1991/2001/2011

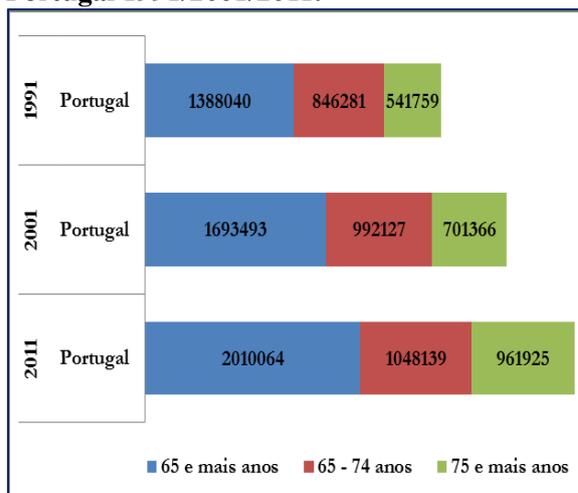


Elaboração própria. Fonte dos cálculos das figuras 21 e 22: Tabela 2.1, Anexo II

O comportamento dos indicadores, não têm sido uniformes: as regiões Centro e Norte, em 1991, não apresentavam valores tão elevados ocupando, lugares inferiores no ranking; a região de Lisboa que na última década apresenta um franco crescimento da percentagem de idosos, na década 1991 a 2001 decresceu, refletindo-se numa subida menos acentuada no índice de envelhecimento; o Algarve, entre 2001 e 2011, apresenta manutenção da percentagem de idosos, refletindo-se no índice de envelhecimento. Embora todas as regiões, tenham comportamentos diferentes, os montantes sempre foram expressivos e com tendência crescente, encontrando-nos em 2011 com valores significativos de idosos e com todas as regiões com maior número de idosos do que de jovens.

Passamos a isolar a população com 65 e mais anos e desagregamo-lo em 65-74 anos e 75 e mais anos, de forma a percebermos a evolução dos seus quantitativos e a sua representatividade. Entre 1991-2011 a população com mais de 65 anos e de 75 anos aumentou grandemente (Figura 23). Observa-se que a tendência é crescente, corroborado pela Tabela 21 demonstrativa da tendência crescente da E0 em todas as NUTS II.

Figura 23: População residente 65 e mais anos, 65-74 anos e 75 e mais anos. Portugal 1991/2001/2011.



Elaboração própria. Fonte dos cálculos: Tabela 2.1, Anexo II

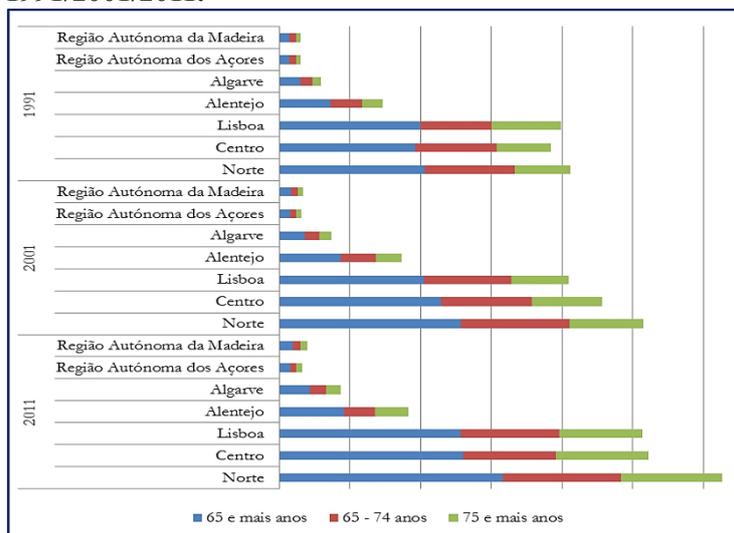
Tabela 21: Esperança média de Vida, Homens e Mulheres e ambos os sexos desagregados. Portugal, NUTS II – 1999/2001 a 2011/2013.

2011 - 2013	Portugal	HM	80	1999 - 2001	Portugal	HM	76,57
		H	76,91			H	73,10
		M	82,79			M	79,84
Continente		HM	80,13		Continente	HM	76,77
		H	77,08			H	73,35
		M	82,93			M	80,03
Norte		HM	80,32		Norte	HM	76,85
		H	77,36			H	73,47
		M	83,01			M	80,05
Centro		HM	80,24		Centro	HM	77,24
		H	77,12			H	74,05
		M	83,07			M	80,26
Lisboa		HM	80		Lisboa	HM	76,10
		H	76,85			H	72,36
		M	82,77			M	79,54
Alentejo		HM	79,45		Alentejo	HM	76,50
		H	76,29			H	73,27
		M	82,24			M	79,71
Algarve		HM	80,02		Algarve	HM	76,45
		H	76,74			H	72,77
		M	83,01			M	80,25
Região Autónoma dos Açores		HM	76,49		Região Autónoma dos Açores	HM	73,08
		H	72,80			H	69,33
		M	79,99			M	76,91
Região Autónoma dos Açores		HM	76,49		Região Autónoma dos Açores	HM	73,08
		H	72,80			H	69,33
		M	79,99			M	76,91

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014

Ao nível das regiões NUTS II [Figura 24 e Tabela 2.1 (Anexo II)], observa-se um aumento generalizado dos três grupos funcionais no período 1991-2011. Exceto no Alentejo, relativamente ao grupo funcional dos 65-74 anos, que diminui no período 2001-2011 e a RAA, que de 1991 a 2011, diminuiu embora de uma forma pouco significativa. Outra exceção visível, é a relativa ao grupo funcional 75 e mais anos para a região de Lisboa, que diminui entre 1991 e 2001, mas aumenta de forma significativa em 2011.

Figura 24: População residente 65 e mais anos, 65-74 anos e 75 e mais anos. Portugal, NUTS II, 1991/2001/2011.

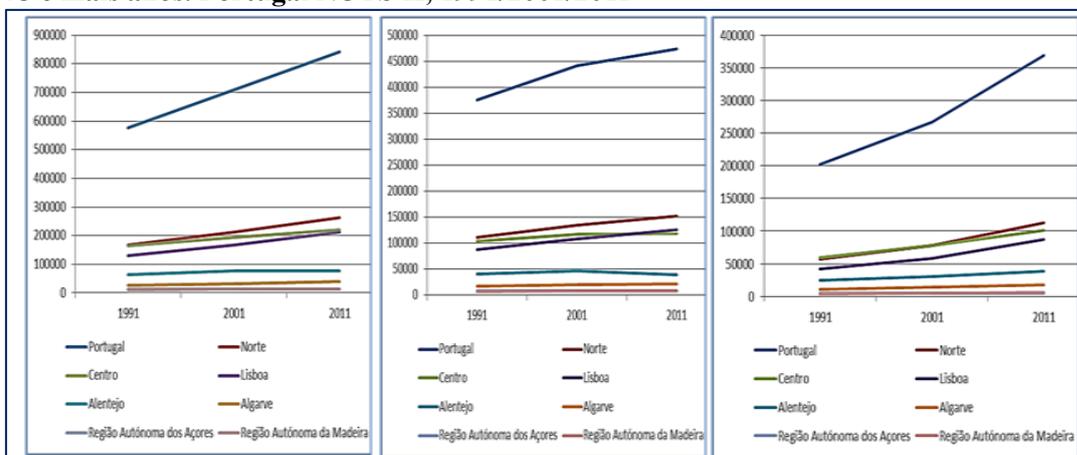


Elaboração própria. Fonte dos cálculos: Tabela 2.1, Anexo II

Desagregando os dados por género [Figuras 25 e 26 e Tabela 2.1 (Anexo II)], constata-se que as mulheres em todos os grupos funcionais, em todas as regiões e em todos os anos censitários detêm supremacia numérica, sendo que o seu número tem vindo a aumentar. Salientamos, que a nível nacional, e na generalidade das regiões, o grupo dos 75 e

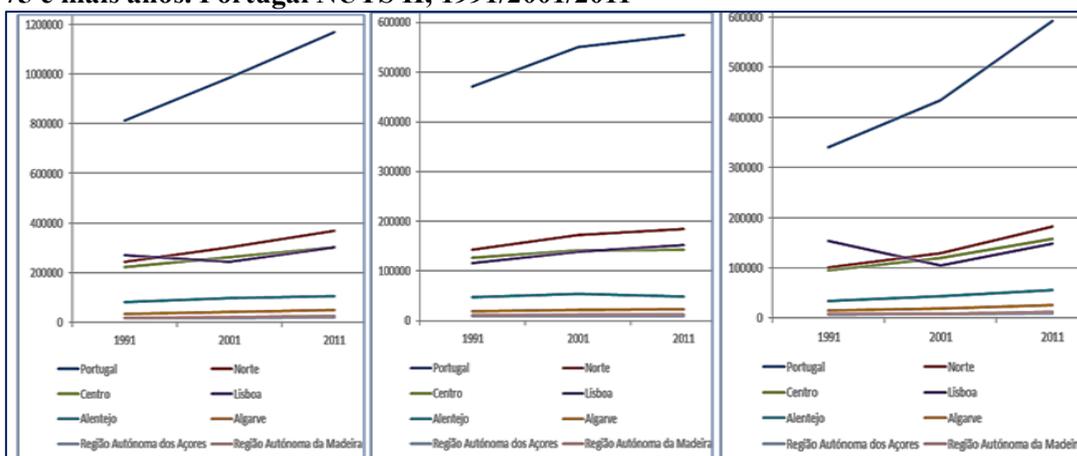
mais anos tem vindo a ganhar expressão independentemente do género, sendo que os homens, concordantemente com o dito anteriormente, detêm menos efetivos populacionais.

Figura 25: Gráficos representativos da população masculina com 65 e mais anos, 65-74 anos e 75 e mais anos. Portugal NUTS II, 1991/2001/2011



Elaboração própria. Fonte dos cálculos: Tabela 2.1, Anexo II

Figura 26: Gráficos representativos da população Feminina com 65 e mais anos, 65-74 anos e 75 e mais anos. Portugal NUTS II, 1991/2001/2011



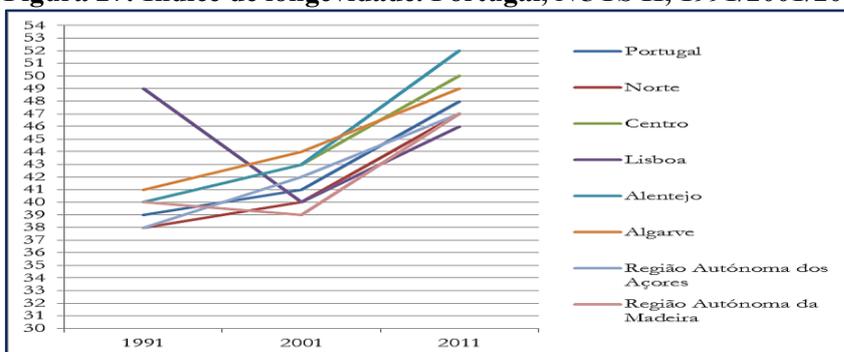
Elaboração própria. Fonte dos cálculos: Tabela 2.1, Anexo II

Conforme a literatura afirma, e olhando para o índice de longevidade [Figuras 20 e 27 e Tabela 2.2 (Anexo II)], a população mais idosa tem vindo gradualmente a ganhar expressão, excetuando as regiões de Lisboa e RAM que tiveram um declínio de 1991 para 2001(Lisboa mais acentuado), mas de 2001 para 2011 a subida efetuou-se de uma forma decisiva nestas duas regiões e nas cinco restantes, concretizando o facto de que a E0 está a aumentar e que a representatividade dos mais idosos, a nível nacional e nas diferentes regiões, é incontestável. Relativamente às diferentes regiões, verifica-se que (concordante com o ranking apresentado anteriormente⁸⁴¹) no que concerne com a longevidade o Alentejo (52%), o Centro (50%) e o Algarve (49%) ocupam os três primeiros lugares no ranking, e com valores superiores à média nacional (48%). Estas três regiões, para além de serem as

⁸⁴¹ Ranking regional de envelhecimento: 1º Alentejo; 2º Centro; 3º Algarve; 4º Lisboa; 5º lugar Norte; 6º RAM; 7º RAA.

mais envelhecidas demograficamente, também são as que apresentam maior envelhecimento individual, ou seja são as que têm um percentual maior de idosos com mais de 75 anos. Abaixo da média nacional, e por ordem decrescente, encontram-se a RAM, a RAA e o Norte com 47% e por último Lisboa com 46% dos idosos a deterem mais de 75 anos.

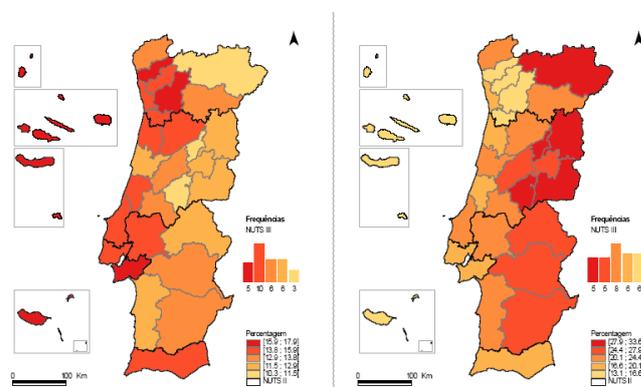
Figura 27: Índice de longevidade. Portugal, NUTS II, 1991/2001/2011



Elaboração própria. Fonte dos cálculos: Tabela 2.1, Anexo II

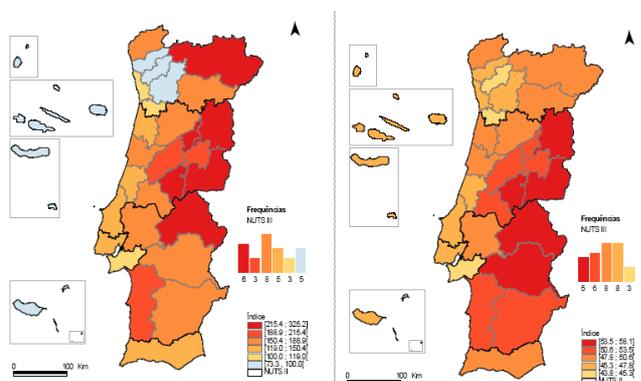
De forma a ilustrar as diferencialidades regionais, apresentamos os mapas representativos do quadro do envelhecimento das estruturas (Figuras 28 e 29), observando-se, a anteriormente referida, dualidade nacional, ou seja um interior com evidentes índices de envelhecimento face a um litoral mais jovem.

Figura 28: Percentagem de jovens e percentagem de idosos. Portugal 2011



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*.

Figura 29: Índice de envelhecimento e Longevidade. Portugal 2011



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*.

Embora estando a abordar as NUTS II, parece-nos importante perceber o nível mais proximal, designadamente apresentar o ranking das NUTS III, relativo ao ISF, E0, percentagem de idosos e índice de envelhecimento. Em todas as NUTS III, de 1992 a 2013, o ISF diminuiu, atingindo valores que não permitem a renovação das gerações⁸⁴² e a E0, tem aumentado, sendo que os rankings respetivos se apresentam na Tabela 22.

Tabela 22: Ranking do Índice sintético de fecundidade e Esperança Média de Vida à Nascimento. Portugal NUTS III, 2013

NUTS III	ISF	NUTS III	ISF	NUTS III	EMV	NUTS III	EMV
1º Grande Lisboa	1,48	16º Médio Tejo	1,11	1º Cávado	80,80	16º Alto Trás-os-Montes	79,87
2º Península de Setúbal	1,35	17º Entre Douro e Vouga	1,09	2º Pinhal Litoral	80,80	17º Tâmega	79,69
3º Baixo Alentejo	1,32	18º Dão-Lafões	1,09	3º Baixo Mondego	80,68	18º Beira Interior Norte	79,41
4º Algarve	1,31	19º Cova da Beira	1,07	4º Entre Douro e Vouga	80,64	19º Lezíria do Tejo	79,41
5º Região Autónoma dos Açores	1,27	20º Tâmega	1,06	5º Dão-Lafões	80,41	20º Oeste	79,34
9º Alto Alentejo	1,22	21º Minho-Lima	1,04	6º Grande Porto	80,26	21º Pinhal Interior Norte	79,29
7º Alentejo Litoral	1,20	22º Cávado	1,04	7º Baixo Vouga	80,26	22º Península de Setúbal	79,26
8º Grande Porto	1,19	23º Serra da Estrela	1,04	8º Alentejo Central	80,25	23º Alentejo Litoral	79,22
9º Alentejo Central	1,19	24º Beira Interior Norte	1,03	9º Minho-Lima	80,24	24º Alto Alentejo	78,97
10º Lezíria do Tejo	1,19	25º Ave	1,02	10º Grande Lisboa	80,23	25º Beira Interior Sul	78,93
11º Beira Interior Sul	1,18	26º Alto Trás-os-Montes	1,02	11º Ave	80,22	26º Serra da Estrela	78,48
12º Baixo Vouga	1,14	27º Pinhal Interior Norte	1,01	12º Algarve	80,02	27º Pinhal Interior Sul	78,11
13º Oeste	1,14	28º Douro	1	13º Médio Tejo	80	28º Baixo Alentejo	78,04
14º Baixo Mondego	1,12	29º Região Autónoma da Madeira	0,98	14º Douro	79,91	29º Região Autónoma da Madeira	77,49
15º Pinhal Litoral	1,11	30º Pinhal Interior Sul	0,95	15º Cova da Beira	79,88	30º Região Autónoma dos Açores	76,49

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados.

Concluimos que todas as NUTS III na base da pirâmide etária, estão a perder população não tendo capacidade de reposição e que a E0 está a aumentar e se situa entre os 76,49 anos e os 80,80 anos. Podemos ainda afirmar, que as regiões com maior percentagem de idosos são também as que têm maior índice de envelhecimento (Tabela 23), ou seja as mais envelhecidas e com menos capacidades de rejuvenescimento.

Tabela 23: Ranking Percentagem de Idosos, Índice de Envelhecimento. Portugal NUTS III, 2011

NUTS III	% Idosos	NUTS III	% Idosos	NUTS III	IE	NUTS III	IE
1º Pinhal Interior Sul	34%	16º Baixo Mondego	22%	1º Pinhal Interior Sul	325	16º Dão-Lafões	169
2º Serra da Estrela	29%	17º Lezíria do Tejo	22%	2º Serra da Estrela	263	17º Lezíria do Tejo	150
3º Beira Interior Norte	29%	18º Oeste	20%	3º Beira Interior Sul	250	18º Oeste	133
4º Beira Interior Sul	29%	19º Baixo Vouga	19%	4º Alto Trás-os-Montes	249	19º Algarve	131
5º Alto Trás-os-Montes	28%	20º Pinhal Litoral	19%	5º Beira Interior Norte	249	20º Pinhal Litoral	129
9º Alto Alentejo	27%	21º Algarve	19%	9º Alto Alentejo	215	21º Baixo Vouga	128
7º Alentejo Litoral	26%	22º Grande Lisboa	18%	7º Cova da Beira	209	22º Grande Lisboa	119
8º Cova da Beira	25%	23º Península de Setúbal	18%	8º Pinhal Interior Norte	203	23º Península de Setúbal	113
9º Baixo Alentejo	25%	24º Grande Porto	17%	9º Alentejo Litoral	189	24º Grande Porto	111
10º Médio Tejo	24%	25º Entre Douro e Vouga	16%	10º Baixo Alentejo	189	25º Entre Douro e Vouga	109
11º Alentejo Litoral	24%	26º Ave	15%	11º Alentejo Central	184	26º Ave	95
12º Alentejo Central	24%	27º Região Autónoma da Madeira	15%	12º Douro	175	27º Região Autónoma da Madeira	91
13º Minho-Lima	23%	28º Cávado	14%	13º Minho-Lima	174	28º Cávado	87
14º Douro	23%	29º Tâmega	14%	14º Médio Tejo	174	29º Tâmega	81
15º Dão-Lafões	23%	30º Região Autónoma dos Açores	13%	15º Baixo Mondego	173	30º Região Autónoma dos Açores	73

Cálculos e elaboração própria. Fonte: Tabela 2.1, Anexo II

⁸⁴² Uma vez que nenhuma região atinge os 2,1 filhos por mulher em idade fértil

Estamos perante uma nova sociedade, decorrente das alterações nas dinâmicas demográficas, com estruturas etárias diferentes e com necessidades diferentes, impelindo a uma diferente tomada de decisão, designadamente relativamente aos serviços de saúde.

Concordantemente, apresentamos a distribuição dos serviços de saúde em Portugal.

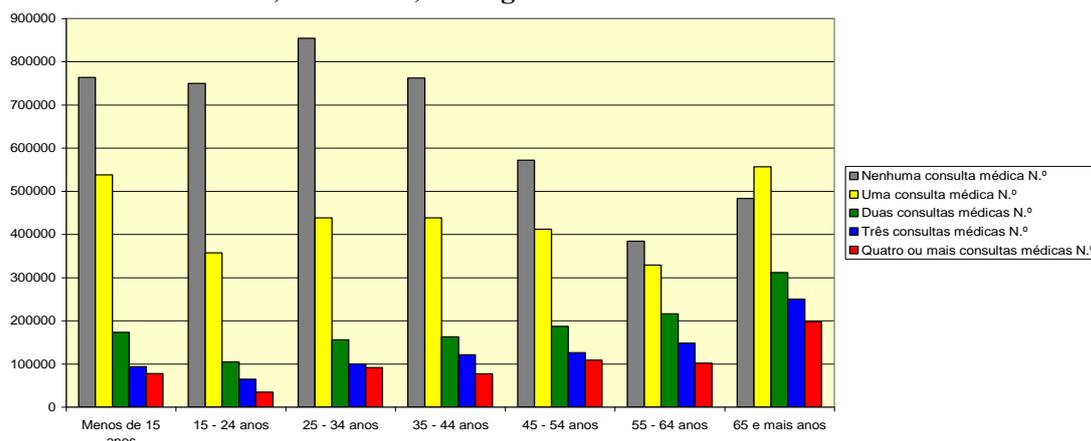
II.2.4. Serviços de saúde em Portugal. Equipamentos e recursos humanos da saúde.

Conforme mencionado anteriormente, Portugal e a política de saúde nacional está enquadrada com as organizações internacionais, designadamente a OMS e a UE. Relativamente aos serviços de saúde existem determinações, como as referidas no RSI (2005) e na *EU Health Strategy*, a serem seguidas. O RSI (2005) determina que cada Estado-Membro desenvolve, reforça e mantém, em todo o seu território, a capacidade de vigilância, de detetar, avaliar e notificar eventos e prestar informações relativas ao mesmo. Sendo que refere a capacidade de vigilância, se relaciona com os hospitais e serviços de saúde pública de proximidade, os quais devem estar formalmente e eficientemente interligados. Acrescentando, a determinação da necessidade de reforçar os sistemas de saúde e promover o acesso equitativo a nível de todo o território dos Estados. A UE, na *EU Health Strategy*, coloca como objetivos a diminuição das desigualdades a nível regional, a proteção na saúde, nomeadamente na saúde dos idosos, e melhorar os meios de vigilância e resposta. Em suma, os serviços de saúde assumem um valor inegável na política de saúde internacional e conseqüentemente na nacional, e espelham a mesma, assim como os recursos humanos da saúde e a capacidade que serviços e profissionais detêm, em número e qualidade/competências, para prestarem serviços de excelência aos utentes.

Uma vez que esta tese se relaciona com a população maior de 65 anos, as estatísticas (Figura 30) demonstram que estes são quem mais utiliza os serviços de saúde, constituindo-se como o grupo funcional que detém maior número de indivíduos nos vários escalões de consultas, no período de referência 2005/2006⁸⁴³. Estes dados, remetem-nos para a necessidade de serviços de saúde em número suficiente para responder às suas necessidades.

⁸⁴³Referimos este ano porque é o ano que a nossa fonte de eleição, o INE, disponibiliza.

Figura 30 – População Residente por grupo etário e escalão de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, 2005/2006, Portugal



Elaboração Própria. Fonte: INE. Base de dados.

Concordantemente referimos que “(...) as redes de equipamentos coletivos, de um modo geral, e de equipamentos de saúde, em particular, deverão estar preparadas para enfrentar os desafios que derivam das alterações das estruturas demográficas (...)”⁸⁴⁴ nomeadamente do aumento do número de indivíduos com 65 e mais anos, uma vez que no processo de tomada de decisão relativo à programação de equipamentos de saúde “(...) a satisfação das necessidades de saúde por parte das populações (...) são fatores condicionantes (...)”⁸⁴⁵. Acrescenta-se, ainda, que as alterações na estruturas demográficas, especificamente o crescente envelhecimento “(...) são fatores que também condicionam fortemente a programação de equipamentos de saúde, nomeadamente, em relação às tipologias de equipamentos e de serviços saúde a disponibilizar (...)”.

Dada a relevância que os serviços de saúde detêm para os sectores político e social e especificamente para os maiores de 65 anos, nomeadamente a relação do aumento do número de idosos e a programação de equipamentos de saúde (sendo que não podemos separar os equipamentos dos recursos humanos), consideramos pertinente apresentar o quadro evolutivo e atual dos serviços e recursos humanos da saúde, que consideramos serem os que mais respondem à demanda da população idosa. De forma a concretizar este objetivo, dividimos este ponto em dois, sendo que primeiramente tratamos os serviços de saúde e de seguida os recursos humanos. Como fontes, utilizamos os dados disponibilizados pelo INE, PORDATA, os dados da DGS, da Ordem dos Enfermeiros, do Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses e, pontualmente, poderemos utilizar outras fontes. Pretendemos perceber a evolução que, em termos numéricos, os equipamentos e profissionais sofreram, dando especial relevância aos serviços oficiais, ou seja aos tutelados pelo Estado, por serem

⁸⁴⁴CARVALHO, 2010

⁸⁴⁵ Idem

estes os que retratam melhor a tomada de decisão política relativa ao tema. Acrescenta-se que o tipo de serviço, se é público ou se resulta de parceria público privada, não consideramos relevante de esmiuçar, uma vez que o interesse passa pela resposta que os serviços de saúde prestam à população e não as questões administrativas. A nossa análise territorial, foca-se ao nível das NUTS II, no entanto, pontualmente, e sempre que os dados a que tivemos acesso o permitir, iremos dar atenção ao nível NUTS III, para uma melhor análise de proximidade. Salvaguardamos, o facto de que em termos temporais o INE e algumas das outras fontes, não disponibilizavam os dados, à data da nossa pesquisa, para o período em estudo, ou seja não encontramos dados de 1974, optando por expor os mais próximos possível desta data, mesmo que não correspondam aos mesmos anos para os diferentes indicadores. Assim como, não dispomos dos dados para os mesmos períodos temporais, mais próximos da atualidade. No decorrer do texto qualquer questão metodológica mais específica irá sendo exposta.

II.2.4.1. Serviços de saúde / equipamentos

Neste ponto, ordenamos em termos narrativos os serviços/equipamentos de saúde, iniciando pelos hospitais, seguidos dos centros de saúde (CS), das extensões de centros de saúde (ECS), da RNCCI e por fim das Unidades de Medicina Física e Reabilitação.

Relativamente aos **hospitais** e em território nacional [Figura 31 e Tabela 3.5 (Anexo III)], o número diminuiu entre 2002 e 2009 (de 213 para 189), de 2009 para 2010 parece ter existido um aumento no entanto, de acordo com a informação da PORDATA esta evolução prende-se com uma alteração na metodologia de contagem⁸⁴⁶ essencialmente nos hospitais oficiais⁸⁴⁷. Podemos ler⁸⁴⁸ que a tendência, pelo traçado do gráfico, no que se refere aos hospitais oficiais é para decréscimo de 2002 a 2009, mas em 2002 eram 119 e em 2013 eram igualmente 119, afigurando-se a sua manutenção. Os privados a tendência é crescente, em todo o período, sendo que em 2002 eram 94 e em 2013 eram 108.

⁸⁴⁶ “Quebra de série apenas aplicável na variável “Hospitais” decorrente da revisão da aplicação da unidade estatística (hospital): entre 1999 e 2009 (inclusive), foram consideradas por vezes as unidades administrativas (p.ex: centros hospitalares); a partir de 2010, passaram a ser consideradas as unidades locais. Assim, o acréscimo nos valores apresentados não corresponde a um aumento real do número de hospitais.” (PORDATA, Metainformação)

⁸⁴⁷ Salvaguardamos que embora os dados sejam do INE, não encontramos justificação neste organismo para o aumento observado, nem encontramos na nossa pesquisa razão para tal, sendo que somente na PORDATA verificamos a justificação para este aumento do número de hospitais.

⁸⁴⁸ Não considerando o aumento que não nos possibilita perceber a exata evolução destes equipamentos de saúde.

Figura 31: Hospitais oficiais e privados (Nº). Portugal, 2002-2013

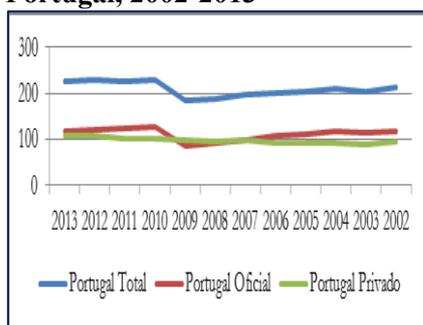
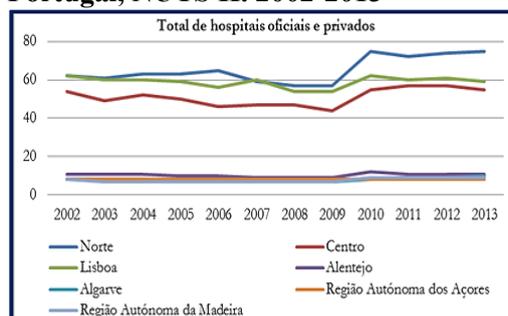


Figura 32: Hospitais oficiais e privados (Nº). Portugal, NUTS II. 2002-2013



Elaboração própria. Fonte das Figuras 31 e 32: Tabela 3.5 (Anexo III)

Ao nível das NUTS II (Figura 32 e Tabela 3.5 do Anexo III) independentemente da sua natureza institucional, percebe-se que entre 2002 e 2013 existiram oscilações nos quantitativos, exceto na RAA na qual na totalidade do período representado (2002-2013) se mantiveram os 8 hospitais. Na região Norte de 2002 para 2003 o número diminuiu de 62 para 61, tendo aumentado até 2006 para 65 e de seguida diminuído consecutivamente para 57 em 2008 e 2009, de 2009 para 2010 teve uma subida considerável passando a usufruir de 75 hospitais, situação que se reverteu em 2011, com 72, sendo que no último período 2012-2013 o Norte obteve mais um hospital passando de 74 para 75, atingindo em 2013 o mesmo número de hospitais que em 2010. A região Centro manifesta uma tendência clara de diminuição do número de hospitais até 2009, embora com ligeiras oscilações, passando de 54 para 44 hospitais, e invertendo o processo para 2010 com 55, sendo que aumentou para 57 em 2011 e 2012 e retomando os 55 em 2013. Lisboa decresceu o seu número de hospitais visivelmente entre 2002 e 2006, passou de 62 para 56 sendo que em 2007 subiu para 60, 2008 e 2009 retoma a descida para 54 e 2010 sobe para 62. Desde esta data e até 2013 a tendência é claramente de descida com 2013 a deter 59 hospitais. A região do Alentejo sofre uma descida clara no número de hospitais no período 2002-2009 de 11 para 9, passando para 12 em 2010 e a partir de 2011 estabiliza nos 11 hospitais. O Algarve mantém os quantitativos de 2002 a 2009 entre os 8 e os 9 hospitais e desde 2010 a 2013 sobe de 8 para 10. A RAM inicia o período em análise com 8 hospitais em 2002, descendo em 2003 para 7 e manteve este número até 2009. Em 2010 subiu para 9, número este que manteve até 2013.

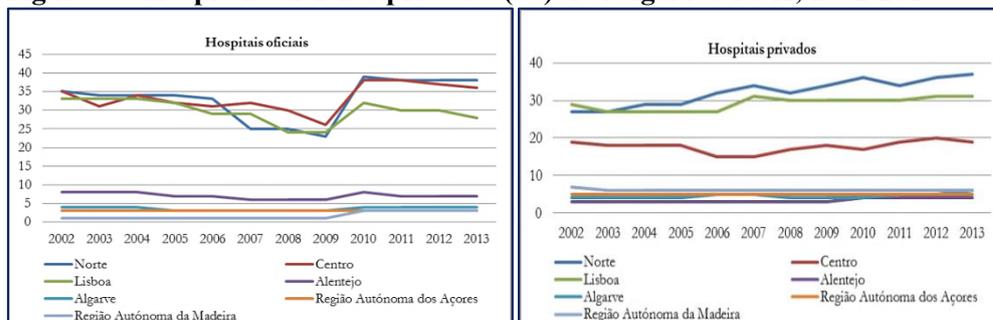
Ordenando as regiões por ordem decrescente de número de hospitais, em 2013: 1º Norte (75); 2º Lisboa (59); 3º Centro (55); 4º Alentejo (11); 5º Algarve (10); 6º RAM (9); 7º RAA (8).

Desagregando os hospitais em oficiais⁸⁴⁹ e privados (Figura 33), podemos constatar que em relação à região Norte as oscilações no quantitativo de hospitais se deve à oscilação no número de hospitais oficiais, uma vez que os privados no período 2002-2013 estiveram em crescendo na região, sendo que atualmente, em 2013, existem nesta região 37 hospitais privados e 38 oficiais. Na região Centro os hospitais oficiais, após um período de decréscimo entre 2002 e 2009, aumentaram de forma abrupta de 2009 para 2010 de 26 para 38 mantendo-se o número em 2011 e desta data até 2013 decresceram atingindo em 2013 os 36 hospitais oficiais. Os hospitais privados até 2007 decresceram em número de 19 para 15 e a partir deste ano até 2012 retomou a tendência crescente, sendo que em 2013 diminuíram de 20 para 19. Sintetizando, atualmente existem no Centro 19 hospitais privados e 36 oficiais. Em Lisboa os hospitais oficiais diminuíram até 2009 (33 em 2002; 24 em 2009), aumentando para 32 em 2010 e dessa data até 2013 diminuíram para 28. Quanto aos hospitais privados, embora no período 2002-2013 tenham existido oscilações, a tendência tem sido claramente crescente, iniciando em 2002 com 29 hospitais privados e em 2013 deter 31. Concluindo em 2013 a região de Lisboa tem 28 hospitais oficiais e 31 hospitais privados, evidenciando a supremacia do sector privado nesta região. O Alentejo demonstrou um perfil decrescente, relativamente aos hospitais oficiais, entre 2002 e 2009 passando de 8 hospitais para 6, com um aumento em 2010 para 8 e em 2011 decresceu para 7 e manteve este numerário até 2013. Em relação aos hospitais privados, manteve quantitativos constante de 2002 até 2009 (3 hospitais), em 2010 aumentou para 4 e mantém-se este número até 2013. Ou seja em 2013 o Alentejo tinha 7 hospitais oficiais e 4 privados. O Algarve no que concerne com os hospitais oficiais entre 2002 e 2004 manteve 4 hospitais, diminuindo em 2005 para 3 e mantendo este quantitativo até 2009. Em 2010 aumenta para 4 e mantém-se até 2013. Os hospitais privados nesta região desde 2002 a 2013 têm demonstrado tendência crescente iniciando em 2002 com 4 e chegando a 2013 com 6. Ou seja em 2013 o Algarve tinha 4 hospitais oficiais e 6 privados, demonstrando de igual modo a Lisboa a supremacia do sector privado na região. Relativamente à RAA os dados demonstram que no período 2002-2013 não existiram alterações no número de hospitais oficiais e privados mantendo-se a relação de 3 para 5 respetivamente. Assim em 2013 existiam 3 hospitais oficiais e 5 privados, enquadrando o seu perfil regional, no que respeita á natureza institucional dos hospitais, no perfil das regiões de Lisboa e Algarve. A RAM de 2002 a 2009 manteve 1

⁸⁴⁹ “Hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: a) Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; b) Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; c) Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna; d) Prisional - tutelado pela Ministério da Justiça.” (INE, 2014, Metainformação)

hospital oficial, em 2010 subiu para 3, número que manteve até 2013. Em relação aos hospitais privados em 2002 tinha 7 hospitais e em 2003 diminuiu para 6 mantendo este número até 2013. Ou seja em 2013 esta região detinha 3 hospitais oficiais e 6 privados, colocando-se em situação semelhante a Lisboa, ao Algarve e à RAA com supremacia dos hospitais privados.

Figura 33: Hospitais oficiais e privados (Nº). Portugal NUTS II, 2002-2013



Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.5 (Anexo III)

Tendo em linha de conta que o INE subdivide os Hospitais segundo a modalidade, gerais ou especializados, podemos constatar que de 2010 a 2012⁸⁵⁰ (Tabela 3.6 do Anexo II), ao nível das NUTS II os hospitais gerais detêm a supremacia numérica em relação aos especializados, exceto na RAA em que os dois tipos assumem o mesmo número. Esta supremacia mantém-se nas regiões do Norte (61) e na RAA (4). No Centro aumentaram de 40 para 44 e no Algarve de 6 para 7. As regiões em que os hospitais gerais diminuíram são Lisboa (41 para 40), Alentejo (10 para 9) e RAM (6 para 5). Relativamente aos hospitais especializados, no mesmo período, o número mantém-se em Lisboa (21), no Alentejo (2), no Algarve (2) e na RAA (4). Os mesmos aumentam somente na RAM (3 para 4) e diminuem no Norte (14 para 13) e no Centro (15 para 13). Salientamos que nas regiões em que existiu aumento dos hospitais gerais, no Centro e no Algarve, os especializados ou se mantiveram (Algarve) ou diminuíram (Centro); nas regiões que os Hospitais gerais se mantiveram, Norte e RAA, os especializados mantiveram-se nesta última e no Norte diminuíram; nas regiões em que os hospitais gerais diminuíram, Lisboa, Alentejo e RAM, nas duas primeiras o número de especializados manteve-se e na última aumentou.

Destes hospitais se isolarmos os hospitais oficiais (Tabela 3.7 no Anexo III) e com base nestes utilizando a Tabela 3.6 (Anexo III), calcularmos o número de privados obtemos a Tabela 24. Nesta Tabela observa-se que no Norte os hospitais especializados oficiais diminuíram de 2010 para 2011 (8 para 7) e sempre foram em número maior que os privados, mas com uma diferença atual de 6 privados para 7 oficiais. No que respeita aos gerais a

⁸⁵⁰ 2010-2012 é o período disponibilizado pelo INE para esta categorização dos hospitais.

supremacia foi sempre para os privados com 2012 a deter 32 privados para 29 oficiais. O Centro em relação aos hospitais especializados oficiais diminuíram em 2012 de 12 para 10, mas em todo o período a supremacia foi sempre para estes em detrimento dos privados. Relativamente aos hospitais gerais o número de hospitais oficiais gerais tem-se mantido superior aos privados, mas ambos têm aumentado o seu numerário no período sendo que os hospitais privados nos 3 anos em análise aumentaram 3 hospitais e os oficiais aumentaram 1 hospital. A região de Lisboa em todo o período demonstra a superioridade numérica dos hospitais privados no que respeita aos especializados e demonstra que estes hospitais oficiais diminuíram na região de 10 para 9, sendo que os privados aumentaram de 11 para 12. Quanto aos hospitais gerais, os privados sempre existiram em maior número do que os oficiais sendo que diminuíram de 25 para 23 e os oficiais aumentaram de 16 para 17. No Alentejo não existem hospitais oficiais especializados, sendo esta lacuna preenchida pelos privados que são 2. Os hospitais gerais oficiais mantêm a supremacia no período com 7 hospitais gerais para 2 privados. Na região do Algarve ambas as modalidades institucionais mantêm no período o mesmo número de hospitais especializados, ou seja 1 privado e 1 oficial e no que respeita aos hospitais gerais os oficiais mantêm 3 no período e os privados aumentam de 3 para 4. Na RAA os hospitais especializados são na sua totalidade (4) privados e os hospitais gerais oficiais detêm a supremacia de 3 para 1. No que respeita à RAM os hospitais especializados privados sempre estiveram representados em quantitativos superiores aos oficiais, sendo que em 2010 os oficiais não existiam e em 2012 existiam 3 privados e 1 oficial. Em relação aos hospitais gerais de 2010 a 2011 o número dos dois tipos de hospitais era igual, 3 em 2010 e 2 em 2011, e em 2012 a situação alterou-se aumentando os privados para 3 e os oficiais mantiveram-se com 2 hospitais.

Sintetizando, esta análise leva-nos a concluir que o sector privado tem vindo a assumir um papel de grande destaque no sistema de saúde nacional, existindo regiões em que este sector assume o papel fundamental uma vez que é o único com equipamentos de saúde, como sejam os hospitais especializados no Alentejo e na RAA.

Tabela 24: Hospitais públicos, privados, gerais, especializados (Nº). Portugal, NUTS II, 2010-2012

NUTS II	2012 (oficiais)		2012 (privados)		2011 (oficiais)		2011 (privados)		2010 (oficiais)		2010 (privados)	
	Genral	Especializ										
Norte	29	7	32	6	29	7	30	6	29	8	32	6
Centro	26	10	18	3	25	12	17	3	25	12	15	3
Lisboa	17	9	23	12	16	9	23	12	16	10	25	11
Alentejo	7	0	2	2	7	0	2	2	7	0	3	2
Algarve	3	1	4	1	3	1	4	1	3	1	3	1
Região Autónoma dos Açores	3	0	1	4	3	0	1	4	3	0	1	4
Região Autónoma da Madeira	2	1	3	3	2	1	2	4	3	0	3	3

Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.6 e 3.7 do Anexo III

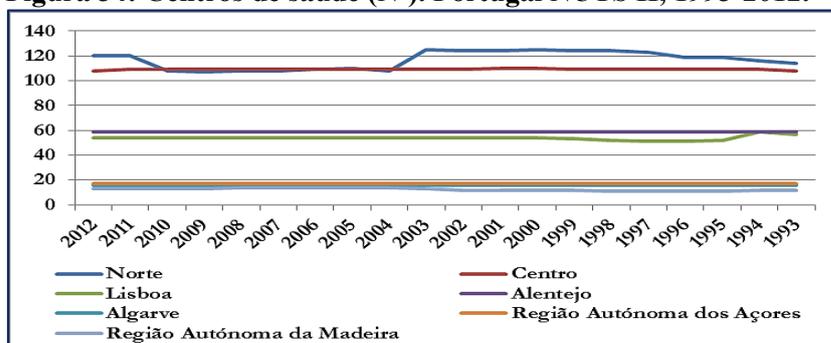
Embora o nível de análise deste trabalho sejam as NUTS II, conforme se constata na Tabela 3.5 (Anexo III) se desagregarmos ao nível das NUTS III relativa aos hospitais por natureza institucional (oficiais ou privados) observamos que de 2002 para 2013 das 30 NUTS, 22 mantiveram o número de hospitais oficiais e 13 mantiveram o número de hospitais privados, 4 diminuíram os hospitais oficiais e 3 diminuíram os privados, 4 aumentaram os oficiais para 14 que aumentaram os privados, 7 NUTS não tinham em 2013 hospitais privados e 2 não tinham hospitais públicos sendo que estas últimas (Pinhal Interior Norte e Pinhal Interior Sul) desde 2002 nunca tiveram hospital oficial e o Pinhal Interior Sul também não tem privado, mas o Pinhal Interior Norte tem 3 privados em 2013 e desde 2002. De referir ainda que em 2013 verificava-se a supremacia dos hospitais oficiais em 17 NUTS e dos hospitais privados em 8, com número igual de oficiais e privados encontram-se 5. Desta forma a constatação anterior relativa ao destaque do sector privado na atualidade é reforçada e também demonstra que é este sector que preenche algumas lacunas deixadas pelo sector publico, como sejam ao nível dos hospitais especializados (Tabela 3.6 e 3.7 Anexo III) que em 5 regiões são somente os privados que oferecem os serviços (Cavado, Pinhal Interior Norte, Beira Interior Norte, Alto Alentejo, Alentejo Central e RAA) ao que se adita que embora exista esta tipologia de hospitais oficiais em Lisboa e na RAM é o setor privado que detém a supremacia. Se analisarmos nas mesmas tabelas (Tabelas 3.6 e 3.7 Anexo III) os hospitais gerais observamos que em 7 regiões o privado tem a supremacia, em 5 está em igualdade, em 9 os oficiais estão em maior número e em 9 NUTS os oficiais constituem a totalidade dos hospitais gerais. Salientamos que das 30 NUTS III, só em 9 é que há ausência do sector privado dos hospitais gerais.

Debruçando-nos agora sobre os **Centros de Saúde (CS)** com desagregação segundo o tipo de serviço, com internamento e sem internamento de 1993 a 2012 (Tabela 3.1, Anexo III), constatamos que em todo o território nacional passamos de um total de 383 CS, com 255 sem internamento e 128 com internamento, para 387 sendo que 370 não tinham internamento e 17 tinham internamento. Ou seja, aumentaram em 19 anos 4 CS e diminuíram os CS com internamento em 111 serviços, e os CS sem internamento aumentaram em 115 serviços. No que concerne com o total de CS, a tendência foi crescente até 2003 e em 2004 sofre o primeiro decréscimo (393 para 377), mantendo-se em valores aproximados até 2010 e em 2011 aumenta (376 para 388), terminando o período que analisamos (2012) com os referidos 387. Relativamente aos CS sem internamento, a tendência crescente foi praticamente constante, com uma quebra de 2003 para 2004 (323

para 311) e retomando a tendência crescente em 2005 terminando o período, em 2012, com 370. Os CS com internamento em todo o período decresceram, passando de 128 para 17.

Ao nível das NUTS II no que concerne com a totalidade dos CS, independentemente do tipo de serviço [Figura 34 e Tabela 3.1 (Anexo III)] constata-se que o Norte até 2003 apresentou os quantitativos em crescendo, sendo a região com mais CS (aumentou de 114 para 125). A partir de 2003 até 2010 rondaram os 110/108 e em 2011 aumenta para 120 mantendo-se até 2012⁸⁵¹. A região Centro no período 1993-2012 ocupou maioritariamente o segundo lugar a seguir ao Norte⁸⁵², e em todo o período manteve um comportamento relativamente estável a rondar os 108 e os 110, iniciando o período (1993) com 108 e terminando (2012) com os mesmos 108 CS. Evidenciamos, antes de falar das outras regiões, o lugar de destaque que estas duas regiões, Norte e Centro, ocupam no contexto do território nacional. A região de Lisboa apresenta também um comportamento estável no que ao número de CS diz respeito, com algumas oscilações no período 1993-1999 entre 51 e 59, com os anos de 1993 e 1994 a deterem o maior número (57 e 59 respetivamente) e de 2000 a 2012 manteve 54 CS. O Alentejo em todo o período e em todos os anos manteve 59 CS, assim como o Algarve manteve 16 e a RAA manteve 17. A RAM embora apresente uma tendência estável, sofreu algumas oscilações entre os 11 e os 14 CS iniciando o período, em 1993, com 12 e chegando em 2012 com 13 CS.

Figura 34: Centros de saúde (Nº). Portugal NUTS II, 1993-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.1, Anexo III

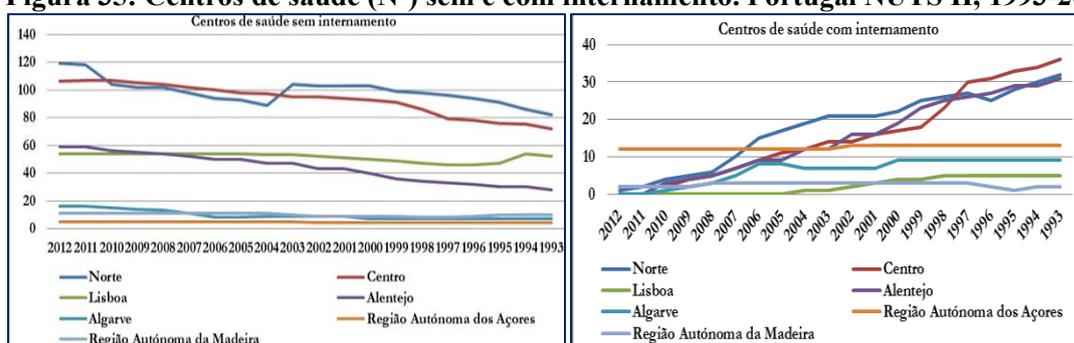
Da totalidade dos CS o INE desagrega-os, como já referimos, em categorias relativas à prestação de serviços: sem/com internamento; sem/com serviço de urgência; com/sem serviço domiciliário. Pela pertinência desta desagregação para este estudo vamos abordá-los. Assim no que respeita aos serviços sem internamento (Figura 35 e Tabela 3.1, Anexo

⁸⁵¹ De salientar que esta região até 2003 foi a que apresentou mais centros de saúde, entre 2004 e 2010 embora não detivesse o maior número, exceto em 2005, enquadrou-se sempre, em termos de ranking, no segundo lugar com valores muito próximos ou iguais ao primeiro lugar constituído pela região Centro, e a partir de 2011 retoma o seu perfil dianteiro.

⁸⁵² Exceto nos anos 2004, 2007, 2008, 2009 e 2010, mas com valores muito próximos.

III) podemos constatar mais uma vez a supremacia da região Norte seguida pelo Centro, com grande destaque relativamente às restantes regiões. No que respeita à região Norte os dados demonstram que entre 1993 e 2003 a tendência foi crescente passando de 83 para 104 e em 2004 diminuíram para 89, assumindo a partir de 2005 a tendência anterior crescente chegando em 2012 a 119 CS sem internamento. O Centro manteve a tendência crescente em todo o período exceto de 2011 para 2012 que diminuiu um serviço (passando de 109 para 108) de referir que em 1993 tinha 72 CS sem internamento. A região de Lisboa tem um perfil no início do período menos constante (de 1993 para 1994 passa de 52 para 54 e a partir de 1995 até 1997 diminui para 46) mas até 2005 assume uma postura crescente atingindo os 54 serviços e mantém este número até 2012. O Alentejo manteve o perfil crescente durante todo o período (28 em 1993 e 59 em 2012). O Algarve de 1993 a 2000 mantém 7 CS sem internamento, em 2001 passa para 9 que mantém até 2004 e de 2005 a 2006 mantém 8. A partir de 2009 aumenta até 2011 para 16, mantendo este quantitativo até 2012. A RAA mantém-se de 1993 até 2004 com 4 CS e em 2005 aumenta para 5 mantendo-se este número até 2012. A RAM apresenta um quadro relativamente constante com oscilações entre os 8 e os 11, mas nos últimos anos mantém os 11 CS sem internamento.

Figura 35: Centros de saúde (Nº) sem e com internamento. Portugal NUTS II, 1993-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.1, Anexo III

A análise dos quantitativos e a sua evolução, no período de referência, dos CS com internamento (Figura 35 e Tabela 3.1, Anexo III) reflete de imediato, no período inicial, a preeminência da região Centro relativamente ao Norte, bem como salienta a região do Alentejo demonstrando eventualmente a relevância que estes serviços de saúde detinham nesta região. Outra constatação que predomina é o perfil decrescente em quase todas as regiões fazendo crer que estes serviços praticamente foram extintos do território nacional com exceção da RAA onde não se alterou o quadro inicial, no Norte e no Algarve onde em 2012 ainda subsistiam algumas unidades. Analisando as regiões individualmente, com perfil decrescente temos o Norte (passa de 32 para 1); Centro (passa de 36 para 2); Lisboa (passa de 5 para 0); Alentejo (passa de 31 para 0); Algarve (passa de 9 para 0). A RAA decresce

ligeiramente (passa de 13 para 12) e a RAM mantem, durante todo o período, 2 CS com internamento. Ao cruzarmos os dados dos CS sem internamento com os com internamento sobressai a conclusão que por norma em todas as regiões a diminuição dos CS com internamento implica o aumento dos sem internamento.

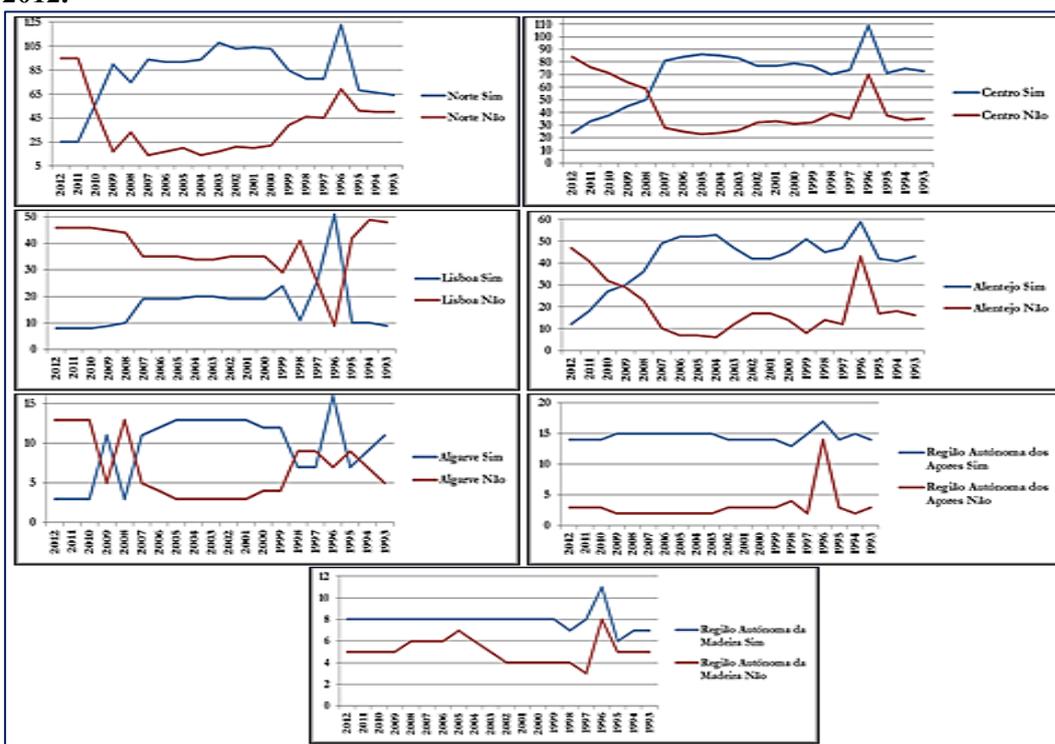
No que respeita à existência de urgência nos CS, a Figura 36 representa o quadro nacional por NUTS II de 1993 a 2012 e nela pode ver-se que em todas as NUTS de Portugal Continental, os CS com urgência foram desaparecendo e os sem urgência foram aumentando. Nas Regiões Autónomas o cenário é diferente, tirando o ano de 1996 em que existe um pico nos quantitativos, os serviços mantêm-se em números aproximados em todo o período com os CS com serviço de urgência com maior expressividade. Isolando as regiões observa-se que o Norte inicia o período (1993) com 50 sem serviço de urgência e em 2012 tem 95 e com serviço de urgência passa de 64 para 25; o Centro sem urgência passa de 35 para 84 e com urgência passa de 73 para 24; Lisboa sem urgência passa de 48 para 46 e com urgência passa de 9 para 8; Alentejo sem urgência passa de 16 para 47 e com urgência passa de 43 para 12; Algarve sem urgência passa de 5 para 13 e com urgência passa de 11 para 3; RAA sem urgência mantem 3 e com urgência mantem 14; RAM sem urgência mantem 5 e com urgência passa de 7 para 8. De referir, que a análise dos gráficos coloca uma situação de grande rutura no traçado em 1996 na qual em, praticamente, todas as regiões surge um aumento considerável de CS com serviço de urgências, por vezes acompanhado por um aumento ou decréscimo dos CS sem urgência. A pesquisa efetuada não foi conclusiva, no entanto há três fatores que surgem neste ano: um surto gripal⁸⁵³; Portugal passou a participar em 1996 no *European Influenza Surveillance Scheme (EISS)*⁸⁵⁴; a criação dos *Projetos Alfa*⁸⁵⁵. Estes fatores podem ter potenciado a tomada de decisão local de resposta promovendo os serviços de urgência e em 1997 foi revogada.

⁸⁵³ Direção Geral de Saúde, 2008; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015

⁸⁵⁴ “(...) sistema de vigilância epidemiológica (...) finalidade contribuir para a redução da morbilidade e da mortalidade associadas ao vírus da gripe humana, através da monitorização da atividade gripal (...) e da identificação precoce de eventuais surtos de gripe. A participação portuguesa processa-se através do envio semanal da informação obtida pelo Sistema Nacional de Vigilância da Gripe (...)” (DGS, 2008)

⁸⁵⁵ “(...) A partir de 1996 promoveu-se um conjunto de experiências locais, tendentes a abrir, a diversificar e a fazer evoluir a realidade relativamente uniforme, rígida e burocrática dos CS de segunda geração, sem capacidade de gestão autónoma e sem estímulos para se adaptarem às novas exigências de acesso e qualidade. Os projetos “Alfa”, iniciados em 1996/1997, foram um primeiro impulso para tentar descongelar a situação existente (...) criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa. (...)” sendo que “(...) Esta iniciativa foi obstaculizada por dirigentes e órgãos da administração pública “tradicionalista” do sector da saúde e também por algumas organizações profissionais (...)” Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2002; Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012

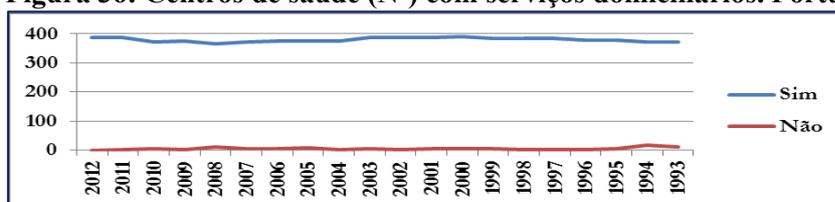
Figura 36: Centros de saúde (Nº) com serviço de urgência (sim/não). Portugal NUTS II, 1993-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.1, Anexo III

A nível nacional, no que respeita aos CS com serviços domiciliários, a análise da Figura 36 e Tabela 3.3 (Anexo III), demonstra que não existiram grandes alterações no período em estudo, com os CS com serviços domiciliários a representarem a maioria e destacando-se quantitativamente dos que não têm, com valores que oscilaram entre os 372 em 1993 e os 387 em 2012, demonstrando um aumento, e os sem serviço domiciliários a oscilarem entre os 11 e o 0, ou seja este tipo de CS foi anulado em 2012.

Figura 36: Centros de saúde (Nº) com serviços domiciliários. Portugal NUTS II, 1993-2012.

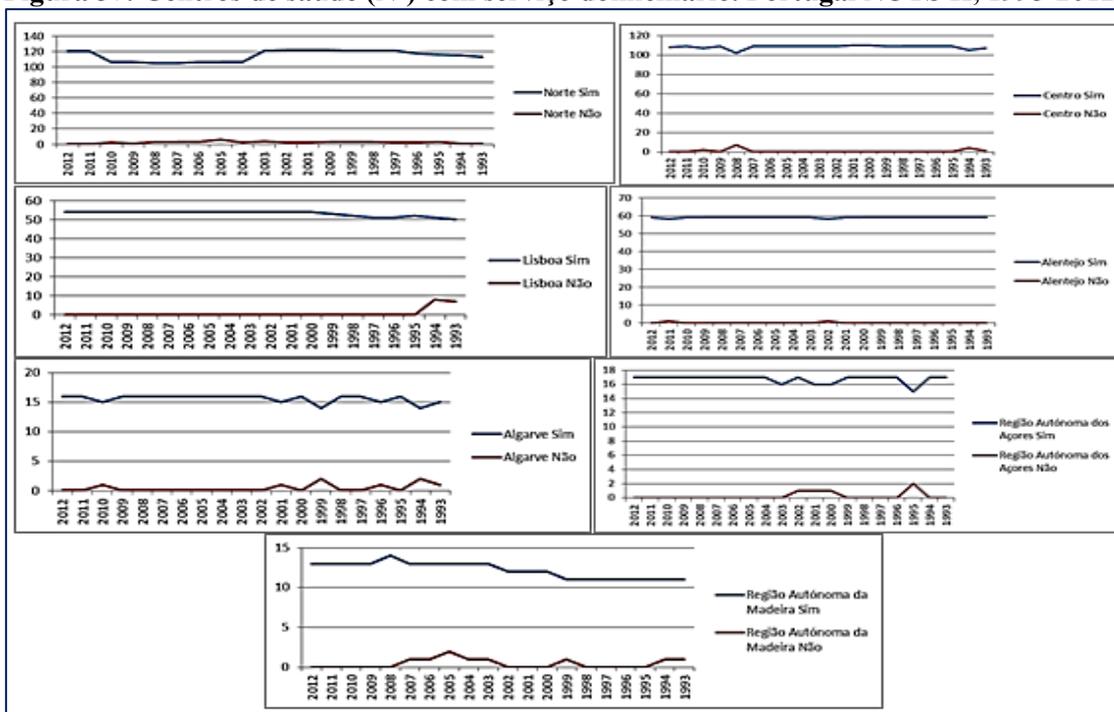


Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.3, Anexo III

A nível regional, o cenário nacional repete-se, existindo mais CS com serviços domiciliários do que sem esses serviços (Figura 37 e Tabela 3.3, Anexo III). De 1993 para 2012: o Norte passa de 113 para 120 com serviços e de 1 para 0 sem serviços; o Centro passa de 107 para 108 com serviços e de 1 para 0 sem serviços; Lisboa passa de 37 para 54 com serviços e de 7 para 0 sem serviços; Alentejo mantém 59 com serviços e 0 sem serviços; Algarve passa de 15 para 16 com serviços e de 1 para 0 sem serviços; RAA

mantem 17 com serviços e 0 sem serviços; RAM passa de 11 para 13 com serviços e de 1 para 0 sem serviços.

Figura 37: Centros de saúde (Nº) com serviço domiciliário. Portugal NUTS II, 1993-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.3, Anexo III

Conforme efetuado para os hospitais, os CS ao nível da NUTS III (Tabela 25 e Tabela 3.1, Anexo III), quando analisados os quantitativos de 1993 e 2012, ou mantiveram-se ou aumentaram entre um e três equipamentos deste tipo, com exceção do Baixo Vouga que perdeu um CS e de Lisboa que perdeu 6 CS.

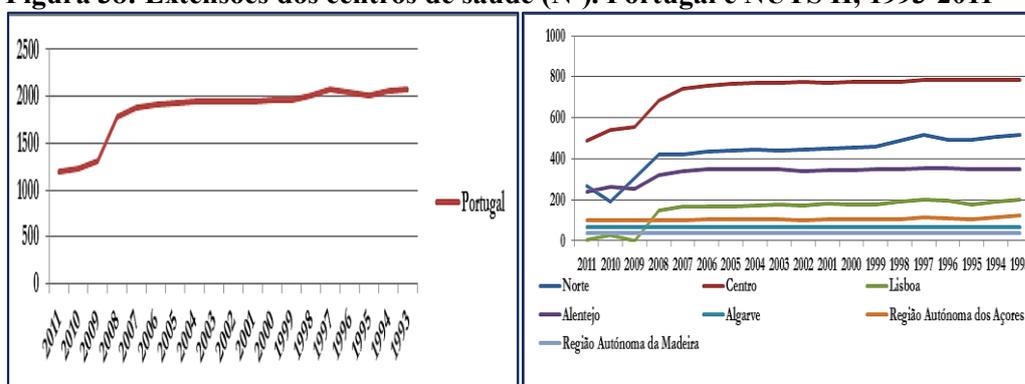
Tabela 25: Centros de saúde (Nº). Portugal NUTS III, 1993 e 2012.

NUTS III	2012	1993	NUTS III	2012	1993
Minho-Lima	12	11	Beira Interior Norte	9	9
Cávado	9	7	Beira Interior Sul	4	4
Ave	11	10	Cova da Beira	3	3
Grande Porto	31	31	Oeste	12	11
Tâmega	17	17	Médio Tejo	11	11
Entre Douro e Vouga	5	5	Grande Lisboa	38	44
Douro	20	19	Península de Setúbal	16	13
Alto Trás-os-Montes	15	14	Alentejo Litoral	5	5
Baixo Vouga	12	13	Alto Alentejo	16	16
Baixo Mondego	13	13	Alentejo Central	14	14
Pinhal Litoral	6	6	Baixo Alentejo	13	13
Pinhal Interior Norte	14	14	Lezíria do Tejo	11	11
Dão-Lafões	16	16	Algarve	16	16
Pinhal Interior Sul	5	5	Região Autónoma dos Açores	17	17
Serra da Estrela	3	3	Região Autónoma da Madeira	13	12

Elaboração própria. Fonte: tabela 3.1, anexo III

Relativamente às **extensões dos centros de saúde (ECS)**⁸⁵⁶ (Figura 38) no período em análise (1993-2011) e na totalidade do território nacional a tendência foi decrescente passando de 2080 para 1199. A nível regional NUTS II [Figura 38 e tabela 3.4 (Anexo III)], a descida repete-se em todas as regiões exceto no Algarve, no entanto no período há algumas oscilações e especificidades regionais. A região Norte inicia o período com 518 e termina com 267, no entanto sofre pequenas oscilações, das quais destacamos: aumento em 1997 (de 494 para 516); descida em 1998 para 487; tendência decrescente até 2010 chegando a 190 serviços (com maior quebra a partir de 2008); aumento em 2011 passando para 267. A região Centro também tem tendência decrescente (iniciando em 1993 com 784) com o perfil descendente mais vincado a partir de 2007, e conseguindo em 2011 deter 487. A região de Lisboa apresenta uma tendência maioritariamente decrescente (em 1993 tinha 201 extensões), exceto entre 1996 e 1997 (aumenta de 178 para 199), retomando a tendência decrescente a partir de 1998, sofre uma descida expressiva em 2009 (148 em 2008 e 0 em 2009) e em 2010 sobe para 30, chegando a 2011 com 6 ECS. O Alentejo em 1993 tinha 349 ECS e com algumas oscilações pouco significativas chega ao ano de 2006 com 348 sofrendo a primeira grande quebra em 2007 (passa para 339), no período de 2007 a 2009 continua a decrescer e em 2010 passa de 252 para 261, decrescendo abruptamente em 2011 para 238. A região do Algarve em 1993 tinha 65 ECS e em 2011 mantém as mesma 65, salvaguardando que no período teve oscilações entre as 65 e as 68 ECS. A RAA inicia o período (1993) com 124 e até 2011 apresenta uma tendência marcadamente decrescente, embora com oscilações pouco relevantes estatisticamente, atingindo em 2011 as 100. A RAM um perfil mais constante embora com alguma tendência decrescente uma vez que em 1993 tinha 39 ECS e em 2011 desce para 36, mas no período oscila entre as 40 e as 36.

Figura 38: Extensões dos centros de saúde (Nº). Portugal e NUTS II, 1993-2011



Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.4, Anexo III

⁸⁵⁶ “Unidade periférica dos CS, situada em local da sua área de influência, tendo em vista proporcionar uma maior proximidade e acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.” (Instituto Nacional de Estatística)

Ao nível das NUTS III (Tabela 26) observa-se que na sua maioria, entre 1993 e 2011, perderam-se ECS com o Médio Tejo, a Península de Setúbal e a Lezíria do Tejo a perderem a totalidade e o Oeste a ficar com uma única extensão, sendo que nenhuma região aumentou os quantitativos e somente três regiões mantiveram o número destes equipamentos de saúde (Pinhal Litoral, Beira Interior Sul e Algarve)

Tabela 26: Extensões dos centros de saúde (Nº). Portugal NUTS III, 1993 e 2012.

NUTS III	Diferença entre 1993 e 2011	2011	1993	NUTS III	Diferença entre 1993 e 2011	2011	1993
Minho-Lima	22	21	43	Beira Interior Norte	7	50	57
Cávado	22	22	44	Beira Interior Sul	0	51	51
Ave	16	27	43	Cova da Beira	1	55	56
Grande Porto	43	27	70	Oeste	73	1	74
Tâmega	11	53	64	Médio Tejo	103	0	103
Entre Douro e Vouga	12	28	40	Grande Lisboa	134	6	140
Douro	43	34	77	Península de Setúbal	61	0	61
Alto Trás-os-Montes	82	55	137	Alentejo Litoral	6	30	36
Baixo Vouga	8	75	83	Alto Alentejo	10	66	76
Baixo Mondego	34	55	89	Alentejo Central	14	77	91
Pinhal Litoral	0	61	61	Baixo Alentejo	4	65	69
Pinhal Interior Norte	34	55	89	Lezíria do Tejo	77	0	77
Dão-Lafões	23	30	53	Algarve	0	65	65
Pinhal Interior Sul	13	25	38	Região Autónoma dos Açores	24	100	124
Serra da Estrela	1	29	30	Região Autónoma da Madeira	3	36	39

Elaboração própria. Fonte: Tabela 3.4, Anexo III

No que respeita aos equipamentos incluídos na **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, serviços que têm como população alvo essencialmente os maiores de 65 anos, estes compreendem: Unidades de convalescença (UC) “(...) *tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos e destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão (...)*”⁸⁵⁷; Unidade de média duração e reabilitação (UMDR) “(...) *tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa (...) deve ter períodos de internamento com uma “previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão (...)*”⁸⁵⁸; Unidade de longa duração e manutenção (ULDM) “(...) *tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos (...)*”⁸⁵⁹; Unidade de cuidados paliativos (UCP) “(...) *é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento,*

⁸⁵⁷ Entidade Reguladora da Saúde, 2013

⁸⁵⁸ Idem

⁸⁵⁹ Idem

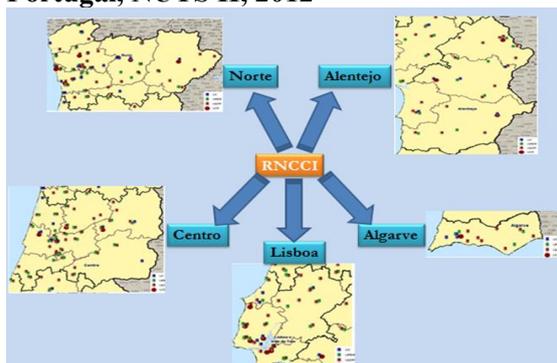
*tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva (...)*⁸⁶⁰.

Destas unidades e independentemente da sua tipologia existem em Portugal continental 268 unidades (Tabela 27 e Figura 39). Salientamos o Norte com maior número de unidades, seguido pelo Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve.

Tabela 27: Unidades de internamento integradas na RNCCI. Portugal, Regiões de saúde/NUTS II, 2012.

Região de saúde/NUTS II	Unidades de internamento (Nº)
Norte	91
Centro	75
Lisboa	51
Alentejo	35
Algarve	16
Total	268

Figura 39: RNCCI - Unidades de internamento integradas na RNCCI. Distribuição geográfica. Portugal, NUTS II, 2012



Elaboração própria. Fonte da tabela 27 e figura 39:

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados in Entidade Reguladora da Saúde, 2013

Relativamente à natureza institucional destas unidades, a Tabela 28 demonstra que a maioria, em todas as regiões, está sob a alçada da Misericórdia, com as IPSS a ocuparem o segundo lugar, as instituições privadas a deterem o terceiro lugar e as instituições incluídas no SNS a ocuparem o último lugar sendo menos representativas. Das incluídas no SNS a região do Alentejo é a que tem maior percentual, seguido do Norte, Centro, Algarve e por último Lisboa. Desagregando por tipologias (Tabela 29) existem mais ULDM a nível nacional, seguidas por UMDR, por UC e por último, com quantitativos muito inferiores, aparecem as UCP. Ao nível das regiões as ULDM estão mais representadas no Norte seguido do Centro, de Lisboa, Alentejo e Algarve. As UMDR detêm quantitativos iguais no Norte e Centro, aparecendo estas regiões na liderança numérica, seguidas de Lisboa, Alentejo e Algarve. Relativamente às UC, observa-se que têm maior representatividade no Norte, seguido do Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve. As UCP estão em Lisboa, seguida do Norte, do Centro e do Alentejo, com o mesmo número, e por último no Algarve.

⁸⁶⁰ Idem

Tabela 28: Distribuição das unidades de internamento por natureza institucional. Portugal, Regiões de saúde/ NUTS II, 2012.

Região de saúde/NUTS II	Misericórdia	IPSS	Privada	SNS
Norte	62%	4%	19%	15%
Centro	53%	20%	16%	11%
Lisboa	35%	30%	31%	4%
Alentejo	49%	34%	0%	17%
Algarve	44%	25%	25%	6%

Tabela 29: Unidades de internamento integradas na RNCCI por tipo. Portugal, Regiões de saúde/ NUTS II, 2012.

Tipos de Unidades de internamento	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Total
UC	19	9	8	6	3	45
UMDR	27	27	15	9	4	82
ULDm	40	36	22	17	8	123
UCP	5	3	6	3	1	18
Total	91	75	51	35	16	268

Elaboração própria. Fonte das Tabelas 28 e 29: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados in Entidade Reguladora da Saúde, 2013

Para além de serviços de internamento a RNCCI inclui cuidados domiciliários: equipa de cuidados continuados integrados: “(...) *equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (...)*”^{861 862 863}

As equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados são 245 a nível do território continental, distribuídas por ordem decrescente de quantitativos, pelo Norte, seguido de Lisboa, Centro, Alentejo e Algarve. Estas duas ultima regiões com o mesmo número (Tabela 30). Apresentámos os dados disponíveis relativos a 2012 e de forma a percebermos a sua evolução, o relatório da ERS de 2013 refere que entre fevereiro e novembro de 2010 o número de unidades de internamento aumentou 13%, passando a representar 214 unidades. Esta tendência de aumento é reforçada pela Tabela 31 e da sua análise retira-se que entre 2010 e 2012 a totalidade das unidades aumentou no território nacional de 214 para 268. A evolução das diferentes tipologias, demonstra que a tendência

⁸⁶¹ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

⁸⁶² As unidades de cuidados na comunidade dos ACES é que constituem estas equipas. Têm como objetivo, “(...) *Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas (...)* *Cuidados de fisioterapia (...)* *Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados (...)* *Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores (...)* *Apoio na satisfação das necessidades básicas (...)* *Apoio no desempenho das atividades da vida diária (...)* *Apoio nas atividades instrumentais da vida diária (...)* *Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (...)*” (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro)

⁸⁶³ A rede tem ainda equipas comunitária de suporte em cuidados paliativos, objetivando “(...) *a formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários (...)* *avaliação integral do doente (...)* *tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos (...)* *gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais (...)* *assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados (...)* *assessoria aos familiares e ou cuidadores (...)*”.

de aumento é comum, sendo que as ULDM foram as que aumentara mais (28), seguidas das UMDR(13), UC(11) e UCP (2).

Tabela 30: Equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados. Portugal/NUTS II, 2012

Região de saúde/NUTS II	Equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados. Portugal/NUTS II (%)	Equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados. Portugal/NUTS II (Nº) ²
Norte	32,2%	79
Centro	20%	49
Lisboa	22,4%	55
Alentejo	12,7%	31
Algarve	12,7%	31
Portugal-Total	100%	245

Tabela 31: Unidades de internamento integradas na RNCCI por tipo. Portugal Continental 2010-2012.

Tipos de Unidades de internamento	Portugal Continental		
	2010	2012	Amplificação (Nº)
UC	34	45	11
UMDR	69	82	13
ULDM	95	123	28
UCP	16	18	2
Total	214	268	54

Elaboração própria. Fonte das Tabelas 30 e 31: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados in Entidade Reguladora da Saúde, 2013

Fazendo um apontamento que nos parece importante, de acordo com o mesmo relatório o número de camas, entre 2010 e 2012, aumentou de 4.548 para 5.916. Refere ainda que de acordo com este estudo longitudinal e a evolução observada o aumento representa uma média de três novas unidades e 65 camas por mês. Adianta ainda que “ (...) o tipo de internamento que mais se expandiu, em termos de número de unidades no período⁸⁶⁴, foi o de convalescença, com 32,4% de crescimento, seguido do de longa duração e manutenção, com 29,5% de aumento, de média duração e de reabilitação, com 18,8% de aumento, e de cuidados paliativos, com crescimento de 12,5% (...)”, sendo que podemos observar na Tabela 31 que estes dados não se refletiram no aumento da tipologia de unidades, ou seja se o aumento fosse proporcional a estes indicadores seriam as UC a sofrerem um processo de aumento mais representativo, o que não se verificou.

Uma vez que estamos a analisar a evolução da rede, referimos que “(...) as metas estabelecidas para a conclusão da terceira fase, da consolidação(...) do modelo, ao fim da qual todo o território continental deveria ter 100% de cobertura⁸⁶⁵, indicam que o número total de camas (...) deverá ser de 15.308⁸⁶⁶ (...) este número poderá ser considerado

⁸⁶⁴ Fevereiro e novembro de 2010

⁸⁶⁵ “(...) No início da RNCCI, o planeamento estratégico estava organizado em três fases de desenvolvimento, até à concretização da satisfação das necessidades dos utentes: fase 1, entre 2006 e 2008, fase 2, de 2009 a 2012, e fase 3, de 2013 a 2016. No entanto, as metas previstas para 2016 foram antecipadas para 2013, conforme anunciado no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 25/2010, de 29 de março, e referido na Lei n.º 3-A/2010, de 28 de abril, das Grandes Opções do Plano para 2010-2013 (...)” in Entidade Reguladora da Saúde, 2013; LEÃO, 2011. «(...)O Governo atual no Programa do XVIII Governo Constitucional para a Saúde – 2009-2013 mantém a postura anterior no que concerne com o apoio aos idosos e à rede de cuidados integrados dizendo “Para o Governo, o apoio aos idosos continuará a ser uma área privilegiada de parceria com o setor social, com destaque para a nova Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que será reforçada antecipando para 2013 as metas previstas para 2016”(...)».

⁸⁶⁶ Em 2013

conservador, atentas as metas de números de camas por população com 65 anos ou mais, definidas(...) ⁸⁶⁷ para cada tipo de internamento ⁸⁶⁸. Estas metas, em termos de rácios de camas por população idosa, indicam que (...) o número total de camas deveria ser de 18.326. Não obstante (...) verifica-se que o número deverá aumentar 159% para que a meta ⁸⁶⁹ seja atingida, tendo em conta o número de camas de agosto de 2012, de 5.916. No entanto, dado o crescimento médio mensal de 65 camas ⁸⁷⁰ (...) e considerando que o período de agosto de 2012 a dezembro de 2013 compreende 16 meses, o número de camas que se pode prever por meio de uma projeção linear chega a apenas cerca de 7.000 no final de 2013. O cumprimento da meta até 2013 aparenta ser, portanto, inviável ^{871 872} (...). O relatório ⁸⁷³ afirma que o investimento de incremento da rede deveria ser dirigido para as UCP, seguidas das UC, das ULDM e das UMDR.

Uma outra figura criada no âmbito da RNCCI são as equipas de gestão de altas, as quais existem em todos os hospitais do SNS totalizando de 80 equipas. Assim como foram criadas as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, que funcionam desde setembro de 2012, totalizando 25 equipas, distribuídas pelas regiões da seguinte forma: 11 em Lisboa; 6 no Algarve; 4 no Norte; 4 no Alentejo. Ressalvamos que o Centro tem ausência destas equipas. ⁸⁷⁴ Salvaguardamos que embora no Decreto-Lei n.º 101/2006, as unidades de ambulatório da RNCCI estejam previstas, com o objetivo de se constituírem como unidades de dia e de promoção da autonomia, até ao momento ainda não existem “(...) por questões orçamentais e em função da sua instalação e o seu funcionamento ainda não terem sido regulamentados (...)” ⁸⁷⁵. Acautelamos que para 2013, também foram definidas metas para estas unidades: final do ano deveriam existir 2.443 lugares ⁸⁷⁶. O mesmo relatório e tendo em conta as metas estipuladas afirma que “(...) para as equipas de

⁸⁶⁷ “Estudo do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde” (Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

⁸⁶⁸ “O relatório define que deve haver 9,4 camas por 1000 idosos: 1,8 para unidades de convalescença, 2 para unidades de média duração e reabilitação, 5 para unidades de longa duração e manutenção e 0,6 para cuidados paliativos”(Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

⁸⁶⁹ 15.308 camas

⁸⁷⁰ Observado em: Entidade Reguladora da Saúde, 2013

⁸⁷¹ “Note-se que, considerando alternativamente o crescimento de 49% do número de camas verificado entre fevereiro de 2010 e agosto de 2012, num período de 30 meses, o aumento de 159% em 16 meses também aparenta ser inviável. Uma expansão tão expressiva não tem par na evolução recente da RNCCI.”(Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

⁸⁷² “A constatação da inviabilidade do cumprimento da meta até 2013 reforça-se se se considerar que a continuação do desenvolvimento da Rede não deve ocorrer apenas em termos de crescimento do número de camas, mas também em termos de aumento do número de profissionais, com competências e formação adequadas.”(Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

⁸⁷³ Entidade Reguladora da Saúde, 2013

⁸⁷⁴ Idem

⁸⁷⁵ Idem

⁸⁷⁶ Idem

gestão de altas – meta de uma por hospital, que já se encontra atingida; para as equipas de cuidados continuados integrados, de uma por CS (tendo sido prevista na altura a redefinição da meta após a definição quanto aos ACES⁸⁷⁷); para as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, de 39 equipas – sendo que no momento há 25; e para as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, de 66 equipas – havendo apenas cinco equipas (...)”.

Em relação às NUTS II, correspondentes às regiões de saúde, o quadro da RNCCI está apresentado, mas uma vez mais vamos perceber como se encontra a situação a um nível mais próximo das populações ou seja ao nível das NUTS III em 2011, uma vez que é o único ano que dispomos com esta desagregação⁸⁷⁸. Esta análise recaiu sobre o número de camas existentes por NUT III e sobre as equipas de cuidados continuados integrados domiciliários. As cinco regiões com maiores quantitativos de camas das unidades de internamento [Figura 39 e Tabela 4.1 (Anexo IV)] são, por ordem decrescente, o Baixo Mondego, Grande Porto, Grande Lisboa, Algarve e o Pinhal interior Norte, sendo que as que se encontram nos primeiros lugares em relação às equipas domiciliárias são a Grande Lisboa, Algarve, Grande Porto, Península de Setúbal e Baixo Mondego. Ou seja podemos retirar que por um lado as regiões que se encontram equipadas com mais camas nas unidades de internamento também o são relativamente a equipas domiciliárias, por outro lado também se observa em algumas situações que as tipologias se compensam. Por exemplo o Tâmega e o Dão-Lafões que ocupando lugares no ranking na primeira metade da tabela, 7º e 12º correspondentemente, relativamente às camas, ocupam lugares na segunda metade da tabela em relação às equipas domiciliárias (14º e 20º respetivamente). Uma terceira conclusão também pode ser retirada, e esta inclui-se no quadro mais negativo, que são as regiões que se encontram nos lugares do ranking correspondentes a realidades mais desfavorecidas de ambas as situações como seja a Cova da Beira e a Beira Interior Sul.

Partindo do pressuposto que as camas e as equipas domiciliárias podem compensar-se mutuamente em termos de aprovisionamento de serviços, elaboramos o ranking total (Tabela 32) e deste destacamos os primeiros dez lugares por ordem decrescente: Grande Lisboa; Algarve; Grande Porto; Baixo Mondego; Península de Setúbal; Alto Trás-os-Montes; Pinhal Interior Norte; Douro; Ave; Cávado. Bem como destacamos os dez últimos lugares por ordem decrescente: Dão-Lafões; Baixo Vouga; Serra da Estrela; Médio Tejo;

⁸⁷⁷ “Sem prejuízo de não se ter identificado uma redefinição da meta, note-se que, com base nos dados da UMCCI respeitantes a 31 de agosto de 2012 e tendo em conta as áreas dos 47 ACES e das oito ULS existentes em janeiro de 2013, apenas três áreas não tinham ECCI (ACES Aveiro Norte, Douro Sul e Feira/Arouca).” (Entidade Reguladora da Saúde, 2013)

⁸⁷⁸ ESTEVENS & LEÃO, 2012

Beira Interior Norte; Pinhal Litoral; Entre Douro e Vouga; Pinhal Interior Sul; Beira Interior Sul; Cova da Beira. Desta forma percebemos que se por um lado existem regiões equipadas com a tipologia de serviços disponíveis na RNCCI, por outro lado existem regiões com muita escassez e esta realidade torna-se mais visível à medida que a análise se aproxima das populações ou seja quando se faz análise a um nível mais micro.

Tabela 32: RNCCI – Ranking Camas, equipas de cuidados continuados integrados domiciliários e total⁸⁷⁹. Portugal, NUTS III, 2011.

Lugar do ranking	Ranking de camas das unidades de internamento	Ranking das Equipas de cuidados continuados integrados domiciliários	Ranking total
1º	Baixo Mondego	Grande Lisboa	Grande Lisboa
2º	Grande Porto	Algarve	Algarve
3º	Grande Lisboa	Grande Porto	Grande Porto
4º	Algarve	Península de Setúbal	Baixo Mondego
5º	Pinhal Interior Norte	Baixo Mondego	Península de Setúbal
6º	Península de Setúbal	Alto Trás-os-Montes	Alto Trás-os-Montes
7º	Tâmega	Cávado	Pinhal Interior Norte
8º	Ave	Douro	Douro
9º	Douro	Pinhal Interior Norte	Ave
10º	Alentejo Litoral	Alentejo Litoral	Cávado
11º	Alto Trás-os-Montes	Ave	Tâmega
12º	Dão-Lafões	Alto Alentejo	Alentejo Litoral
13º	Oeste	Baixo Alentejo	Alto Alentejo
14º	Minho-Lima	Tâmega	Oeste
15º	Lezíria do Tejo	Lezíria do Tejo	Lezíria do Tejo
16º	Médio Tejo ²	Oeste	Baixo Alentejo
17º	Cávado	Alentejo Central	Alentejo Central
18º	Alentejo Central	Baixo Vouga	Minho-Lima
19º	Serra da Estrela	Minho-Lima	Dão-Lafões
20º	Alto Alentejo	Dão-Lafões	Baixo Vouga
21º	Baixo Vouga	Médio Tejo	Serra da Estrela
22º	Baixo Alentejo	Serra da Estrela	Médio Tejo
23º	Pinhal Interior Sul	Beira Interior Norte	Beira Interior Norte
24º	Pinhal Litoral	Pinhal Litoral	Pinhal Litoral
25º	Entre Douro e Vouga	Pinhal Interior Sul	Entre Douro e Vouga
26º	Beira Interior Norte	Entre Douro e Vouga	Pinhal Interior Sul
27º	Cova da Beira	Beira Interior Sul	Beira Interior Sul
28º	Beira Interior Sul	Cova da Beira	Cova da Beira

Elaboração própria. Fonte: Tabela 4.1, Anexo IV

Relativamente às RAM e RAA, a nossa pesquisa não se demonstrou muito proveitosa, embora nos Açores a Rede de Cuidados Continuados Integrados tenha sido criada em 2008 pelo Decreto Legislativo Regional n.º 16/2008/A, de 12 de Junho, e na Madeira tenha sido criada em 2007, a 15 de Março, pelo Decreto-Legislativo Regional n.º 9/2007/M. Não obstante um relatório⁸⁸⁰ relativo à RAM afirma que esta região tem quatro unidades, abrange todas as regiões internas e têm serviços de apoio domiciliário e internamento. No que concerne à RAA no não encontramos dados que caracterizem a rede.

Por último parece-nos importante analisar o **quadro das Unidades de Medicina Física e Reabilitação (MFR)** a nível nacional, por serem estas unidades que imprimem aumento da funcionalidade motora aos utentes e têm como um dos alvos os idosos.

⁸⁷⁹ Total é igual ao somatório das camas com as equipas.

⁸⁸⁰ Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. Região Autónoma da Madeira in LEÃO, 2011

No período 2007-2010 em Portugal e em todas as NUTS II [Tabela 33 e Tabela 4.2 (Anexo IV)], verificou-se um aumento de unidades de MFR, sendo que em 2010 a região de saúde/NUT II com mais unidades era a de Lisboa e Vale do Tejo, seguida do Norte, Centro, Alentejo e por último com menos unidades o Algarve. No que concerne com a natureza institucional (Tabela 34) a maioria das unidades é privada, 75% em 2007 e 78% em 2010, sendo que esta representação aumentou 3%. O investimento do sector social decresceu no período de 14% para 13% e o setor público que em 2010 detinha 9%, decresceu no período 2%, apresentando-se como sendo o sector com investimento residual nesta tipologia de unidades de saúde e conseqüentemente nesta área de intervenção das ciências médicas.

Tabela 33: Unidades de Medicina Física e Reabilitação. Portugal, Regiões de saúde-NUTS II, 2007-2010. Ranking 2010.

Regiões de Saúde-NUTS II	2007	2010		Ranking Regiões de Saúde-NUTS II 2010
Norte	227	285	1º	Lisboa e Vale do Tejo
Centro	110	154	2º	Norte
Lisboa e Vale do Tejo	228	308	3º	Centro
Alentejo	30	38	4º	Alentejo
Algarve	22	28	5º	Algarve
Portugal Continental	617	813		

Elaboração própria. Fonte: Tabela 4.2 (Anexo IV)

Tabela 34: Unidades de Medicina Física e Reabilitação segundo a natureza institucional (Nº e representação percentual). Portugal Continental, 2007-2010.

	2007	%	2010	%
Público	68	11%	76	9%
Social	87	14%	105	13%
Privado	462	75%	632	78%

Elaboração própria. Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, 2011, *Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*.

Se analisarmos a distribuição destas unidades por RRAS⁸⁸¹ (Tabela 4.2, Anexo IV), observa-se que no período 2007-2010, a maioria das regiões aumentou o seu número de unidades de MFR, existindo somente a região de Seia a perder uma unidade, passou de 2 para 1, e Chaves, São João da Madeira, Guarda, Coruche e Moura que mantiveram o mesmo quantitativo. Transformando estas RRAS em NUTS III e observando o ano de 2010, bem como o ranking (Tabela 35), percebe-se que há grandes discrepâncias a nível territorial com as regiões a ocuparem os primeiros 14 lugares do ranking a pertencerem ao litoral norte e centro do país, até à Península de Setúbal, ao Algarve e a única região localizada no interior,

⁸⁸¹RRAS: Regiões encontradas pela ERS uma vez que considerou que "(...) *As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respetivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km2, enquanto que (...) a área geográfica de abrangência (...) dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km2. (...) Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência (...) Em primeiro lugar, dada a importância político-administrativa e estatística das unidades territoriais NUTSII e concelhos, estabeleceu-se como primeiro critério que as RRAS deveriam ser construídas por aglomeração de concelhos, e não deveriam ser incluídos na mesma RRAS concelhos pertencentes a NUTSII distintas. Assim, a definição das RRAS consistiu em cinco exercícios diferentes, um para cada NUTSII. Em segundo lugar, estabeleceu-se que cada RRAS definida por este processo deveria ter pelo menos 2.000 km2 e incluir pelo menos um pólo urbano de atração, definido como uma cidade ou vila com pelo menos 5.000 habitantes, que servisse como centro onde se poderão localizar a maioria dos prestadores de cuidados de saúde da RRAS (...)*"(Entidade Reguladora da Saúde, 2011)

embora seja um interior central, é a região do Dão-Lafões. Percebe-se, ainda, o desprovimento destes equipamentos na região centro-norte, zona das beiras, da Serra da Estrela e do Pinhal Interior Sul, bem como do Alentejo Litoral e Baixo Alentejo.⁸⁸²

No que respeita à RAM, mais uma vez a nossa pesquisa foi pouco produtiva, permitindo-nos perceber que os serviços de MFR desta região estão sobre a direção e coordenação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) e que inclui dois hospitais, em que ambos têm serviço de MFR, e os CS, sendo que estes aparentam ter na sua maioria valências de MFR, nomeadamente Fisioterapia e Fisiatria⁸⁸³. Em relação à RAA a situação assemelha-se no que concerne com a investigação, no entanto conseguimos compreender que nos três hospitais, o de São Miguel (Ponta Delgada), da Terceira (Angra do Heroísmo) e do Faial (Horta) existe esta tipologia de serviços, nomeadamente Fisioterapia e Fisiatria, bem como na maioria dos CS, essencialmente no que respeita à Fisioterapia, e também nos Estabelecimentos de Saúde Particulares⁸⁸⁴.

Tabela 35: Unidades de Medicina Física e Reabilitação (Nº) e Ranking. Portugal, NUTSIII, 2010.

Ranking unidades de MFR em 2010/NUTS III		Unidades de MFR em 2010/NUTS III
1º	Grande Lisboa (Lisboa)	190
2º	Grande Porto (Porto)	116
3º	Península de Setúbal (Setúbal)	61
4º	Baixo Vouga (Aveiro)	42
5º	Ave (Guimarães)	34
6º	Baixo Mondego (Coimbra)	33
7º	Tâmega (Felgueiras)	31
8º	Oeste (Caldas da Rainha)	31
9º	Algarve (Faro e Portimão)	28
10º	Cavado (Braga)	27
11º	Entre Douro e Vouga (São João da Madeira)	24
12º	Pinhal Litoral (Leiria)	24
13º	Dão-Lafões (Viseu)	23
14º	Minho-Lima (Viana do Castelo)	22
15º	Douro (Vila Real)	16
16º	Pinhal Interior Norte (Lousã)	15
17º	Alto-Trás-os-Montes (Mirandela, Chaves e Bragança)	15
18º	Lezíria do Tejo (Santarém e Coruche)	14
19º	Alto Alentejo (Portalegre, Elvas e Ponte de Sor)	13
20º	Médio Tejo (Médio Tejo)	12
21º	Alentejo Central (Évora e Montemor-o-Novo)	11
22º	Baixo Alentejo (Beja e Moura)	7
23º	Alentejo Litoral (Sines e Odemira)	7
24º	Cova da Beira (Covilhã)	6
25º	Beira Interior Sul (Castelo Branco)	5
26º	Beira Interior Norte (Guarda)	3
27º	Pinhal Interior Sul (Sertã)	2
28º	Serra da Estrela (Seia)	1

Elaboração própria. Fonte: Tabela 4.2, Anexo IV

⁸⁸² Destas unidades destacamos as incluídas na Rede de Referência Hospitalar de MFR: Centro de Reabilitação do Norte Dr. Ferreira Alves, da Santa Casa de Misericórdia do Porto; Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, organismo integrante do SNS; Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa; Centro de Reabilitação do Sul, o qual é uma Parceria Público-privada.

⁸⁸³ Direção Regional de Estatística da Madeira, 2013

⁸⁸⁴ Serviço Regional de Estatística dos Açores, 2013

II.2.4.2. Recursos humanos da saúde

O presente ponto deste subcapítulo pretende apresentar/analisar os **recursos humanos da saúde**, designadamente os profissionais das três tipologias mais representativas e com maior destaque na intervenção na saúde do idoso: médicos; enfermeiros; técnicos de diagnóstico e terapêutica⁸⁸⁵ (TDT) e de entre estes os fisioterapeutas por serem os que congregam as duas áreas de ação, diagnóstico e terapêutica, e detêm maior intervenção na saúde dos idosos.

Os dados que utilizamos são essencialmente retirados do INE e optámos por ter a referência às NUTS II de 2001 para os dados referentes aos recursos humanos da saúde nos hospitais, porque oferecem dados relativos a um período mais longo de tempo permitindo-nos perceber a evolução temporal⁸⁸⁶. Conforme efetuado para os serviços de saúde/equipamentos, quando possível faremos a referência aos quantitativos das NUTS III.

Os **médicos** a trabalhar nos **hospitais** em Portugal no período 1999-2012 [Figura 40 e Tabela 5.1 (Anexo V)] tendencialmente aumentaram (de 19414 para 21417), com um pico visível em 2010 (21652 em 2009 para 22654 em 2010) e descendo em 2011 (20539), para em 2012 subir (21417), sendo que a nossa pesquisa não respondeu ao fenómeno, depreendendo-se que resulta eventualmente da alteração no método de contagem e análise⁸⁸⁷. Não obstante, podemos perceber a descida efetiva entre 2010 e 2012 (2264 para 21417). Ao nível das NUTS II [Figura 40 e Tabela 5.1 (Anexo V)] observa-se que Lisboa, Norte e Centro são as regiões, por ordem decrescente, que detêm mais médicos, com as restantes 4 regiões a apresentarem-se com quantitativos muito similares e muito inferiores (na ordem dos 50%). É também visível a tendência decrescente a partir de 2010 no Norte, Lisboa, RAM e RAA, embora a RAAA, no último período, tenha aumentado o número de médicos, mas continua claramente inferior ao de 2010. O aumento observado no Centro, Alentejo e Algarve não tem muita expressividade face ao quantitativo diminuto que detêm em relação a outras, como o Norte, ou mesmo entre estas, comparando o Centro com o

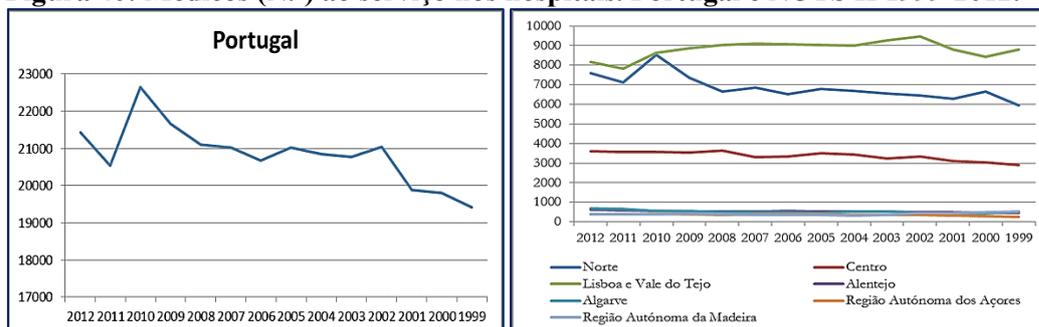
⁸⁸⁵ Dentro desta tipologia dos TDT incluem-se 16 profissões muito heterogêneas com características muito diferentes e tipo de intervenção igualmente diferente, mas que em termos legislativos se incluem numa mesma tipologia implicando apresentação de estatísticas sem desagregação. Estas profissões são : Técnico de análises clínicas e de saúde pública; Técnico de anatomia patológica, citologia e tanatológica; Técnico de audiologia; Técnico de cardiopneumologia; Dietista; Técnico de farmácia; Fisioterapeuta; Higienista oral; Técnico de medicina nuclear; Técnico de neurofisiologia; Ortopista; Ortoprotésico; Técnico de prótese dentária; Técnico de radiologia; Técnico de radioterapia; Terapeuta da fala; Terapeuta ocupacional; Técnico de saúde ambiental. (Diários da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 320/99 de 11 de Agosto*)

⁸⁸⁶ O INE apresenta os dados de 2013 mas são provisórios e por essa razão não nos vamos debruçar sobre eles.

⁸⁸⁷ Nomeadamente a metodologia seguida na contagem relativa ao concelho de Santa Maria da Feira, uma vez que este pico tem como base primordial a evolução do número de hospitais no Norte e desta região Santa Maria da Feira é a que apresenta um comportamento similar.

Alentejo e o Algarve (2010 para 2012 o Centro aumentou de 3556 para 3589, Alentejo de 571 para 618 e o Algarve de 551 para 681).

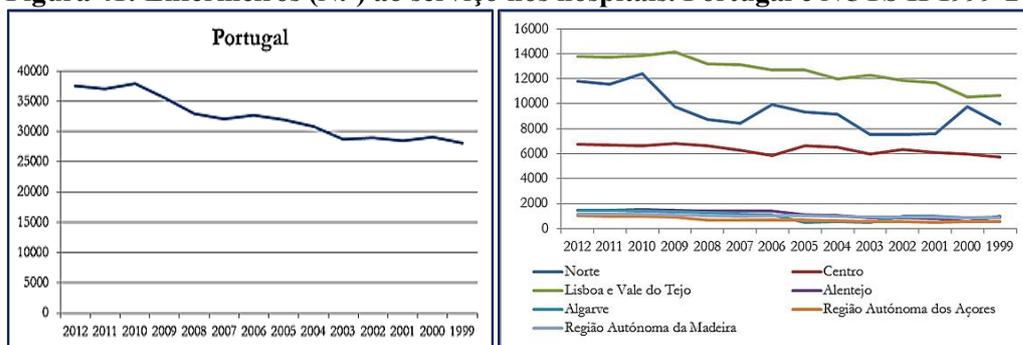
Figura 40: Médicos (N.º) ao serviço nos hospitais. Portugal e NUTS II 1999-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.1, Anexo V

Os **enfermeiros nos hospitais** têm vindo a aumentar, no período em análise (Figura 41) no entanto de 2010 para 2012 a tendência foi decrescente. Ao nível das NUTS II (Figura 41) a tendência foi crescente, embora com oscilações em alguns períodos. No período 2010-2012 verificamos regiões que aumentaram o quantitativo como seja o Centro (6632 para 6769), o Algarve (1381 para 1480) e a RAA (983 para 1021). As restantes 4 regiões observaram uma diminuição: Norte de 12389 para 11813; Lisboa de 13873 para 13800; Alentejo de 1513 para 1459; RAM de 1163 para 1153. As oscilações neste último período não foram muito significativas, no entanto a discrepância territorial (Figura 41) é significativa, com Lisboa, Norte e Centro a destacarem-se.

Figura 41: Enfermeiros (N.º) ao serviço nos hospitais. Portugal e NUTS II 1999-2012.

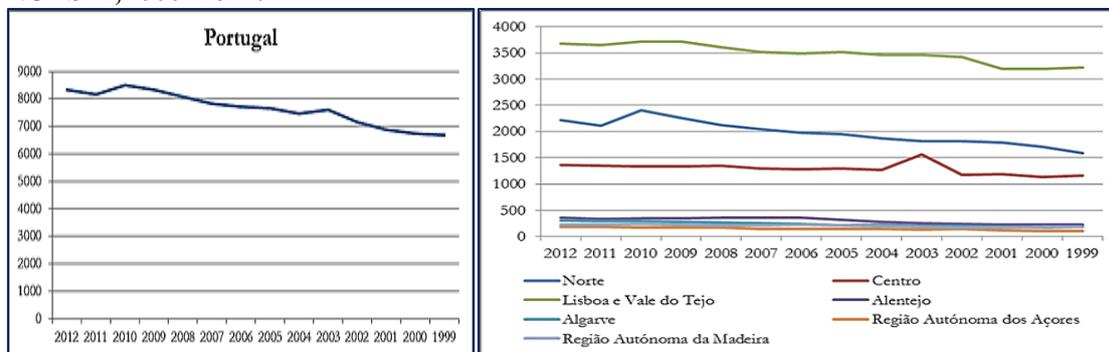


Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.1, Anexo V

A tendência crescente também se observa nos **TDT nos hospitais**, assim como também se observa a descida nos quantitativos entre 2010 e 2012 (de 8494 para 8322) [Figura 42 e Tabela 5.1 (Anexo V)]. Em relação às NUTS II observa-se [Figura 42 e Tabela 5.1 (Anexo V)], tal como com os médicos e enfermeiros, a tendência crescente no período 1999-2010, verificando-se a discrepância regional com Lisboa, Norte e Centro a destacarem-se. Relativamente ao período 2010-2012 o número aumentou no Centro (1331

para 1357), Alentejo (348 para 353), Algarve (288 para 301) e RAA (171 para 190). Diminuíram de 2010 para 2012 no Norte (2400 para 2222), em Lisboa (3723 para 3680) e na RAM (233 para 219).

Figura 42: Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (N.º) ao serviço nos hospitais. Portugal e NUTS II, 1999-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.1, Anexo V

Destes, retirando os **fisioterapeutas nos hospitais**⁸⁸⁸ (Tabela 36), constata-se que em Portugal, em 2012, existiam 794 fisioterapeutas, distribuindo-se por NUTS II de uma forma heterogénea com a região de Lisboa a ter mais fisioterapeutas, seguida do Norte e Centro e, com quantitativos inferiores a 50% destes, temos o Alentejo, Algarve, RAM e RAA.

Tabela 36: Fisioterapeutas ao serviço nos hospitais Portugal, NUTS II, 2012.

NUTS II	Fisioterapeutas
Norte	201
Centro	167
Lisboa	273
Alentejo	63
Algarve	40
Região Autónoma dos Açores	24
Região Autónoma da Madeira	26

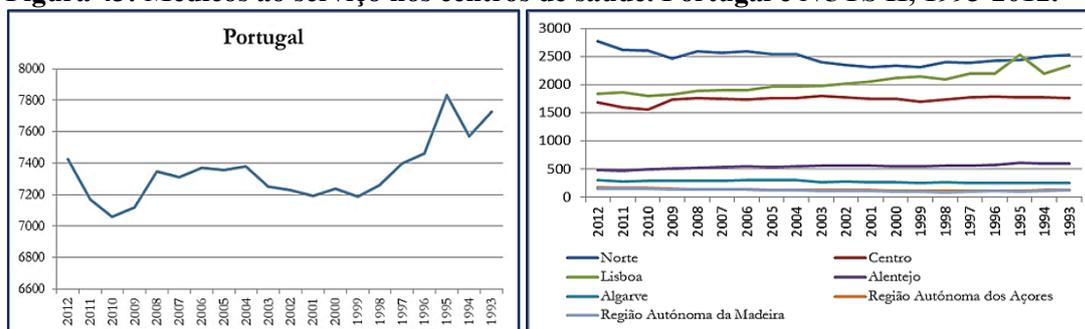
Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.3, Anexo V.

Os **médicos nos CS** têm vindo tendencialmente a diminuir (7728 em 1993 e 7423 em 2012), embora com períodos de ganho (Figura 43). Salvaguardamos o reforço a partir de 2010, ano que tinha o número mais baixo do período (7057), com o qual em 2012 passaram a existir 7423, não chegaram aos valores de 1993 (7728). Ao nível das NUTS II [Figura 43 e Tabela 5.2 (Anexo V)] observa-se a supremacia das regiões Norte, Lisboa e Centro em detrimento do Alentejo, Algarve, RAA e RAM, por ordem decrescente. Conclui-se também que o Norte tem vindo a ganhar profissionais (2529 em 1993 para 2776 em 2012) assim como o Centro, no período 2011-2012, chegando a 1690, mas não atinge os valores de 1993 (1741), demonstrando a sua tendência decrescente. Com tendência decrescente clara apresenta-se Lisboa (1993 com 2337 e 2012 com 1838) e o Alentejo, embora com valores

⁸⁸⁸ Fonte dos dados: Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (dados não publicados pelo Sindicato, mas disponibilizados para este estudo com autorização para publicação)

de referência muito inferiores (1993 com 595 e 2012 com 482). O Algarve, com algumas oscilações, apresenta-se em crescendo (259 em 1993 e 306 em 2012), bem como a RAA (124 em 1993 e 174 em 2012), e a RAM (passa de 121 para 157).

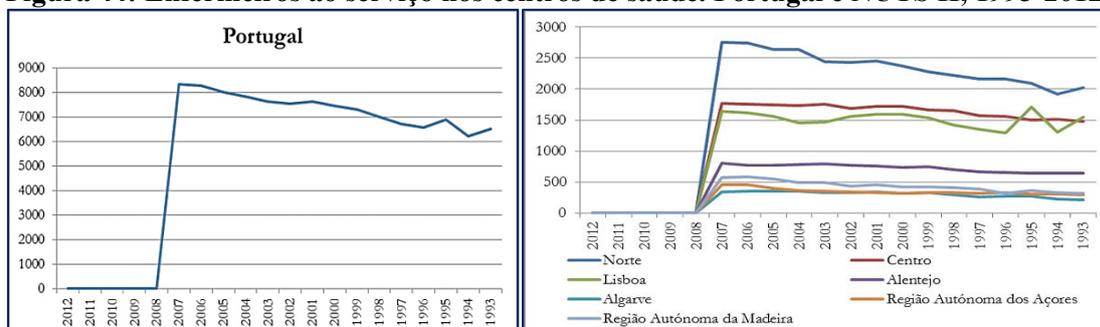
Figura 43: Médicos ao serviço nos centros de saúde. Portugal e NUTS II, 1993-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.2, Anexo V

Os **enfermeiros** nos CS em Portugal e no período 1993-2007 aumentaram (Figura 44). Não obstante, conforme se observa [Figura 44 e Tabela 5.2 (Anexo V)], o INE não dispõe dos dados a partir de 2008 (inclusive), no entanto a Ordem dos Enfermeiros refere⁸⁸⁹ que a nível nacional em 2012 estão inseridos 7406. Este valor quando comparado com 2007 (8328), impele-nos a concluir que existiu uma diminuição. Ao nível das NUTS II e no período de que dispomos de dados com esta desagregação (1993-2007) (Figura 44) o número aumentou em todas as regiões, sendo que o Norte era a região mais favorecida, seguido pelo Centro, Lisboa, Alentejo, RAM e a RAA e por último o Algarve. Os quantitativos das primeiras três regiões distanciam-se em mais de 50% das últimas quatro. Relativamente ao período pós 2007, embora não tenhamos dados para as regiões, os dados disponíveis para o território nacional eventualmente permitem-nos extrapolar que nas diferentes regiões o número de enfermeiros diminuiu, embora não permitindo aferir em que medida para cada uma das NUTS II.

Figura 44: Enfermeiros ao serviço nos centros de saúde. Portugal e NUTS II, 1993-2012.

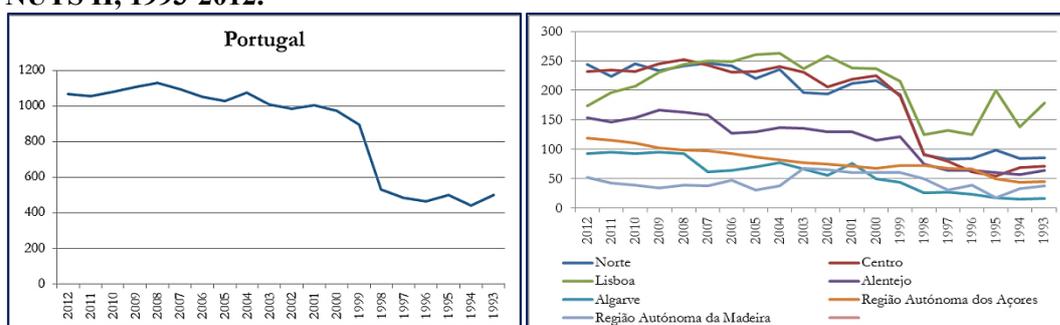


Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.2, Anexo V

⁸⁸⁹ Ordem dos Enfermeiros, 2012

Em relação aos **TDT nos CS**, reforçamos a dificuldade desta análise por falarmos de várias profissões incluídas numa categoria, impossibilitando análise de cada uma. Assim como impossibilita a análise da considerada terceira profissão mais representativa no nosso SNS - fisioterapeuta. A tendência no período tem sido crescente [Figura 45 e Tabela 5.2 (Anexo V)] exceto a partir de 2008, com um ligeiro aumento em 2011-2012 (1054 para 1067). Referimos que em 1993 em Portugal trabalhavam nos CS 499 TDT. Ao nível das NUTS II [Figura 45 e Tabela 5.2 (Anexo V)] o percurso apresenta-se sinuoso mas com tendência crescente no Norte, Alentejo e nas RAA e RAM. Com tendência decrescente apresentam-se o Centro, Lisboa e Algarve. De referir ainda que todas as regiões apresentavam, independentemente da sua tendência, mais TDT em 2012 do que em 1993 (exceto Lisboa), apresentando os seguintes valores de 1993/2012: Norte-86/244; Centro-71/232; Lisboa-179/174; Alentejo-64/153; RAA-45/119; Algarve-16/93; RAM-38/52.

Figura 45: Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica ao serviço nos centros de saúde. Portugal e NUTS II, 1993-2012.



Elaboração própria. Fonte: Tabela 5.2, Anexo V

Destacando destes os **fisioterapeutas**, de acordo com os dados da DGS⁸⁹⁰, no ano 2000 trabalhavam nos CS, em Portugal Continental, 70 fisioterapeutas, 84 em 2005 e 138 em 2011, distribuídos por regiões de saúde, por NUTS II, conforme a Tabela 37. Ou seja no período o número de fisioterapeutas a trabalhar nos CS em todas as regiões tem aumentado, com a região de Lisboa, em 2011, a deter o maior número, seguida do Norte, do Centro, Alentejo e por ultimo o Algarve. Relativamente às RAM e RAA não dispomos de dados.

Tabela 37: Fisioterapeutas ao serviço nos centros de saúde (Nº). Portugal NUTS II, 2000-2011.

Ano	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve
2000	10	8	36	5	11
2005	10	9	44	8	13
2011	28	25	38	24	23

Elaboração própria. Fonte: Direção-Geral de Saúde, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2006; Direção-Geral da Saúde, 2003

Ao nível das NUTS III o quadro apresentado para as NUTS II reflete-se em todas as profissões em análise, salvaguardando o facto de não dispormos de todos os dados para

⁸⁹⁰ Direção-Geral de Saúde, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2006; Direção-Geral da Saúde, 2003

todas as profissões, regiões e anos. Em todas as regiões e para todas as profissões ao serviço nos **hospitais** (Tabela 5.1, Anexo V), o número de profissionais mostrou-se com tendência crescente até ao período 2006/2011, embora existam algumas regiões que atingiram o seu pico em 2012 relativamente aos médicos e TDT. Não obstante, a maioria das regiões observou um decréscimo até 2012, mesmo verificando-se reforço no último ano, por este não implicar o atingir do numerário do ano mais favorável. Ou seja, a tendência maioritária após 2011 tem sido decrescente. Nos **CS** (Tabela 5.2, Anexo V) o pico de profissionais registou-se essencialmente entre 2004 e 2007, mas salientamos que o período 1993-1998 para muitas regiões foi o com maior número de profissionais e o ano de 2012 para os médicos, em 6 regiões, foi o mais favorável. Após estes períodos mais animadores, na maioria das regiões, tem-se observado uma tendência decrescente, porque embora possa ter ocorrido um aumento no último ano, maioritariamente este aumento não implicou o atingir do valor do ano com maiores quantitativos. Para os fisioterapeutas só dispomos dos dados para os hospitais ao nível das NUTS III (Tabela 5.3, Anexo V), para o ano de 2012, impedindo-nos de perceber o percurso e a tendência.

A Tabela 38 apresenta o ranking para as profissões de saúde que trabalham nos hospitais e CS ao nível das NUTS III.⁸⁹¹ Considerando as regiões mais favorecidas as que se encontram até ao 15º lugar e as menos favorecidas as do 16º ao 30º (para todas as profissões e para os dois tipos de serviços/equipamentos) percebe-se que as regiões mais favorecidas se encontram no litoral desde o Minho-Lima até à Península de Setúbal e ao Algarve. A esta faixa acrescenta-se o Douro e a região Dão-Lafões, assim como o Alto Trás-os-Montes (embora se encontre prejudicada para os médicos, mas no ranking encontra-se em 16º lugar para os hospitais e CS). As regiões desfavorecidas são as que se encontram na faixa interior desde a Beira Interior Norte ao Baixo Alentejo e Alentejo Litoral. Referimos que as RAM e RAA se encontram dentro do grupo das regiões favorecidas para todas as profissões em

⁸⁹¹ Salvaguardando a existência de limitações conferidas pelos dados disponíveis para as NUTS III – Hospitais: não disponíveis os dados dos médicos para 2012 para o Minho-Lima e só temos para o ano 2006, para a região de Entre Douro e Vouga só temos os de 2010, para a região de Alto Trás-os-Montes dispomos dos de 2011, mas conforme se observou anteriormente na NUT II Norte a tendência foi crescente até 2010 e daqui para a frente decrescente com um favorecimento ligeiro em 2012. Partindo do pressuposto que esta tendência foi proporcional em todas as NUTS eventualmente este ranking não terá um desvio de maior relativamente à realidade atual, situação que ocorre com os enfermeiros e com os TDT para as mesmas regiões; ainda ao nível dos hospitais não temos dados para as regiões Pinhal Litoral, Dão-Lafões, Beira Interior Norte, Península de Setúbal, Médio Tejo, Alto Alentejo e Alentejo Central para nenhuma das profissões em nenhum dos anos do período de análise não as permitindo incluir no ranking. CS: Só temos disponíveis os dados para 2007 para os enfermeiros, no entanto de acordo com os dados da Ordem dos Enfermeiros, como os enfermeiros ao serviço nos centros de saúde, a nível nacional, diminuíram e presumindo que diminuíram de forma proporcional eventualmente o ranking que apresentamos não estará distante da realidade de 2012; ainda para os CS o facto de não termos os dados dos fisioterapeutas. Para ambos os tipos de serviços o facto de não dispormos dos TDT desagregados impossibilitando perceber a representação de cada uma delas, com exceção dos fisioterapeutas para os quais dispomos dos dados para os hospitais.

todos os serviços, exceto a RAM para os médicos nos CS, mas no ranking encontra-se em 17º lugar, para esta categoria, não muito distante do grupo de regiões favorecidas.

Tabela 38: Ranking de médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e fisioterapeutas, nos hospitais e centros de saúde. Portugal, NUTS III, 2012⁸⁹²

	Hospitais				Centros de Saúde			
	Méd.	Enf.	TDI	FT	Méd.	Enf. &	TDI	FT
1º	GL	GL	GL	GL	GL	GL	RAA	nd
2º	GP	GP	GP	PS	GP	GP	GL	nd
3º	BM	BM	BM	GP	PS	RAM	Alg	nd
4º	Cav	Alg	Alg	Ave	Ave	PS	GP	nd
5º	Alg	RAM	Ave	Alg	BM	RAA	PS	nd
6º	Ave	Cav	RAM	Oes	Tâm	Tâm	ATM	nd
7º	Tâm	Ave	RAA	BM	Alg	Ave	RAM	nd
8º	BV	RAA	Cav	RAM	BV	Alg	LT	nd
9º	RAM	BV	BV	RAA	Cáv	ATM	BA	nd
10º	RAA	Tâm	Oes	Cav	ML	Cáv	MT	nd
11º	Dou	Dou	ATM	DL	Oes	ML	Dou	nd
12º	EDV	ATM	Dou	EDV	DL	BM	DL	nd
13º	Oes	Oes	Tâm	CB	EDV	Oes	PL	nd
14º	ML	LT	EDV	ATM	PL	Dou	PIN	nd
15º	LT	EDV	LT	BV	RAA	DL	AL	nd
16º	ATM	CB	CB	MT	ATM	BV	AC	nd
17º	CB	ML	ML	BA	RAM	LT	Tâm	nd
18º	BA	BA	BA	ML	Dou	AA	Oes	nd
19º	BIS	BIS	BIS	AA	LT	MT	BV	nd
20º	PIN	AL	PIN	Tâm	MT	AC	BM	nd
21º	AL	SE	AL	AC	AC	BA	AA	nd
22º	SE	PIN	SE	Dou	PIN	PL	Cáv	nd
23º	PIS#	PIS#	PIS#	LT	BA	PIN	Ave	nd
24º	*	*	*	PL	AA	EDV	ML	nd
25º	*	*	*	AL	BIN	BIN	BIN	nd
26º	*	*	*	BIN	CB	AL	EDV	nd
27º	*	*	*	SE	BIS	BIS	PIS	nd
28º	*	*	*	PIN	AL	PIS	CB	nd
29º	*	*	*	BIS	SE	CB	SE	nd
30º	*	*	*	PIS	PIS	SE	BIS	nd

Elaboração própria. Fonte: Tabelas 5.1, 5.2 e 5.3 do Anexo V.

Legenda: Regiões - Minho-Lima (ML); Cávado (Cav); Ave; Grande Porto (GP); Tâmega (Tam); Entre Douro e Vouga (EDV); Douro (Dou); Alto Trás-os-Montes (ATM); Baixo Vouga (BV); Baixo Mondego (BM); Pinhal Litoral (PL); Pinhal Interior Norte (PIN); Dão-Lafões (DL); Pinhal Interior Sul (PIS); Serra da Estrela (SE); Beira Interior Norte (BIN); Beira Interior Sul (BIS); Cova da Beira (CB); Oeste (Oes); Médio Tejo (MT); Grande Lisboa (GL); Península de Setúbal (PS); Alentejo Litoral (AL); Alto Alentejo (AA); Alentejo Central (AC); Baixo Alentejo (BA); Lezíria do Tejo (LT); Algarve (Alg); Região Autónoma dos Açores (RAA); Região Autónoma da Madeira (RAM). # - PIS não tem hospital; * - 7 regiões não apresentam dados: PL, DL, BIN, PS, MT, AA, AC; & dados de 2007; nd - não há dados.

No que respeita aos recursos humanos a trabalhar na RNCCI e nos Centros de Medicina Física e Reabilitação, não dispomos de dados que nos permitam traçar a evolução dos quantitativos e descrever o quadro atual nas regiões NUTS II e NUTS III.

Após o percurso descritivo, relativo aos fatores com influência na saúde e qualidade de vida dos idosos portugueses, consideramos essencial conhecer as suas particularidades, tais como situação económica, isolamento/suporte familiar, grau de instrução, perceção do estado de saúde e qualidade de vida, de forma a perceber se o sistema atual de saúde, no que concerne com serviços e recursos humanos de saúde, e a linha orientadora da tomada de decisão política vai de encontro à satisfação das suas necessidades. Bem como, olhando para o cenário prospetivo, no horizonte 2030, estas necessidades poderão ser contentadas.

⁸⁹² Consideramos este ano como referência porque na maioria das regiões e das profissões este ano é o último com dados disponíveis, no entanto os enfermeiros dos centros de saúde só temos dados com esta desagregação até 2007 e em outras regiões pontualmente tivemos que assumir os quantitativos de anos anteriores, porque não dispomos de dados mais atuais.

II. 3. Particularidades dos idosos em Portugal determinantes das políticas de saúde – A educação enquanto determinante capital no horizonte temporal 2011/2031.

Previamente à descrição das particularidades dos maiores de 65 anos, e por influenciar esta população nacional de forma vincada, inclusivamente no que respeita à saúde, parece-nos importante olhar as questões económicas nacionais primeiramente, que conforme vimos influenciam o sistema de saúde e consequentemente estes efetivos populacionais, bem como influenciam a sua qualidade de vida também por via das implicações nos seus rendimentos e no seu poder de compra. Tal como se pode constatar na declaração da OCDE: “(...) *The crisis has had a profound impact on the lives of citizens across the world, and has tested the resilience of many families as they see their wealth and incomes decline. Millions of people have joined the ranks of the unemployed and millions more are experiencing financial stress (...) Low-income groups are the worst affected, although they are likely to have the highest health care needs, and they may be foregoing necessary care such as medicines or routine medical check-ups for chronic conditions. This may have long-term health and economic consequences for the most vulnerable groups*⁸⁹³ *in society (...)*”⁸⁹⁴ Este relatório acrescenta que uma das opções para colmatar a crise económica foi a redução da despesa pública, designadamente na despesa de saúde: “(...) *Not surprisingly, the countries hit hardest by the economic crisis have witnessed the biggest cuts in health expenditure growth (...)*”⁸⁹⁵

Encontramo-nos num período de crise económica e financeira, em que o fator económico se assume como primordial, relativamente aos demais, a quando da tomada de decisão política, sendo que as dinâmicas demográficas assumem um papel aparentemente menos importante, embora o PNS 2012-2016 afirme que “(...) *nos períodos de crise económica os Sistemas de Saúde devem focar-se em proteger aqueles com maiores necessidades e vulnerabilidades sociais e económicas; concentrarem-se nas áreas onde são mais efetivos e onde devolvem maior valor em saúde; e serem agentes económicos inteligentes, em termos de investimento, despesas e empregabilidade (...)*”⁸⁹⁶.

Efetivamente, a despesa total⁸⁹⁷ em saúde aumentou na década 2001-2011, embora de forma mais acentuada até 2004 e com um crescimento mais moderado a partir de 2006.

⁸⁹³ No grupo da população vulnerável incluem-se os idosos.

⁸⁹⁴ OCDE, 2013

⁸⁹⁵ Idem

⁸⁹⁶ Direcção-Geral de Saúde, 2013

⁸⁹⁷ A despesa total em saúde “(...) *mede o consumo final de bens e serviços (ou seja as despesas correntes em saúde), mais o investimento em capital nas infraestruturas dos cuidados de saúde. Inclui os gastos públicos e privados dos bens e serviços médicos, saúde pública, programas de prevenção e despesas de gestão e administração (...)*” MARTINS & CARVALHO, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

No entanto, embora o sector público seja a principal fonte de financiamento da saúde, a despesa corrente⁸⁹⁸ financiada por este sector tem vindo, desde 2000, a decrescer e a despesa corrente privada a aumentar. Relativamente ao financiamento, podemos afirmar que em 2012 o SNS constituía a maior fonte de financiamento, seguido dos subsistemas de saúde públicos⁸⁹⁹. Embora a despesa pública com a saúde seja representativa, a proporção da despesa corrente em saúde financiada pelas famílias aumentou de 2000 para 2012 de 26% para 32% e assistiu-se a um decréscimo do financiamento sustentado pelo SNS correspondendo a 54% da despesa corrente em 2012 e a 58% em 2000.⁹⁰⁰ Quando comparado Portugal com os restantes países da OCDE, percebe-se que por norma os países mais ricos têm maiores níveis de despesa com a saúde⁹⁰¹, permitindo-nos concluir que, eventualmente, a despesa com a saúde poderá trazer retorno económico ao país. Esta ideia é sustentada na afirmação da OCDE: “(...) *Countries with weak health and education conditions find it harder to achieve sustained growth. Indeed, economic evidence confirms that a 10% improvement in life expectancy at birth is associated with a rise in economic growth of some 0.3-0.4 percentage points a year (...)*”⁹⁰². O mesmo documento afirma que o desempenho em saúde e o desempenho económico estão interligados, com os países mais ricos a deterem populações mais saudáveis.

No que concerne com os prestadores de cuidados de saúde em Portugal, os responsáveis pela maior fatia de despesa em saúde são os hospitais, os serviços de saúde em ambulatório e a farmácia⁹⁰³, demonstrando que os cuidados de saúde primários e os cuidados preventivos são menos dispendiosos, não obstante estes serviços têm vindo a perder investimento em Portugal e em outros países que enfrentam a crise económica atual. Reforçamos citando a OCDE: “(...) *prevention is often a more cost-effective way of improving health than spending money once a disease takes root. However, prevention expenditures have been reduced (...)*”⁹⁰⁴

⁸⁹⁸ Despesa corrente em saúde “(...) *mede a utilização final dos residentes em bens e serviços de saúde. Inclui a despesa corrente em cuidados de saúde pessoais, os serviços de saúde pública e de prevenção e a despesa na administração de saúde e seguros de saúde. Engloba, ainda, as importações (despesas em saúde fora do território económico efetuadas por residentes) e exclui as exportações de serviços de saúde (prestadas por unidades residentes a unidades não residentes). Integra os cuidados curativos e reabilitação (internamento, ambulatório, hospital dia e cuidados domiciliários), os cuidados de enfermagem prolongados (internamento, hospital dia e cuidados domiciliários), os serviços auxiliares de cuidados de saúde e os artigos médicos disponibilizados a doentes não internados (produtos farmacêuticos e outros artigos médicos não duráveis e aparelhos terapêuticos e equipamento médico durável) (...)*”. (INE, 2014)

⁸⁹⁹ MARTINS & CARVALHO, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014.

⁹⁰⁰ Idem

⁹⁰¹ Idem

⁹⁰² OECD Observer, 2004

⁹⁰³ MARTINS & CARVALHO, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

⁹⁰⁴ OECD Observer, 2004

Acrescentamos que desde 2000 as famílias portuguesas têm gradualmente despendido mais nos cuidados de saúde em ambulatório do sector privado e dos hospitais privados⁹⁰⁵, possivelmente pelo aumento do número destes serviços, observado no capítulo desta tese sobre os serviços de saúde. As despesas dos cidadãos com a saúde, nomeadamente no que respeita com as taxas moderadoras, têm vindo a aumentar conforme verificado no capítulo sobre a evolução das políticas de saúde em Portugal, essencialmente a partir de 2011 com a assinatura do MoU, e confirmado por Pita Barros⁹⁰⁶, assim como o mecanismo de isenções tem sofrido revisões restringindo-as consecutivamente. Respeitante à despesa com os medicamentos, apesar da introdução dos genéricos que implicou redução dos preços dos medicamentos, a partir de 2010 a despesa pública tem vindo a diminuir, por via das revisões das comparticipações, e a despesa dos cidadãos tem aumentado. Embora a diminuição do preço dos medicamentos se reflita na diminuição da despesa, a partir do final de 2011, continua a verificar-se transferência da despesa do SNS para os cidadãos.⁹⁰⁷

Retomando a centralidade deste estudo na população idosa e relacionando-a com a despesa pública em saúde, temos também a referir que embora sejam os idosos quem mais utiliza os serviços de saúde em Portugal⁹⁰⁸ e que esta despesa “(...) *tende a aumentar com a idade dos indivíduos, especialmente entre as idades de 55 e mais anos, para os homens, e 60 e mais anos, para as mulheres, coincidindo naturalmente com períodos de maior morbilidade(...)*”⁹⁰⁹ também é conhecido que “ (...) *o aumento da idade, enquanto variável isolada, não representa necessariamente um aumento dos custos com a saúde, pois o grande aumento desta variável estaria associado a um consumo de cuidados de saúde particularmente elevado, em média, nos dois anos anteriores à morte do indivíduo (...) independentemente da idade do indivíduo (...)*”⁹¹⁰, ou seja para a despesa pública com a saúde o aumento do número de idosos tem um peso residual. No entanto este contexto de redução da despesa pública com a saúde lança grandes desafios aos cidadãos e “(...) *low-income groups are the worst affected, although they are likely to have the highest health care needs, and they may be foregoing necessary care such as medicines or routine medical check-ups for chronic conditions. This may have long-term health and economic consequences for the most vulnerable groups in society (...)*”⁹¹¹. Ou seja, a diminuição das

⁹⁰⁵ MARTINS & CARVALHO, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

⁹⁰⁶ BARROS, Pedro Pita, 2013

⁹⁰⁷ Idem

⁹⁰⁸ Conforme referido no capítulo sobre os serviços de saúde.

⁹⁰⁹ ESTEVENS & MARTINS, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

⁹¹⁰ Idem

⁹¹¹ OCDE, 2013

medidas de proteção para a saúde por via das reduções impostas pela crise económica poderão a longo prazo transformar-se em aumento da despesa pública na saúde.

Uma vez que conforme foi referido no relatório da OCDE, citado anteriormente, os grupos mais desfavorecidos são os mais afetados pelas medidas políticas referidas e neste grupo incluem-se os idosos. Estes, maioritariamente, atualmente usufruem de menores níveis de escolaridades e menores rendimentos e são estes quem mais utiliza os serviços de saúde, consideramos essencial conhecer as particularidades deste grupo da população no que respeita aos determinantes da saúde como sejam o grau de instrução, a situação económica e de que forma estes determinantes influenciam a sua perceção do estado de saúde e influenciam na sua qualidade de vida e bem-estar. Bem como perceber o suporte que os idosos têm designadamente relativamente à estrutura familiar.

Como o enfoque, relativamente a estas variáveis, é a educação/nível de instrução, daremos mais ênfase a este fator, pretendendo-se perceber o seu comportamento na atualidade e no horizonte 2031⁹¹². Ou seja, conhecer esta população atual e perceber a futura de forma a tirar ilações para o apoio à tomada de decisão. Assim, expomos estas características, baseando-nos na referida investigação⁹¹³, e pontualmente outras fontes bibliográficas que considerámos relevantes, iniciando com as particularidades atuais dos idosos e terminando com as mesmas no horizonte 2030.

Primeiramente e antes de nos debruçarmos sobre a variável educação, sendo o fator económico essencial para o traçar das políticas de saúde, condicionando o sistema e o acesso aos serviços por via da redução de despesa pública e aumento da transferência das despesas para os cidadãos, iniciamos por perceber quem são os nossos idosos atuais em termos económicos e qual tem sido a tendência da sua situação económica.

Em 1998, segundo o *Eurostat*⁹¹⁴, o limiar de pobreza⁹¹⁵ nos idosos, abrangia 35% desta população distribuído segundo o género em 34% homens e 39% mulheres e em 2001 abrangia 30% dos idosos, sendo distribuído segundo o género para 28% homens e 31% mulheres⁹¹⁶, ou seja verificou-se uma diminuição neste indicador. Relativamente ao mesmo período de tempo, referimos que 5% da população com mais de 64 anos não tinha qualquer

⁹¹² Através de projeções realizadas no âmbito do projeto de investigação, financiado pela FCT, do qual esta tese é parte integrante

⁹¹³ No âmbito do projeto

⁹¹⁴ SANTANA, 2005

⁹¹⁵ *“Limite abaixo do qual se considera um rendimento baixo em comparação com o rendimento de outros residentes no país, não implicando necessariamente uma situação de pobreza. O limiar de risco de pobreza corresponde a 60% do rendimento nacional mediano por adulto equivalente após transferências sociais”* in PORDATA

⁹¹⁶ SANTANA, 2005

rendimento e a pobreza atingia valores mais substanciais nos idosos que viviam sós⁹¹⁷. Publicações mais atuais, referem que em 2011 a percentagem de portugueses considerados como estando em risco de pobreza ou exclusão social era de 24,4%, sendo que a tendência, a nível nacional, é para que os idosos apresentem uma taxa de risco de pobreza superior ao da restante população⁹¹⁸. Efetivamente, no total da população com 65 e mais anos a taxa de risco de pobreza tem vindo a aumentar desde 2003 (Tabela 39), atingindo 88,9% desta população em 2013, se observarmos os dados antes das transferências sociais, sendo que para o grupo masculino é mais grave do que para as mulheres. Após as transferências sociais a situação melhora drasticamente, demonstrando a importância destas transferências. Sendo que os dados indicam que desde 2003 a situação tem vindo a melhorar encontrando-se em 2013 para os idosos de ambos os sexos nos 15,1% com a situação dos homens mais animadora do que a das mulheres (homens 12,6% e mulheres 16,9%). Embora com as transferências a tendência tenha sido para o melhorar da situação, temos a referir que 15,1% da população idosa é uma percentagem representativa. Este quadro agrava-se ao se cruzar com a população total, que sem transferências sociais detém uma taxa de risco de pobreza, em 2013, de 47,8%, tendo aumentado desde 2003, e após as mesmas transferências, em 2013, tem 19,5% com tendência para aumentar desde 2011. Estes valores revelam um aumento das dificuldades económicas, designadamente dos indivíduos e famílias que potencialmente prestam apoio aos idosos, ou seja se a situação económica dos idosos não é favorável a rede de apoio próxima também poderá não se encontrar em posição de efetivar esse mesmo apoio.

Tabela 39: Taxa de risco de pobreza⁹¹⁹ por género (Antes de qualquer transferência social e após transferência social- %). Portugal 2003/2011/2013.

	HM		H		M			HM		H		M	
	Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos		Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos	Total	65 e mais anos
2013	47,8	88,9	46,1	90	49,3	88,2	2013	19,5	15,1	18,9	12,6	20	16,9
2011	45,4	87,7	43,7	87,8	47	87,6	2011	17,9	17,4	17,5	16,1	18,2	18,4
2003	41,3	81,8	38,8	81,5	43,6	82	2003	20,4	28,9	19,2	28,7	21,6	29,1

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, *Base de dados, Taxa de risco de pobreza (Antes de qualquer transferência social - %) por Sexo e Grupo etário; Anual - INE, ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento e Taxa de risco de pobreza (Após transferências sociais - %) por Sexo e Grupo etário; Anual - INE, ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento*

Acrescenta-se que o número de idosos beneficiários do complemento solidário da segurança social, a nível nacional, aumentou entre 2007 e 2011, passaram de 56 641 para

⁹¹⁷ Idem

⁹¹⁸ EAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza, 2012

⁹¹⁹ “Proporção da população cujo rendimento equivalente se encontra abaixo da linha de pobreza definida como 60% do rendimento mediano por adulto equivalente” in INE

248 761 idosos, e em 2013 assumiu o valor de 237 857⁹²⁰, evidenciando eventualmente a diminuição da população alvo, decorrente do aumento do valor de referência concretizado pelo Decreto-Lei 13/2013, referido no capítulo que retrata as políticas de saúde. Os mesmos dados evidenciam que as mulheres usufruem em maior número deste complemento do que os homens. Ainda a referir que, de acordo com os resultados do inquérito do Centro de Estudo e Desenvolvimento Regional e Urbano⁹²¹, a pobreza nos idosos “(...) encontra-se disseminado pelo território nacional, incidindo de forma mais relevante nos territórios rurais, pobres e envelhecidos e nas principais aglomerações urbanas do país (ora em bairros de barracas, clandestinos e sociais ora em bairros antigos/históricos (...))”.

Conforme referido, a questão económica assume-se como importante, crescendo-se desta importância quando os idosos vivem sós. Com o decorrer dos anos e o incremento do desenvolvimento a nível nacional, as dinâmicas populacionais alteraram-se e a somar ao processo de emigração essencialmente nas zonas rurais interiores, implementa-se o encaminhar da população para o litoral e para as zonas urbanas, essencialmente a população mais jovem e em idade ativa, ficando as regiões de origem com uma grande representatividade de idosos a viverem sós. No entanto, este fenómeno não é apanágio somente das zonas rurais do país, conforme poderá transparecer, mas também das urbanas, por via da alteração e exigência do mercado de trabalho que impele os elementos da família, mais jovens, a ausentarem-se das residências por grande parte do dia, aditando-se ainda a alteração da estrutura tradicional familiar imposta pelas novas dinâmicas sociais e económicas. Estes fatores, por norma, imprimem a decorrente institucionalização dos idosos, ou o isolamento destes nas suas habitações com ausência de companhia ou acompanhados também por idosos. O isolamento nas zonas rurais, eventualmente, é menos inquietante do que o das zonas urbanas, por via da ainda existente solidariedade de vizinhança e por muitas vezes, nestas zonas, o núcleo que se poderá chamar de familiar abranger não só filhos e netos mas também níveis familiares mais afastados como primos e sobrinhos ao que se adicionam os vizinhos e amigos. No entanto, pode assumir contornos de extrema relevância se enquadrarmos a realidade das dinâmicas demográficas das regiões, em que maioritariamente a rede de apoio referida pode estar enquadrada em faixas etárias próximas do idoso em causa, uma vez que o êxodo ou a emigração dos mais jovens é uma realidade. Esta noção é reforçada pelo INE referindo que “(...) 60% da população idosa vive

⁹²⁰ Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Beneficiárias/os do complemento solidário para idosos da segurança social (N.º) por Sexo; Anual*

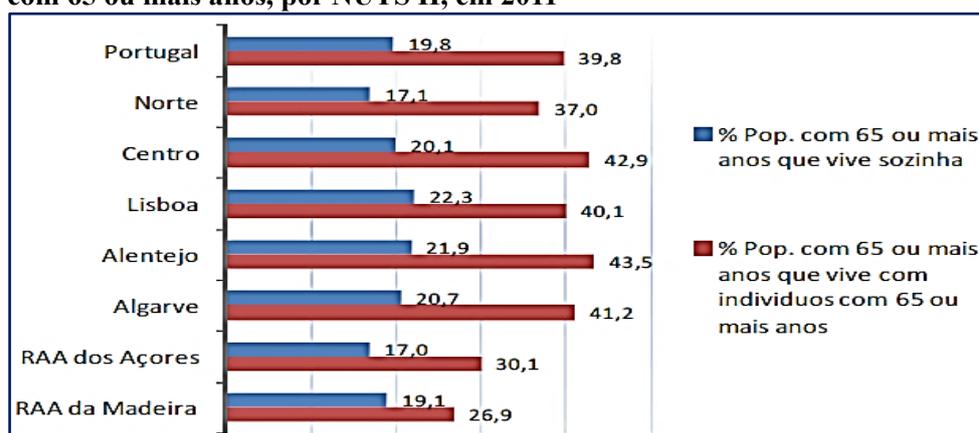
⁹²¹ CEDRU - Centro de Estudo e Desenvolvimento Regional e Urbano & BCG - Boston Consulting Group, 2008

só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década (...)”⁹²²

O INE, considerando os CENSOS 2011, afirma que “(...) cerca de 400 mil idosos vivem sós e 804 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas (...)”⁹²³ referindo que estes números aumentaram de 2001 a 2011 cerca de 28%⁹²⁴, com os que vivem sós a aumentar 29% e os que vivem exclusivamente com idosos a aumentar 27,5%, expondo que “(...) o aumento da esperança média de vida, a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades modernas terão, certamente, contribuído para explicar as mudanças observadas e as diferenças que se verificam entre as regiões do país (...)”⁹²⁵.

Em termos regionais NUTS II (Figura 46), em 2011 em Portugal, 19,8% da população com 65 e mais anos vivia sozinha e 39,8% vivia exclusivamente com indivíduos da mesma faixa etária. Ordenando as NUTS II por ranking decrescente, no que concerne com o indicador “idoso a viver sozinho”, apresenta-se em primeiro lugar Lisboa seguida do Alentejo, Algarve, Centro, RAM, Norte e por último RAA. No que respeita ao ranking relativos ao fator idoso a viver exclusivamente com idosos, temos em primeiro lugar o Alentejo seguido do Centro, Algarve, Lisboa, Norte, RAA e por último RAM. De salguardar que esta ultima amostra é muito mais representativa do que a primeira, no entanto ambas retratam situações a serem levadas em linha de conta a quando da produção de políticas sociais e neste caso de saúde.

Figura 46: Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*

⁹²² Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*

⁹²³ Idem

⁹²⁴ Passando de 942594 em 2001 para 1205 541 em 2011

⁹²⁵ Instituto Nacional de Estatística, 2012

Este cenário é de alguma forma amenizado, no que concerne com o fator solidão, por via de que apenas 2% da população idosa não tem contacto com amigos⁹²⁶, revestindo-se de grande importância porque, de acordo com o mesmo documento, “(...) *as pessoas que nunca se encontram com amigos ou familiares terão mais dificuldades em receber ou prestar ajuda; basta ter-se pelo menos um contacto por ano para que a capacidade para receber apoio/ajuda se mostre diferente (...)*”. Ou seja, neste contexto de aumento dos efetivos populacionais idosos e muito idosos a existência de redes informais de solidariedade (familiares, amigos e vizinhos) revela-se como essencial. Perante esta situação, idosos a viverem sós, poderia se cogitar que este era o fator primordial no processo de institucionalização, mas esta noção não corresponde à realidade uma vez que “(...) *de acordo com a Carta Social de 2005, só 18% dos idosos estão no lar por motivos de viverem sós (...)*”⁹²⁷ determinando que o motivo principal que impele à institucionalização “(...) *respeita à insuficiência em gerir as necessidades diárias e à impossibilidade da família prestar os cuidados necessários, o que poderá querer indicar que, muitas vezes, mesmo vivendo em família, o idoso se encontra isolado(...)*”, estima ainda que existe tendência crescente para que os idosos nacionais vivam cada vez mais sós.

Considerando, ainda, o isolamento geográfico, a Guarda Nacional Republicana, efetuou a “*Operação Censos Sénior 2012*”⁹²⁸, para levantamento de dados sobre os idosos que vivem sozinhos e/ou isolados⁹²⁹ e que residem na área da sua responsabilidade, correspondendo a cerca de 94% do território nacional e a 54% da população residente. Esta recolha demonstrou que, da amostra, 79% da população idosa vive sozinha, 11% vive isolada e 10% vive sozinha e isolada, ou seja, 21% da população vive isolada, embora cerca de metade viva com companhia.⁹³⁰

Analisando a variável nível de educação/instrução, de uma forma mais extensa, uma vez que esta influencia a saúde dos indivíduos, designadamente o processo de gestão do binómio saúde/doença, conforme já foi tratado nesta tese, iniciamos com o retratar da evolução do indicador sobre a taxa real de escolarização⁹³¹ por nível de ensino. Segundo a Figura 47, durante o Estado Novo esta taxa era relativamente baixa para os níveis: educação

⁹²⁶ CARNEIRO et al, 2012

⁹²⁷ Idem

⁹²⁸ Entre 15 de janeiro e 29 de fevereiro de 2012.

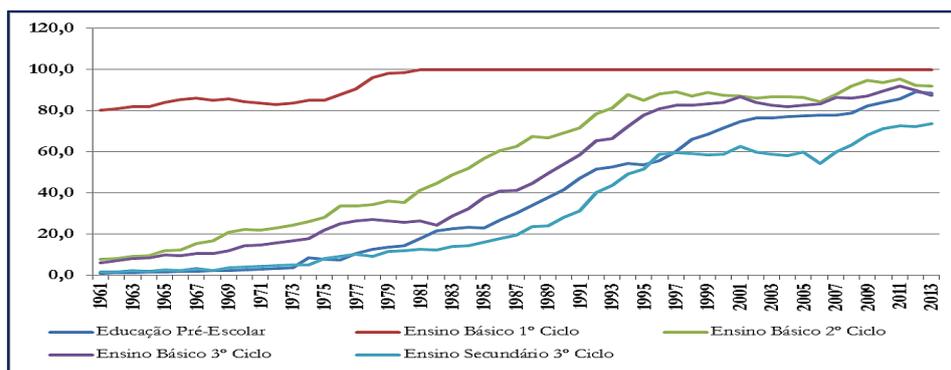
⁹²⁹ Sozinho – idoso que vive sem mais ninguém; sozinho isolado – idoso que vive sem ninguém e isolado territorialmente.

⁹³⁰ CARNEIRO et al, 2012

⁹³¹ “*Relação percentual entre o número de alunos matriculados num determinado ciclo de estudos, em idade normal de frequência desse ciclo, e a população residente dos mesmos níveis etários*” (PORDATA)

pré-escolar⁹³²; ensino básico 2º ciclo⁹³³; ensino básico 3º ciclo⁹³⁴ e ensino secundário⁹³⁵. O ensino básico 1º ciclo⁹³⁶ era o único que abarcava entre 80% e 86% da população. Após a implementação do regime democrático, em 1974, o ensino básico 1º ciclo estabiliza nos 100% e todos os outros ciclos sofrem um aumento considerável, chegando a 2013, com a educação pré-escolar a ser frequentada por 88,5% da população correspondente, 91,9% no ensino básico 2º ciclo, 87,5% no ensino básico 3º ciclo e 73,6% no ensino secundário.

Figura 47: Taxa real de escolarização, por nível de ensino, 1961-2013



Elaboração própria. Fonte: PORDATA, 2014, *Taxa real de escolarização em Portugal*

Em 2013 a maioria da população em idade escolar encontrava-se a frequentar os níveis escolares correspondentes. Cenário oposto ao que se vivia até 1974, em que a maioria dos cidadãos não frequentava o ensino e do qual decorre a taxa de analfabetismo⁹³⁷ que existia, refletindo-se na atual e essencialmente nas mulheres (Figura 48).

⁹³² “A educação pré-escolar é o nível de ensino inicial e facultativo que as crianças geralmente frequentam dos 3 aos 5 anos de idade” (PORDATA)

⁹³³ “O 2.º ciclo do ensino básico é o nível de ensino obrigatório que tem a duração de dois anos letivos e que os alunos geralmente frequentam dos 10 aos 11 anos de idade. Corresponde ao antigo ciclo preparatório.” (PORDATA)

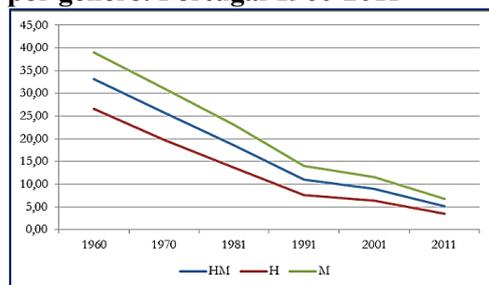
⁹³⁴ “O 3.º ciclo do ensino básico é o nível de ensino obrigatório que tem a duração de três anos letivos e que os alunos geralmente frequentam dos 12 aos 14 anos de idade. Corresponde aos 7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade, por exemplo do antigo secundário geral unificado.” (PORDATA)

⁹³⁵ “O ensino secundário é o último nível de ensino obrigatório, que tem a duração de três anos letivos e que os alunos geralmente frequentam dos 15 aos 17 anos de idade. Corresponde aos 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade, por exemplo do antigo secundário liceal” (PORDATA)

⁹³⁶ “O 1.º ciclo do ensino básico é o primeiro nível de ensino obrigatório, que tem a duração de quatro anos letivos e que os alunos geralmente frequentam dos 6 aos 9 anos de idade. Corresponde à antiga primária.” (PORDATA)

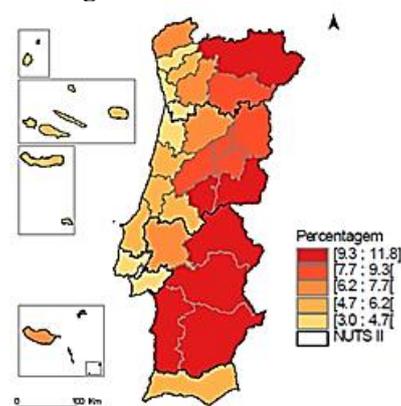
⁹³⁷ “Esta taxa foi definida tendo como referência a idade a partir da qual um indivíduo que acompanhe o percurso normal do sistema de ensino deve saber ler e escrever. Considerou-se que essa idade correspondia aos 10 anos, equivalente à conclusão do ensino básico primário.” (INE)

Figura 48: Taxa de analfabetismo (%) por género. Portugal 1960-2011



Elaboração própria. Fonte:
Instituto Nacional de Estatística, 2009⁹³⁸;
Instituto Nacional de Estatística, 2014⁹³⁹.

Figura 49: Taxa de analfabetismo (%). Portugal 2011.



Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2012,
Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal.

Em 2011, a população analfabeta era essencialmente idosa (79%), observando-se assimetrias regionais. Com menores taxas apresentava-se o litoral, exceto o litoral alentejano (Figura 49) sendo que a região com menor taxa é Lisboa (3,2%) e com maior o Alentejo (9,6%).⁹⁴⁰ Conquanto que a escolaridade obrigatória em Portugal tenha, desde 1986, a duração de 9 anos compreendendo os três ciclos e desde 2009 tenha aumentado obrigando os cidadãos à “(...) obtenção do diploma de curso conferente de nível secundário da educação ; ou (...) Independentemente da obtenção do diploma de qualquer ciclo ou nível de ensino, no momento do ano escolar em que o aluno perfaça 18 anos (...)”,⁹⁴¹ ainda existiam em 2011 aproximadamente 10% da população com 15 ou mais anos sem qualquer nível de escolaridade completo, embora em decréscimo (em 2001 existiam 18%).⁹⁴²

Ao avaliarmos a proporção de jovens entre os 18 e os 24 anos, que abandonou o sistema de ensino e que concluiu unicamente o 9º ano de escolaridade, percebemos que este número tem vindo também a diminuir uma vez que em 2001 representavam 33,4% da população em causa e em 2011 correspondia a aproximadamente 22%. Assim como, a proporção de jovens com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos que completou pelo menos o ensino secundário é 61% e em 2001 era 44%.⁹⁴³ Ou seja, a maioria dos jovens com mais de 18 anos, em 2011, tinham completado pelo menos o ensino secundário. No que respeita ao ensino superior, em 2011, 29% da população com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos tinham formação superior, representando um aumento de 15% em relação a

⁹³⁸ Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência e Sexo; Decenal - INE, Censos - séries históricas.

⁹³⁹ Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação.

⁹⁴⁰ Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*

⁹⁴¹ Diário da Republica, 2009, *Lei n° 85/2009 de 27 de agosto de 2009*

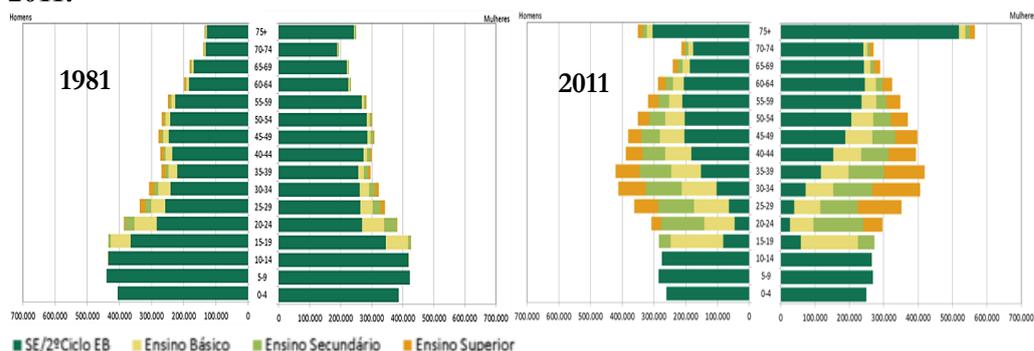
⁹⁴² Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*

⁹⁴³ Idem

2001, ano em que somente 14% desta população tinha completado um curso superior.⁹⁴⁴. Ou seja a formação superior está a disseminar-se e a população portuguesa está a aumentar o seu nível de qualificação académica, com maior relevância para as mulheres.

O grupo dos efetivos populacionais maiores de 65 anos, concordantemente com o aumento gradual dos níveis de escolaridade e do aumento do número de pessoas a frequentar o sistema de ensino nacional, em 2011, eram mais qualificados do que em 1981, e destes salientamos que os maiores de 75 também seguiram esta tendência (Figura 50).

Figura 50: População por grupo etário, sexo, nível de escolaridade. Portugal, Censos 1981, 2011.



Fonte: MARTINS et al, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

Tabela 40: Nível de escolaridade, da população maior de 65 anos, 2011 e 2031 (Cenário Tendência), por NUT II

NUT II		Norte		Centro		Lisboa		Alentejo	
Anos		2011	2031	2011	2031	2011	2031	2011	2031
Nível de escolaridade	Total (Nº)	602.798	797.961	496.103	499.808	511.896	590.479	173.145	148.031
	SE/2.º Ciclo EB	89,5%	67,9%	91,2%	63,0%	75,7%	43,4%	92,7%	60,3%
	E. Básico	4,0%	12,5%	3,7%	14,9%	9,5%	19,0%	3,3%	16,0%
	E. Secundário	2,6%	9,5%	2,1%	11,0%	6,7%	17,5%	1,8%	12,2%
	E. Superior	3,8%	10,1%	3,0%	11,1%	8,1%	20,1%	2,3%	11,4%

NUT II		Algarve		R.A.A.		R.A.M.	
Anos		2011	2031	2011	2031	2011	2031
Nível de escolaridade	Total (Nº)	84.463	99.941	30.864	40.158	32.188	37.824
	SE/2.º Ciclo EB	84,9%	56,2%	88,8%	67,6%	90,0%	66,6%
	E. Básico	5,9%	16,7%	4,5%	12,6%	4,0%	10,9%
	E. Secundário	5,2%	15,3%	2,8%	9,0%	2,7%	10,9%
	E. Superior	4,1%	11,8%	3,8%	10,8%	3,3%	11,7%

Elaboração própria. Fonte: MARTINS et al, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

Em 2011 o quadro nacional, relativamente aos níveis de instrução dos idosos (Tabela 40), não era animador. A nível nacional, a maioria dos idosos ou não tinham completado nenhum grau de ensino (SE) ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico. Ao nível das NUTS II, a situação nacional reflete-se. Colocando as regiões num ranking, por ordem decrescente (regiões com maior percentual de idosos que não tinham completado

⁹⁴⁴ Idem

nenhum grau de ensino (SE) ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico, para as regiões com menor percentual deste indicador): em primeiro lugar Alentejo, seguido do Centro, da RAM, do Norte, da RAA, do Algarve e, por último, Lisboa.

Fazendo um estudo prospetivo para 2031 e tendo como base a análise feita por Martins, Rodrigues e Rodrigues, podemos afirmar que “(...) a proporção de indivíduos que completam níveis de escolaridade mais elevados deverá aumentar em todos os grupos etários de ambos os sexos (...)”⁹⁴⁵. Assim como “(...) continuam a verificar-se diferenças no que respeita ao padrão de escolarização entre indivíduos de sexos distintos. Embora nas coortes mais velhas (acima dos 70 anos) ainda em 2031 se observe uma maior percentagem de homens com pelo menos o Ensino Básico relativamente às mulheres, a escolarização entre estas últimas tende a superar os níveis de escolarização masculina, o que se torna evidente nas coortes mais jovens (...)”⁹⁴⁶. Os mesmos investigadores concluíram que uma vez que “(...) a passagem a um nível de escolaridade mais elevado é um evento irreversível, podemos esperar que a proporção de idosos que em Portugal possuem níveis de instrução superiores continue a aumentar, já que a escolarização das coortes mais jovens parece continuar a evoluir positivamente (...)”⁹⁴⁷. O estudo regional NUTS II efetuado pelas mesmas autoras demonstra que “(...) o aumento dos níveis de escolarização, tanto na população geral como no grupo dos idosos em particular, deverá ser generalizada e Lisboa permanecerá como a região em que os indivíduos são mais escolarizados (...)”⁹⁴⁸.

Assim em 2031, ao nível das NUTS II (Tabela 40), o ranking das regiões, por ordem decrescente (regiões com maior percentual de idosos que não tinham completado nenhum grau de ensino (SE) ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico, para as regiões com menor percentual deste indicador), tendencialmente irá apresentar-se da seguinte forma: Norte; RAA; RAM; Centro; Alentejo; Algarve; Lisboa.

Terminada a caracterização da população e dos idosos nacionais no que respeita ao nível de instrução, pretendemos fazer neste momento uma chamada de atenção, relativa ao anteriormente mencionado sobre os rendimentos dos idosos atualmente. Ou seja, constatado que os idosos atuais usufruem de parcos rendimentos e neste momento podemos afirmar que maioritariamente são pouco instruídos, ao analisarmos o cenário prospetivo descrito, relativo aos níveis de instrução, e tendo em consideração as conclusões de um documento publicado em 2008 que afirma que por norma “(...) o rendimento monetário disponível

⁹⁴⁵ MARTINS et all, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014 (Publicação final resultante do projeto de investigação no qual esta tese se enquadra)

⁹⁴⁶ Idem

⁹⁴⁷ Idem

⁹⁴⁸ Idem

*médio por adulto equivalente dos indivíduos que completaram o ensino superior era duas vezes superior ao rendimento médio para o total da população residente (...)*⁹⁴⁹, eventualmente podemos retirar-se que os idosos de 2031 terão maior poder económico e consequentemente menores constrangimentos relativamente às despesas com a saúde.

Conforme se depreende do ponto sobre saúde e qualidade de vida, tem-se valorizado crescentemente o indicador de bem-estar e qualidade de vida, na política de saúde, de modo a conseguir melhor e mais saúde e contribuir para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, estando este dependente da perceção individual e dos níveis de instrução da população.

Relativamente à população idosa portuguesa, podemos afirmar que⁹⁵⁰ *“(...) em ambos os sexos e em todas as NUT II o efeito da escolaridade (ajustado para a idade) se observa principalmente sobre a auto perceção do estado de saúde (...)*⁹⁵¹. Resultando que *“(...) os indivíduos que concluíram o Ensino Superior tendem a classificar de modo mais positivo o seu estado de saúde (...) aqueles que não completaram o Ensino Básico atribuem-lhe tendencialmente classificações mais negativas (...)*⁹⁵². Torna-se também evidente que existe uma maior propensão de os indivíduos sem o ensino básico *“(...) apresentarem pelo menos uma doença crónica ou uma incapacidade de longa duração (...)*⁹⁵³ em particular as mulheres, concluindo-se que *“(...) de modo geral, parece ser entre as mulheres que os efeitos da escolaridade são mais determinantes (...)*⁹⁵⁴.

Quando analisado o indicador *recurso a consultas médicas*, conclui-se que *“(...) o aumento de escolaridade se associa a um maior risco de ter consultado o médico nos últimos três meses (...)*⁹⁵⁵ e eventualmente a um maior consumo de medicamentos. Não obstante, em termos futuros concluiu-se que o aumento do nível de instrução *“(...) é sempre positivo, dado que o cenário tendência resulta em menores prevalências de indivíduos que classificam negativamente o seu estado de saúde (...)*⁹⁵⁶. Aponta para uma população com mais saúde embora com a doença crónica decorrente do aumento da longevidade. Sendo que *“(...) um melhor estado de saúde refletir-se-á (...) numa menor necessidade de utilização dos serviços de saúde e pode levar (...) à redução da despesa (...)*⁹⁵⁷.

⁹⁴⁹ Instituto Nacional de Estatística, 2010

⁹⁵⁰ De acordo com a investigação desenvolvida no âmbito do projeto de que esta tese é parte integrante.

⁹⁵¹ MARTINS & RODRIGUES, Inês, 2014 in RODRIGUES & MARTINS, 2014

⁹⁵² Idem

⁹⁵³ Idem

⁹⁵⁴ Idem

⁹⁵⁵ Idem

⁹⁵⁶ Idem

⁹⁵⁷ Idem

Terminados os capítulos de enquadramento e de explanação do quadro atual e prospetivo relativo ao tema em estudo, passamos para o último capítulo no qual apresentamos os resultados do Exercício Delphi. Inquirimos um painel de especialistas por forma a concluirmos que orientação a tomada de decisão política deveria assumir e, desta forma, contribuirmos para a produção de eventuais políticas públicas. Bem como percecionamos a sua opinião relativamente à atualidade.

II.4. Idosos e saúde em Portugal. Práticas e desafios

O presente subcapítulo pretende responder à terceira e quarta questão orientadoras recorrendo-se para tanto a um grupo de especialistas, a quem pedimos opinião de forma a aferir a pertinência das nossas conclusões e perceber os seus pontos de vista e assim obter conclusões mais fundamentadas que contribuam de forma mais decisiva para a tomada de decisão política.

Iniciamos o subcapítulo com a justificação das opções metodológicas, designadamente com a explicação do método, de seguida apresentamos os resultados e terminamos com a sua discussão.

II.4.1. Metodologia - Exercício Delphi.

Precedentemente à explanação da metodologia seguida, consideramos pertinente dar uma breve explicação sobre o método seguido, ou seja o Exercício Delphi⁹⁵⁸. A utilização desta tipologia de exercício, ou de método de inquirição, inicia-se nos anos 50. No entanto, só a partir dos anos 60 é que se procedeu à generalização da sua aplicação, adaptando-o e utilizando-o essencialmente no âmbito da prospetiva e posteriormente disseminou-se pelas diversas áreas do conhecimento, mantendo na generalidade as particularidades originais. Apoia-se num processo iterativo e dinâmico de recolha e análise das opiniões de um painel de peritos, relativa a uma questão ou fenómeno para o qual o entendimento é incerto e/ou apresenta lacunas. Tem como objetivo primordial prestar apoio à tomada de decisão, a qual, neste caso, é relativa à tomada de decisão política e especificamente à política de saúde. Os seus princípios resumem-se em: utilização de painéis de especialistas; garantia do anonimato das respostas; ausência de confrontação pessoal entre os peritos; como

⁹⁵⁸ Em grego Delphoi. Remete para o Oráculo de Delfos, presidido pelo deus Apolo. A cidade de Delfos era o centro do mundo helénico, local sagrado da Antiguidade e Apolo era o Deus da sabedoria e a imagem da verdade. Ao Deus colocavam-se questões, cujas respostas eram consideradas verdades absolutas. Nos anos 50 do século XX o termo adquiriu uma nova dimensão, na sequência do estudo elaborado pela RAND Corporation na esfera da segurança nacional e intitulado Project Delphi. (HSU & SANDFORD, 2007; SKULMOSKI et al, 2007)

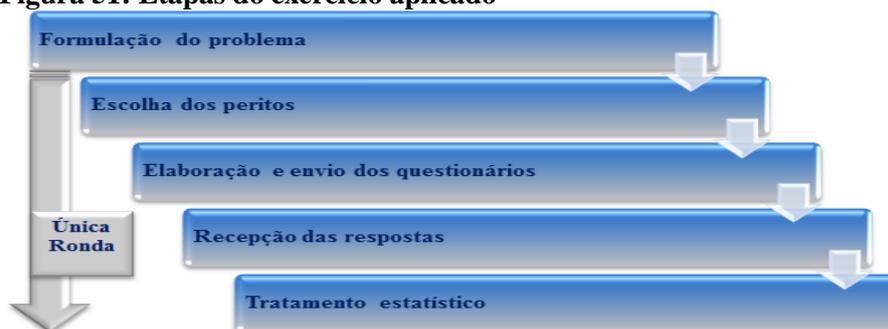
instrumento de trabalho utiliza um questionário anónimo, impedindo o “efeito de líder”; permite a existência de diferentes rondas com o objetivo de conseguir a convergência ou consenso nas respostas, caso seja possível; invoca a intuição e o posicionamento dos peritos relativos à questão em discussão; caso seja necessário e se existirem diferentes rondas é interativo, uma vez que partilha as respostas com os participantes nas sucessivas rondas; expõe resultados qualitativos através de relatórios e conclusões; apresenta resultados quantitativos decorrentes do tratamento estatístico das respostas; pretende-se conjecturar, para os anos seguintes, as transformações mais significativas que se irão produzir no fenómeno em análise (Prospetiva)⁹⁵⁹.

Considerámos que a aplicação deste método seria apropriada, uma vez que o contexto atual e futuro de aumento da população idosa (a qual constitui atualmente a população que maioritariamente utiliza os serviços de saúde, que detém necessidades específicas de saúde e que na sua generalidade vive só, sendo maioritariamente pouco instruída e para a qual o apoio informal, conferido pela família, tendencialmente está a diminuir e a sua distribuição territorial, a nível nacional, apresenta diferenças bem como existem diferenças ao nível da oferta de serviços de saúde) geram incertezas e coloca desafios à tomada de decisão política, na área da saúde, que poderão colocar em causa a linha orientadora restritiva atual determinando um diferente percurso decisório. Sendo que, conforme observámos, a população idosa futura terá particularidades diferentes da atual, designadamente no que concerne com o nível de instrução, (será mais instruída) repercutindo-se positivamente na saúde e na sua perceção da saúde, e concordantemente terá maior capacidade económica, a qual se refletirá eventualmente em maior capacidade de nomeadamente aceder aos serviços de saúde e ambos os fatores potencialmente implicarão maior capacidade de gerir o binómio saúde/doença, permitindo eventualmente contribuir de forma positiva para a sustentabilidade do sistema de saúde, designadamente do SNS. Concordantemente, embora a nossa investigação tenha dado respostas e auxiliado no processo de desenho de linhas orientadoras que eventualmente contribuem para o apoio à tomada de decisão política, no que às políticas de saúde diz respeito, considerámos essencial questionar um painel heterogéneo de peritos com conhecimento nas diferentes áreas intervenientes, de forma a colaborarem oferecendo a sua perceção das tendências e desta forma auxiliar-nos no delinear de propostas.

Transpondo o método para esta investigação, as fases que seguimos para a implementação deste retratam-se na figura 51.

⁹⁵⁹ Idem

Figura 51: Etapas do exercício aplicado



Elaboração própria.

Formulado o problema, decidimos que o questionário a enviar deveria responder às seguintes questões orientadoras: *Que ajustamentos devem ser feitos nos serviços de saúde à medida que a população portuguesa envelhece?; Poderá a melhoria dos níveis educacionais da população portuguesa contribuir para mitigar a pressão esperada nos gastos de saúde nos próximos anos?; Poderão os resultados obtidos nos exercícios prospetivos ajudar os decisores políticos a encontrar respostas adequadas a nível nacional e também local?*

Para a última questão orientadora foram colocadas questões diretas e indiretas. Ou seja aproveitando o teor da questão, relacionada com prospetiva e a tomada de decisão, colocamos questões relacionadas com a previsão de diferentes estados de saúde e grau de prevalência de certas patologias; as diferenças regionais; qualidade de vida; acesso a cuidados de saúde; planeamento de infraestruturas e recursos humanos; despesa com a saúde relativa a serviços de saúde; foco de investimento futuro relativo a serviços.

Perante este tema selecionamos o painel constituído por personalidades enquadradas nas seguintes categorias: políticos, com funções políticas explícitas e personalidades destacadas com funções nas organizações estatais com ação direta sobre o sistema de saúde; profissionais de saúde; académicos; representantes dos serviços privados e sociais da saúde.

A composição do painel de peritos iniciou-se com a fase de seleção, em que os elementos da equipa de investigação do projeto no qual esta tese está inserida, consideraram ser os mais acertados para cada uma das categorias, sem prejuízo de outros. As categorias foram desagregadas de forma a permitir uma maior abrangência resultando nove categorias: ex Ministros da Saúde; Ministros; Secretários de Estado; organismos públicos com funções na saúde; Ordens e Associações de profissionais de saúde; Conselhos Técnicos hospitalares; organismos de utilidade pública com ação sobre a saúde; Académicos; Especialistas.

O painel final ficou constituído por 44 elementos: 6 Ex Ministros da Saúde; 2 Ministros; 3 Secretários de Estado; 8 representantes de organismos públicos com funções na

saúde; 8 representantes de Ordens e Associações de profissionais de saúde; 5 representantes dos Conselhos Técnicos hospitalares de hospitais que conferem a cobertura nacional em termos de cuidados de saúde especializados; 3 representantes de Organismos de utilidade pública com ação sobre a saúde; 5 representantes de Académicos; 4 Especialistas (conforme consta no ponto 7.1. do Anexo VII). Embora não exista um número específico, determinado pelo método, para a constituição do painel refere-se na literatura que entre 15 e 20 seja um número recomendado e utilizado na maioria dos estudos⁹⁶⁰, como supúnhamos que nem todos os especialistas iriam aceitar responder (conforme sucedeu) incluímos um cômputo maior, aumentando a probabilidade de atingirmos um número e representatividade aceitável.

A elaboração do questionário passou por uma primeira fase de construção das questões, posteriormente sofreram um processo de validação, efetuado pelos investigadores do projeto⁹⁶¹, chegando-se a um documento final que reuniu o consenso relativo ao teor das questões, ao número e à compreensão das perguntas. O documento final (7.2. Anexo VII) possui 55 questões, das quais 26 respondem essencialmente à primeira questão, 18 à segunda questão e 11 à terceira questão apresentadas no início deste subcapítulo. Ressalvamos a utilização do termo “*essencialmente*” porque algumas das questões colocadas no questionário abarcam mais do que uma das questões orientadoras estipuladas.

Os questionários foram enviados por e-mail, acompanhados por um texto de rosto (7.3. Anexo VII) e uma carta de apresentação (7.4. Anexo VII) enviada em anexo ao e-mail. Os questionários foram enviados a 4 de fevereiro de 2014 e demos como prazo de resposta o final do mesmo mês. Posteriormente ao envio do questionário, alguns dos peritos informaram-nos sobre a sua indisponibilidade para participar no processo, não se objetando a que o seu nome constasse na apresentação do painel. No final do tempo estipulado como limite para o envio das respostas, entramos em contacto telefónico com os que não haviam respondido, resultando deste contato inquéritos respondidos e novos endereços de contacto dos peritos para os quais reenviamos o inquérito. Acrescentamos que vários peritos nos contataram para obter esclarecimentos. Resultaram 19 respostas dos 44 peritos selecionados. Recuperando a categorização, mais abrangente, inicial dos peritos, de modo a manter o anonimato dos participantes, os 19 peritos que responderam enquadram-se nas seguintes categorias: 4 representantes do grupo políticos; 10 representantes dos profissionais de saúde; 4 representantes académicos; 1 representante dos serviços privados e sociais da saúde.

A análise das respostas demonstrou que na generalidade não se apresentavam

⁹⁶⁰ HSU & SANDFORD, 2007

⁹⁶¹ PTDC/SOC-DEM/098382/2009, *Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas /Ageing and health in Portugal*

desvios significativos, tornando-se estatisticamente possível mensurar a tendência das respostas (se tendencialmente positiva ou negativa) levando-nos a considerar não ser pertinente realizar uma segunda ronda, terminando os procedimentos metodológicos no tratamento estatístico das respostas, através do programa Excel e de estatística descritiva, e na compilação das observações realizadas pelos peritos, as quais apresentamos no subcapítulo seguinte.

II.4.2. Apresentação dos resultados

A exposição dos resultados apresenta-se, por opção metodológica, com o elencar das diferentes questões e as correspondentes respostas.

De forma a responder à primeira questão orientadora do questionário enviado ao painel de peritos colocámos 27 questões.

1ª questão orientadora - QUE AJUSTAMENTOS DEVEM SER FEITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À MEDIDA QUE A POPULAÇÃO PORTUGUESA ENVELHECE?

1 - Qual o grau de importância que o aumento do número de idosos tem para os serviços de saúde em Portugal?: A totalidade do painel respondeu que considera muito importante, ou seja o aumento do número de idosos é um fator a ter em consideração quando se tomam decisões relativas à saúde e ao sistema de saúde. Acrescentam que é um fator decisivo, uma vez que se já na atualidade são os idosos os grandes utentes do sistema. Com o seu aumento numérico, sobretudo dos com 80 e mais anos, esta situação tende a incrementar-se no futuro, muito por via da lógica de que se aumenta o número de idosos e aumenta a esperança de vida, aumenta a prevalência das patologias associadas. Os peritos sublinham a necessidade de adequação das especialidades das profissões de saúde, em particular o desenvolvimento da especialidade de geriatria. Salientam ainda a necessidade de ter em consideração o provável aumento de casos de demências enquanto correlato da idade e da imprescindível tomada de consciência da diferenciação profunda de género a partir dos 65 e mais anos. Com o predomínio das mulheres, a partir desta idade, é necessário adequar os conhecimentos e os serviços de saúde a esta realidade e ao aumento de patologias decorrentes, designadamente no grupo dos 80 e mais anos. Consideram necessária a adequação dos serviços e formação profissional à nova realidade demográfica.

2 - Considera que os serviços de saúde existentes respondem às necessidades da população idosa, maioritariamente pouco instruída e com poucos recursos económicos?: A esta questão um especialista responde que não, oito afirmam que os serviços respondem pouco às necessidades da atual população idosa, caracterizada pelas particularidades que lhe

são próprias, oito entendem que responde de forma razoável e somente dois peritos garantem que os serviços respondem às necessidades. A maioria defende assim que os serviços atuais não se adequam às características dos atuais idosos. As respostas mais negativas pertencem maioritariamente a representantes de profissionais de saúde, enquanto os que detêm funções políticas consideram que a situação é razoável. Os que respondem de forma francamente positiva têm um percurso profissional essencialmente académico. No entanto, embora afirmem que atualmente os serviços são adequados, salvaguardam a necessidade da contínua adequação aos desafios relativos aos idosos, designadamente no que respeita à formação dos profissionais de saúde. Salientam que *“os estudos médico-científicos existentes já preveem a evolução das patologias associadas à idade e a variável técnico-medicamentosa também está minimamente controlada, além de que Portugal beneficia sempre dos avanços feitos no estrangeiro com algum tempo para se adaptar, através dos ensaios clínicos, literatura internacional, congressos e estágios, sem prejuízo do grande desenvolvimento das ciências biomédicas em Portugal nas últimas duas décadas”*. Ou seja o parecer relaciona-se essencialmente com os serviços prestados pelos profissionais, em detrimento dos serviços abrangentes - unidades de saúde, equipamentos, recursos humanos e formação.

3 - Qual o grau de importância que atribui à proximidade dos serviços de saúde na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos?: Treze elementos do painel consideram muito importante e seis consideram medianamente importante, sendo que nenhum respondeu negativamente. Ressalvamos o facto de que nos treze que respondem com o maior grau de importância, se encontram a maioria dos representantes dos grupos de profissionais de saúde, os que detêm funções políticas e os que representam os organismos de utilidade pública com ação sobre a saúde. Acrescentamos que, um dos peritos salvaguarda a sua resposta (medianamente importante) afirmando que considera que *“a proximidade é menos importante do que a especialização e a adoção de protocolos universais, menos dependentes das chefias médicas do que atualmente o são, com enormes diferenças de serviço para serviço”*

4 - Qual o grau de adequação que considera possuírem os recursos humanos no setor da saúde para garantir a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos?: A quantificação das respostas demonstra que dez peritos respondem que os recursos humanos se adequam razoavelmente de forma a garantir a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos, sete afirmam que o grau de adequação é reduzido, somente dois referem adequação elevada e nenhum responde de forma francamente negativa. Dos

que consideram que a adequação é razoável, a maioria ocupa funções políticas e representam profissionais de saúde. Os que consideram reduzido ocupam funções de regulação, representam profissionais de saúde, representam instituições privadas de saúde e académicos com percurso de investigação reconhecido na área da saúde. Os que consideram elevado são académicos com linha orientadora relacionada com a demografia e especificamente com o envelhecimento, acumulando funções de destaque em instituições que se debruçam sobre o estudo das problemáticas relativas aos idosos e nestas também se inclui a saúde dos idosos. Como observações colocam que os recursos humanos são reduzidos, facto que coloca limitações ao tipo de atuação possível, implicando o adotar de um carácter mais de resolução de situações imediatas do que de programação, prevenção e previsão. Um outro fator que reforçam relaciona-se com a formação dos profissionais, considerando que há uma *décalage* entre o ensino e a formação profissional em relação ao avanço técnico-científico que se prolonga na conduta clínica, adiantando que deverão ser desenvolvidas pós-graduações clínicas *“se necessário no estrangeiro”*. Acrescentam que *“o grande problema por resolver na formação dos profissionais de saúde é o da comunicação com os pacientes e familiares, mas a elevação dos níveis de instrução dos futuros idosos compensará em parte o «elitismo» e «distanciamento» tradicionais dos médicos em relação aos doentes. Faz falta incorporar estas dimensões de forma séria nos sucessivos níveis de formação médica e hospitalar”*

5 - Os serviços de saúde existentes respondem às necessidades da população idosa das regiões rurais e interiores do país?: Nove peritos consideram que os serviços respondem razoavelmente, seis consideram que respondem pouco e 4 respondem de forma claramente negativa e nenhum responde de forma afirmativa. Nesta questão torna-se difícil perceber tendências por tipologias dos peritos, uma vez que os diferentes grupos de dividem entre respostas negativas e o razoavelmente, parecendo-nos relevante salientar que não existiram respostas que afirmassem que os serviços existentes respondem às necessidades da população idosa das regiões rurais e interiores do país. Nas observações referem que *“a questão é idêntica à da chamada proximidade e é suscetível de ser melhorada através de melhores meios de comunicação”* acrescentando-se a utilização da telemedicina.

6 - Os serviços de saúde existentes respondem às necessidades da população idosa das regiões urbanas nacionais?: Onze peritos responderam que os serviços de saúde respondem razoavelmente às necessidades desta população, quatro afirmam que respondem pouco, dois relatam que não respondem e dois respondem afirmativamente. Nesta questão também é difícil perceber tendências por tipologias dos peritos, uma vez que os diferentes

grupos de dividem entre respostas negativas e o razoavelmente. Somente dois respondem francamente positivo, mas salvaguardam os concelhos com grande densidade populacional e afirmam que *“as regiões verdadeiramente prejudicadas na divisão regional dos serviços de saúde são as periferias urbanas com alta mobilidade populacional. Não é expectável que o Centro de Saúde seja construído e equipado antes de os novos bairros serem/forem construídos e habitados...”* eventualmente referindo-se a falhas no planeamento territorial.

7 - Qual o grau de importância dos cuidados de saúde primários para a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas?: A esta questão dezoito dos peritos responderam considerarem muito importante. Somente um considerou medianamente importante, demonstrando que este nível de cuidados é consensualmente reconhecido como primordial. Nas recomendações os peritos expuseram que a prevenção deveria ser feita a um nível mais próximo como seja ao *“nível da comunidade, diretamente junto das populações”*, bem como acrescentam que os cuidados de saúde primários são *“a primeira linha de cuidados e aquela que deveria estar mais disponível, particularmente aos idosos”*. Adicionam que este nível de cuidados, quando efetivamente implementado, evita a sobrecarga dos hospitais e evita *“internar os idosos mais do que o necessário”*. Salvaguardam que o atingir dos objetivos a que se propõe *“passará pela generalização da geriatria como especialidade presente nos CS”*. Um dos peritos refere que *“a promoção da saúde e a prevenção da doença, em contrapartida, estão muito atrasadas em Portugal”* exemplificando com a insuficiente *“legislação e controle das (más) práticas da indústria e da distribuição de bens alimentares”* com repercussões danosas para as populações *“sendo diretamente responsáveis por flagelos de saúde como a obesidade, diabetes, etc.”*.

8 - Os serviços de saúde que atualmente prestam cuidados de saúde primários respondem às necessidades da população idosa residente nas zonas rurais e interiores do país?: Oito peritos afirmam que respondem razoavelmente, oito consideram que respondem pouco e três respondem de forma absolutamente negativa, sendo que nenhum responde de forma positiva. Um dos peritos que optou pela resposta *“razoavelmente”* afirma que considera ser esta a resposta mais adequada *“se incluirmos nesta definição de serviços de saúde as farmácias comunitárias e os laboratórios privados de análises clínicas”*. Em relação a esta questão, também, se torna complexo agrupar as respostas por tipologias dos peritos, uma vez que os diferentes grupos de dividem entre respostas negativas e o razoavelmente. Afirmamos que as respostas negativas foram dadas maioritariamente por profissionais de saúde. Como observações os peritos acrescentam que a situação não é uniforme no território nacional, que um dos fatores importantes é a insuficiência de

médicos. Referem mesmo que *“as instituições de Cuidados de Saúde Primários desenvolvem um grande esforço para prestar cuidados aos idosos, contudo o deficit de recursos humanos associado à dispersão geográfica não permite prestação dos cuidados de proximidade desejados e necessários”*.

9 - Os serviços de saúde que atualmente prestam cuidados de saúde primários respondem às necessidades da população idosa residente nas regiões urbanas nacionais?: Treze dos inquiridos afirmam que respondem razoavelmente, três que respondem pouco, dois responderam que não e um respondeu afirmativamente. Os peritos com funções políticas respondem razoavelmente, bem como os académicos, dos profissionais de saúde a maioria responde razoavelmente e as restantes opções de resposta distribuem-se igualmente entre o pouco e o francamente negativo. A resposta positiva advém do representante de um grupo profissional de saúde, colocando a salvaguarda da questão 6 quando refere que nas regiões urbanas os serviços respondem às necessidades exceto nos concelhos mais populosos. Nas observações colocam que *“verifica-se a necessidade de aumentar o número de enfermeiros especialistas de reabilitação que integram as equipas domiciliárias de modo a ser possível o investimento na autonomia funcional do idoso e a prevenção de complicações”*. Referem que é provavelmente neste contexto que residem os maiores problemas ao nível nacional, salvaguardando o facto de que, da mesma forma que para as zonas rurais, a situação não é uniforme no território nacional. Acrescentam que *“é imperativa a proximidade para a capacitação do idoso na gestão do seu regime terapêutico, onde se inclui o medicamentoso”*. Um perito sublinha que os serviços respondem razoavelmente *“se incluirmos nesta definição de serviços de saúde as farmácias comunitárias e os laboratórios privados de análises clínicas”*.

10 - Considera que a atual rede hospitalar responde às necessidades da população idosa residente nas regiões rurais e interiores do país?: Esta questão suscitou nove respostas enquadradas no razoável, cinco no pouco, quatro no sim e uma no não. O agrupar das respostas de acordo com a tipologia dos peritos não é possível, uma vez que as opiniões se dividem. Destacamos que algumas das opiniões francamente positivas advêm de peritos com funções políticas ativas. Salientamos ainda, pelo papel que representam ao nível dos cuidados hospitalares, que os grupos privados com ação sobre a saúde respondem razoavelmente. Um dos que responde afirmativamente refere o seguinte: *“Sim, o que não quer dizer que a rede não tenha que evoluir, como de resto está acontecer: renovações, encerramentos e abertura de novos equipamentos, tendo naturalmente em conta as atuais pressões financeiras, que poderão ser minimizadas através de acordos (não PPPs...) com*

instituições privadas”, acrescentando que “Os idosos, segundo o último estudo confiável sobre a distribuição de rendimentos em Portugal, estão muito desigualmente distribuídos, situando-se contudo 16% deles nos 2 escalões de rendimento superiores (Farinha Rodrigues, ISEG, Outubro 2013) ”

11 - Considera que a atual rede hospitalar responde às necessidades da população idosa residente nas regiões urbanas do país?: A esta questão nove peritos responderam razoavelmente, sete respondem afirmativamente e três respondem pouco, sendo que nenhum optou pela resposta francamente negativa. Mais uma vez o agrupar não é fácil pela dispersão das respostas, mas as respostas mais negativas correspondem aos representantes de grupos profissionais de saúde e de grupos privados de saúde. Como observações adicionaram que a situação mais preocupante é o acesso a consultas e cuidados de especialidade.

12 - Considera que a atual rede de cuidados continuados e paliativos responde às necessidades da população idosa residente nas regiões rurais e interiores do país?: Oito peritos afirmam que não responde, seis consideram que responde pouco, cinco optam pelo razoavelmente e um dá resposta afirmativa. As opiniões do grupo de peritos com funções políticas dividem-se igualmente entre o razoável e o pouco e os representantes dos grupos profissionais de saúde dividem-se entre o pouco e a resposta negativa, sendo que a resposta positiva é dada por um dos grupos que representa estes profissionais. Os peritos com funções essencialmente académicas responderam na totalidade com a opção “*não*”. Uma vez que os grupos privados da saúde atuam muito ao nível dos cuidados continuados e paliativos, parece-nos importante referir que responderam razoavelmente. Um dos peritos elegeu duas opções de resposta, selecionando o razoável para a rede de cuidados continuados e a opção pouco para a rede de cuidados paliativos, colocando nas observações que existe uma “*diferença significativa no acesso a Rede de Cuidados Continuados e a Cuidados Paliativos, sendo muitíssimo deficitária na segunda*”. Esta opinião é partilhada pela maioria dos peritos. Em relação aos cuidados continuados afirmam que “*ainda que o número de camas, na rede nacional de cuidados continuados, seja na maioria das regiões razoável, considerando critérios de proximidade, para a colocação dos doentes, há assimetrias no acesso, nas várias regiões e concelhos do país*”, acrescentando que rede é “*absolutamente nada de comparável ao que já existe em países como a França e a Inglaterra, nomeadamente a nível domiciliar*”.

13 - Considera que a atual rede de cuidados continuados e paliativos responde às necessidades da população idosa residente nas regiões urbanas do país?: Dez peritos afirmam que responde pouco, cinco respondem razoavelmente, cinco optam pelo não e

nenhum responde afirmativamente. Mais uma vez um dos peritos elegeu duas opções de resposta, selecionando o razoável para a rede de cuidados continuados e a opção pouco para a rede de cuidados paliativos. As opiniões dos peritos com funções públicas tendem para a opção *pouco* sendo que somente um mantém o *razoavelmente*. A maioria dos profissionais de saúde e a totalidade dos académicos respondem entre o *pouco* e o *não* e os grupos privados respondem razoavelmente. Colocam que a região de Lisboa é a mais deficitária e que, considerando que as grandes cidades são mais populosas e o isolamento maior, deveriam existir mais camas nas unidades. Destacam que a diferença se mantém entre cuidados continuados e paliativos (mantendo-se estes os mais deficitários), bem como as diferenças regionais.

14 - Considera que os serviços conseguirão responder às necessidades específicas da população, no cenário previsível de aumento do número dos muito idosos (80 e + anos)?: Doze inquiridos consideram pouco provável, quatro consideram improvável, dois referem que é provável e um afirma ser muito provável. Enquadrados na opção *“pouco provável”* estão todos os peritos com funções políticas e a maioria dos profissionais de saúde. Os académicos dividem-se igualmente nas quatro opções, salientamos que os grupos privados consideram improvável. Adicionam que *“A manterem-se as atuais políticas públicas, nas esferas da saúde e da ação social (não apenas na matéria do envelhecimento mas também ao nível do planeamento do espaço e dos serviços públicos, em geral, como no apoio à natalidade e às famílias), dificilmente se responderá, atempada e qualificadamente, às necessidades específicas desta população”*, e reafirmam que *“As políticas existentes não respondem às necessidades atuais pelo que dificilmente, poderão responder ao incremento de solicitações”*. Maioritariamente consideram que seja pouco provável ou mesmo improvável *“Tendo em conta o atual formato e organização dos serviços”*. Os peritos que consideraram ser provável afirmam que *“Em princípio sim, até porque as situações clinicamente melindrosas não aumentarão na proporção direta da idade, já que os futuros idosos mais jovens tenderão a ter um estado de saúde significativamente melhor dos que aquele dos atuais idosos das mesmas idades”* no entanto salvaguardam que *“Haverá naturalmente um crescendo da cronicidade mas não é obrigatório que a duração do período de declínio mais acentuado (1-3 anos) aumente de forma proporcional ao aumento da esperança de vida”*

15 - Neste cenário de aumento da população idosa considera adequadas as políticas que defendem o encerramento dos serviços de saúde de proximidade e a criação de serviços centralizados?: Dez peritos optaram pela resposta *“não”*, quatro pela *“pouco”*, dois pela

“razoavelmente” e três pela “sim”. Podemos constatar que todos os peritos com funções políticas deram resposta francamente negativa, bem como a maioria dos profissionais de saúde. A opinião dos académicos divide-se, mas a maior concentração está na opção “sim”, bem como existem dois representantes de grupos profissionais que respondem “razoavelmente” e “sim”. Esta última opinião positiva é acautelada pelos peritos correspondentes com afirmações nas observações: *“Desde que exista uma excelente rede de unidades funcionais de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados integrados, associada a uma rede de transporte que permita o acesso a cuidados diferenciados sempre que ocorra agravamento do estado de saúde”,* opinião partilhada pelos demais, que reforçam a necessidade de incremento das comunicações entre serviços de saúde, utilização de telemedicina, melhoramento das redes de transportes e da rede de transportes de emergência e não emergência de doentes, bem como colocam a questão *“Porque razão o INEM não teria mais helicópteros, nomeadamente por troca com ambulâncias?”*. Os peritos que se enquadraram na resposta “razoavelmente” acautelam referindo que *“Depende dos serviços, uma vez que será forçosamente necessário racionalizar a oferta para que o sistema seja efetivo e sustentável”*. Quem respondeu negativamente salienta que *“a resposta é não, pese embora haja que distinguir entre centralização de serviços de alto nível de especialização (que é justificável e faz sentido) e centralização de serviços de acompanhamento e apoio (que, pelo contrário, não é justificável e acarreta, quase sempre, consequências negativas)”* acrescentando que *“terão sempre de ser mantidos serviços de proximidade que cubram as necessidades básicas de saúde”*.

16 - Considera importante que a rede de cuidados continuados e paliativos se estenda a todo o país, pela criação de unidades de proximidade, de forma a manter os idosos próximos das suas famílias e do seu meio?: Dezassete peritos consideraram muito importante e dois consideraram medianamente importante, sendo que nenhum considerou pouco ou nada importante. Denota-se, nos dados, que todos os peritos com funções políticas responderam ser muito importante, assim como os grupos privados e a maioria dos profissionais de saúde e dos académicos. Os que consideraram medianamente importante acrescentaram que *“a «proximidade das famílias», sobretudo em relação aos grandes-idosos em fase final é um «mito»: basta estudar a frequência dos visitantes dos lares e mesmo dos hospitais para se certificar disso”* bem como afirmaram *“desconheço a existência de uma efetiva rede de cuidados continuados e (sobretudo) paliativos. Essa rede prometida há perto de uma década foi parcialmente recuperada por serviços de orientação privada e o resto ficou adiado para melhor oportunidade”*. Dos que responderam ser muito

importante alguns adicionaram: *“pese embora haja necessidade de ser tida em consideração a adequação à população residente e à dimensão e diferenciação das unidades”*.

17 - Considera importante que as unidades de reabilitação se estendam a todo o país, pela criação de unidades de proximidade, de forma a manter os idosos próximos das suas famílias e do seu meio?: Quinze peritos responderam ser muito importante, dois consideraram ser medianamente importante um respondeu ser pouco importante e igualmente um afirmou ser nada importante. Os dados demonstram que a maioria dos peritos com funções políticas considera muito importante, a maioria dos profissionais de saúde e a maioria dos académicos bem como os privados. O representante de um grupo de profissionais de saúde refere ser nada importante, não obstante refere que *“Não são necessárias unidades de reabilitação. O que é necessário é que dentro das unidades de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de paliativos existam recursos humanos especializados em reabilitação e fisioterapia que prestem cuidados nas instituições e no domicílio”*. O que responde *“pouco importante”* acrescenta que *“considero a chamada proximidade num país da dimensão de Portugal, com os meios que atualmente já possui, é um problema demasiado empolado ou, dito inversamente, sem grande impacto estatístico; naturalmente, pode e é frequentemente decisivo no plano individual”*. Os que consideram ser medianamente importante salvaguardam que *“nesta matéria, sendo importante a proximidade, há a clara necessidade de clarificar o que se entende por reabilitação, sendo que só deverá ser entendida e defendida numa perspetiva de intervenção global, sistémica, multiprofissional e não apenas na perspetiva da recuperação física ou da “fisioterapia”, como, lamentavelmente, muitas vezes é percecionada e entendida por serviços e por profissionais de saúde”*. Dos que consideram ser muito importante acrescentam que *“a opção por unidades moveis também deverá ser equacionada, da mesma forma que as unidades de apoio domiciliário indiferenciadas. Esta forma poderá ser potenciada de modo a que as unidades fixas, deste tipo de apoio, possam não ter de ter um conceito de proximidade tão restrito”*.

18 - Considera importante a criação de instituições prestadoras de apoio domiciliário a nível da alimentação, higiene e saúde, em todo o país, de forma a manter os idosos nas suas casas e próximos das suas famílias e do seu meio?: Treze peritos afirmaram ser muito importante, cinco medianamente importante, um referiu ser pouco importante sendo que nenhum optou por considerar nada importante. A maioria dos peritos com funções políticas, profissões de saúde e grupos privados de saúde enquadraram-se na opção *“muito importante”*, os académicos dividiram-se igualmente entre o *“muito importante”* e o

“medianamente importante”. O perito que referiu ser pouco importante considera que *“A resposta tem por base o fato da questão referir “criação”. Nesse sentido, a cobertura nacional, mesmo em meio rural, é bastante aceitável. O que existe é a necessidade de reformular a filosofia e as metodologias de intervenção, e prestação de cuidados, reforçando a capacidade e a qualidade das respostas existentes (o conceito desenvolvido de ADI⁹⁶² constituía um bom exemplo)”*. Nas restantes observações, afirmam que estes serviços deveriam ser supervisionados por enfermeiros e que no caso de idosos economicamente carenciados o apoio dado a 90% deles é efetuado por familiares ou vizinhos, por não terem capacidade económica para pagar estes serviços se prestados por entidades privadas.

19 - Considera importante o alargamento da rede de instituições com cariz de internamento (lares/casas de repouso) por todo o país, de forma a manter os idosos nas suas localidades e próximos das suas famílias e do seu meio?: Onze peritos consideram medianamente importante, sete afirmam ser muito importante, um referiu ser pouco importante e nenhum considerou nada importante. A maioria dos peritos com funções políticas consideraram ser medianamente importante, os profissionais de saúde dividem-se em igual número entre o *“muito importante”* e o *“ medianamente importante”*, a maioria dos académicos consideram medianamente importante sendo que um considera muito pouco importante. Como observações colocaram que os lares deveriam ser um recurso de última linha e que o ideal seria reforçar as equipas de apoio domiciliário para manter os idosos nas suas casas, sendo que desta forma seriam muito mais saudáveis. Acrescentam que *“a rede de lares (agora designados por estabelecimentos residenciais para pessoas idosas) existente é bastante aceitável. Não tem sido, no entanto, dada prioridade ao trabalho de acompanhamento no que diz respeito à diferenciação de algumas instituições e à tipologia de cuidados prestados, particularmente no que se refere à articulação e diferenciação entre estas respostas e a unidades da RNCCI”*. Afirmam, ainda, que a rede destas instituições deveria ser alargada *“desde que dotadas de recursos humanos diferenciados, como por exemplo enfermeiros, com o objetivo de promoção da autonomia, readaptação funcional, gestão do regime terapêutico, etc.”*, no entanto consideram que a nível internacional *“essa tendência já foi maior e está em vias de redução (por ex. na Dinamarca)”* bem como adiantam que *“os «lares» seriam vantajosamente substituídos por cuidados continuados e paliativos efetivos, que não há em quantidade significativa”* considerando a variável proximidade e acessibilidade.

⁹⁶² Apoio Domiciliário Integrado - Resposta que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana.

20 - A reorganização dos serviços de saúde tem levado maioritariamente ao agrupamento dos serviços nas sedes de concelho e de distrito. Considera que este facto dificulta a acessibilidade aos serviços de saúde por parte da população idosa?: A esta questão treze peritos afirmam que sim, cinco referem que não e um sinaliza a opção “*não sabe/não responde*”. A maioria dos peritos com funções políticas dá resposta afirmativa, sendo que um opta pela negativa. A maioria dos representantes de profissionais de saúde e dos académicos dão resposta afirmativa e um de cada dá negativa. A resposta “*não sabe/não responde*” é facultada por um grupo privado de saúde. Como observações salvaguardam que não é linear em todas as situações uma vez que existe uma grande diversidade de situações de acordo com a localização geográfica e situação demográfica implicando que nuns casos o agrupamento é uma boa solução e noutros não. Os peritos que dão resposta negativa consideram que “*este acesso pode ser promovido através das farmácias comunitárias, que se mantêm distribuídas pelo território nacional*”. Sugerem também que “*a haver constrangimentos devidos às atuais pressões económicas, como seguramente acontecerá por vezes, isso deve ser tratado através da gratuidade do transporte (INEM, bombeiros, associações de doentes, e mesmo táxis ou transporte particular) e/ou redução de taxas moderadoras*”, acrescentando ainda que “*os serviços necessários vão ser diferentes dos que estão a ser centralizados*”.

21 - No contexto de uma reorganização dos serviços de saúde, que importância atribui à necessidade da sua adequação regional, em função do tipo predominante de idoso aí residente?: Treze peritos afirmaram ser muito importante, seis referem ser medianamente importante, um considera ser pouco importante e nenhum elegeu a opção “*nada importante*”. Sobressai que a totalidade dos peritos com funções políticas afirmam ser muito importante bem como a maioria dos profissionais de saúde e os grupos privados. A maioria dos académicos consideram ser medianamente importante, um considera ser muito importante e outro ser pouco importante. Nas observações salvaguardam que “*mais do que uma adequação regional, importa ter em conta uma adequação territorial mais local, considerando as características de cada território, pois ao nível da região a diversidade é grande*” bem como afiançam que “*é importante, mas não pensando apenas na tipologia do idoso atual, mas também nas características previsíveis dos idosos daqui a 15, 20 anos*”, sendo ideal “*ter flexibilidade dentro de uma matriz geral*”. O perito que responde negativamente afirma que “*primeiro teríamos que caracterizar o «tipo de idosos»... Pelo que está feito, não há diferenças tão substanciais que justifiquem a «adequação regional»*” por considerar que os estudos feitos referem essencialmente tipologias epidemiológicas.

22 - No processo de reorganização dos serviços de saúde, que importância deve ser dada aos seguintes aspectos? (Colocando-os por ordem crescente de importância de 1 a 5): A maioria dos peritos atribuem o valor 1 à opção “*Numero total de efetivos com 65 ou mais anos*” e à opção “*Nível de instrução*”; o valor 2 à opção “*Rendimentos médios*”; o valor 3 à opção “*Fatores exógenos (rede de transportes, espaço rural/urbano)*”; o valor 4 à opção “*Fatores exógenos (rede de transportes, espaço rural/urbano)*” e “*Estrutura familiar de suporte (cuidadores)*”; o valor 5 à opção “*Estrutura familiar de suporte (cuidadores)*”. Salvaguardamos que um dos peritos só atribui o valor máximo. Nas observações referem que “*Qualquer processo de reorganização deveria ter todos os fatores indicados em consideração e mais uma vez, não apenas com os seus valores atuais, com previsões corretas para a evolução desses mesmos fatores. No caso dos rendimentos médios, poderia mesmo dizer que quase não tem importância, dado que pouco representa face às necessidades de quem cai abaixo ou muito acima desses mesmos rendimentos*”.

23 - Aquando da tomada de decisão relativa à reorganização dos serviços de saúde, considera que os fatores inumerados na questão 22 deveriam ser tidos em consideração?: Dezoito consideram que sim e um que não, por considerar: “*os princípios de organização devem ser médicos, controlados por sua vez pelas disponibilidades financeiras*”.

24 - Considerando o aumento esperado dos níveis de escolaridade da população idosa, considera que a linha orientadora seguida atualmente na reorganização dos serviços de saúde responderá às necessidades da população idosa?: Oito respondem “*não sabe/não responde*”, seis “*não*” e cinco respondem afirmativamente. A resposta “*não sabe/ não responde*” foi da maioria dos profissionais de saúde, de um perito com funções políticas e dos grupos privados. Negativamente respondem os restantes representantes dos profissionais de saúde, metade dos académicos e um com funções políticas não-governamentais. Positivamente respondem os com funções políticas governamentais e os restantes académicos. Referem: “*o aumento dos níveis de escolaridade deverá influenciar a tipologia dos serviços, fazendo mais uso de meios que os idosos de hoje não dominam e que se pode pressupor que dominarão dentro de 10, 15 anos*” e “*o nível de instrução está em franco aumento, embora com as perdas inerciais expectáveis (o dobro de anos na escola não faz de uma pessoa duas vezes mais informada do que outra, mas aumenta a rede de informação, que é possivelmente o elemento-chave com que os indivíduos lidam com a saúde/doença), e tenderá a usar melhor os serviços à sua disposição, jogando como até agora com as diversas modalidades: público, corporativo e privado...*”.

25 - Que importância atribui à necessidade de serviços de vigilância de proximidade (ex: nas sedes de freguesia) nas regiões rurais e interiores, atendendo ao volume atual e futuro dos maiores de 65 anos e à prevalência de patologias específicas de longa e média duração?: Dezassete peritos consideram ser muito importante, um considera pouco importante, um não responde e nenhum elegeu as opções “*medianamente importante*” e “*nada importante*”. O perito que considera ser pouco importante e o que não responde pertencem ao grupo dos académicos. Nas observações colocam que a prestação de cuidados de saúde de proximidade deve ser realizada pelos profissionais e instituições competentes, como sejam os cuidados de saúde primários, implicando a adequada distribuição geográfica das unidades funcionais.

26 - Considera que a sensação de isolamento e de perda de proteção na saúde (que poderá ser suscitada pelo encerramento das unidades de saúde de proximidade e a diminuição do apoio familiar) podem induzir a estados de doença, nomeadamente a patologias do foro psíquico?: Doze peritos consideram que é provável, seis que é muito provável e um refere ser improvável, sendo que nenhum considera ser pouco provável. A maioria dos peritos com funções políticas considera provável, os representantes das profissões médicas dividem-se igualmente entre o “*muito provável*” e o “*provável*”, os grupos privados enquadram-se na opção “*provável*”, assim como os académicos com exceção do que refere ser improvável.

27 - Poderá a situação descrita na questão 26 aumentar a sobrecarga dos serviços de saúde e conseqüentemente a despesa pública?: Treze peritos respondem “*provável*”, quatro optam pelo “*muito provável*”, um refere ser improvável e nenhum optou pelo “*pouco provável*”. A maioria dos peritos com funções políticas, profissionais de saúde e académicos consideram ser provável. O que respondeu ser improvável pertence ao grupo dos académicos e os representantes dos grupos privados de saúde não responderam. Nas observações colocaram que as situações em causa poderão essencialmente “*sobrecarregar em situações emergente, extremas e/ou terminais, dado que essas pessoas ficam muitíssimo prejudicadas no acesso aos serviços*” acrescentam ainda que “*haverá seguramente uma tendência para exigir mais das finanças públicas mas há o limite do imposto e, sobretudo, haverá uma maior consciência de, como se diz na gíria dos especialistas, «preparar a reforma», que é como quem diz «preparar a velhice» e as doenças que esta traz associadas, através de seguros, etc. Os futuros idosos serão, comparativamente, mais jovens durante mais tempo; poderão, porventura deverão, trabalhar mais tempo; em princípio serão mais*

qualificados, e serão comparativamente mais «ricos» e pouparão mais. Assim se espera no resto da Europa...”.

Com o objetivo de encontrar resposta à segunda questão orientadora do questionário enviado colocámos 17 questões que passamos a apresentar e as correspondentes respostas:

2ª questão orientadora: PODERÁ A MELHORIA DOS NÍVEIS EDUCACIONAIS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA CONTRIBUIR PARA MITIGAR A PRESSÃO ESPERADA NOS GASTOS DE SAÚDE NOS PRÓXIMOS ANOS?

28 - Que grau de importância atribui ao fator “nível de instrução” no estado de saúde do indivíduo?: Onze responderam ser medianamente importante, sete optaram pelo “*muito importante*”, um pelo “*nada importante*” e nenhum escolheu a opção “*pouco importante*”. A maioria dos peritos com funções política, dos profissionais de saúde e dos grupos privados de saúde optaram pelo “*medianamente importante*”. Na opção “*muito importante*” inserem-se a maioria dos académicos, e um perito com funções políticas não-governamentais. A opção “*nada importante*” foi escolhida por um académico. Das observações, retiramos que o aumento dos níveis de instrução, têm uma relação direta com a adoção de comportamentos saudáveis e com a preocupação com a vigilância da saúde. Assim como, a instrução é o determinante mais importante, seguido pelas práticas relativas ao envelhecimento ativo.

29 - Considera que o nível de instrução do indivíduo influencia a perceção do seu estado de saúde?: Onze peritos consideraram ser muito provável, seis responderam ser provável, dois responderam ser pouco provável e nenhum optou pelo improvável. A maioria dos representantes dos profissionais de saúde, dos académicos, dos grupos privados e um com funções políticas, responderam ser muito provável, sendo que a maioria destes últimos se enquadrou na opção “*provável*”. A opção “*pouco provável*” foi escolhida por um académico e por um com funções políticas, referindo que “*mais do que o nível de instrução, há influência do nível de envolvimento em ocupações significativas e da permanência nos contextos (familiares, sociais, geográficos) habituais de vida, e de opção do próprio*”. As restantes observações reforçam a escolha da opção “*muito provável*” afirmando “*mais importante, o nível de educação condiciona as expectativas e capacidade de ter soluções diferentes*”. Lê-se ainda “*certamente objetiva e subjetivamente*”.

30 - Que importância atribui ao nível de instrução na “gestão” do binómio saúde/doença?: Dez dos peritos consideraram ser medianamente importante e nove ser muito importante. Nenhum escolheu as opções “*pouco importante*” e “*nada importante*”.

Na opção “*medianamente importante*” enquadraram-se a maioria dos peritos com funções políticas e dos profissionais de saúde, a opção muito importante foi selecionada pela maioria dos académicos e pelos grupos privados de saúde. Nas observações reforçaram a importância deste determinante de saúde: “*estaticamente está mais do que provado, nomeadamente em Portugal, onde é mais importante inclusivamente que o rendimento*”

31 - Um indivíduo com baixo nível de instrução gere o binómio saúde/doença de forma mais ou menos capaz que outro com nível de instrução superior?: Dezoito peritos responderam ser de forma menos capaz. Um assinalou a opção mais, no entanto esta resposta não é coerente com as restantes, deste perito, fazendo crer que, eventualmente, terá sido um lapso. Nas observações, reforçaram a importância do nível de instrução enquanto determinante de saúde, afirmando que é expectável que assim seja e que a gestão do binómio saúde/doença tenderá a melhorar nas próximas duas ou três décadas por via do previsível aumento do nível de instrução dos idosos.

32 - O nível de instrução do utente facilita a intervenção dos profissionais de saúde?: Dezoito responderam afirmativamente e um negativamente enquadrando-se no grupo dos académicos. Os peritos referem que facilita muito a intervenção, embora também torne os doentes mais exigentes, acrescentando que é “*um fator que obriga a um nível de prestação de cuidados mais exigente, atendendo a que as expectativas do utente são maiores*”, podendo criar alguma instabilidade na relação do profissional de saúde com o utente. Um dos peritos refere: “*a resposta sim, é dada partindo do pressuposto que o profissional de saúde tem capacidade de encarar o doente/utente como um parceiro e tem competências relacionais e de comunicação que lhe permitam uma partilha do conhecimento*”.

33 - Considera que os indivíduos com maior grau de instrução utilizam menos os serviços de saúde?: Nove dos peritos consideram ser pouco provável, seis referem ser provável, dois afirmam ser muito provável e dois assinalam ser improvável. Os profissionais de saúde dividem as suas respostas igualmente entre a opção *provável* e *pouco provável* e a maioria dos académicos considera ser pouco provável. A opção improvável advém de dois grupos de peritos representantes de serviços de saúde privados e académicos. O eleger da opção *pouco provável* prende-se com o facto de considerarem que os indivíduos mais instruídos têm maior capacidade económica, implicando que têm a possibilidade de recorrer a serviços privados com maior frequência e consideram que quanto menor a instrução, menor o conhecimento e consequentemente menor a preocupação com a saúde. Afirmam, ainda, que consideram mais plausível que os indivíduos mais instruídos poderão, eventualmente, utilizar os serviços de outra forma, mas não com menor frequência. Nas

observações feitas pelos que optaram pelo *muito provável* podemos ler que os mais instruídos “*têm maior capacidade de perceber se precisam de utilizar serviços de saúde*”.

34 - Considera que indivíduos com maior grau de instrução utilizam os serviços de saúde de forma mais direcionada e com uma noção da sintomatologia mais objetiva, facilitando o processo de diagnóstico e intervenção?: Doze consideram ser provável e sete muito provável. Os peritos com funções políticas dividem-se igualmente entre as duas opções. A maioria dos profissionais de saúde e dos académicos respondem *provável* e os grupos de saúde privados optam pelo *muito provável*. Alguns dos peritos que consideram ser provável afirmam que “*também pode gerar mais confusão ao assumirem que sabem eles o que fazer*” bem como afirmam que “*é possível mas a instrução, sobretudo não médica, também leva a muitos enganos e a «convencimentos», porventura negativos para o doente*”.

35 - Considera que indivíduos com maior grau de instrução assimilam melhor a informação fornecida por campanhas de prevenção da doença?: Onze respondem “*muito provável*” e oito “*provável*”, sendo que a maioria dos diferentes grupos de peritos considera muito provável, referindo que o assunto está abundantemente demonstrado na investigação.

36 - Considera que indivíduos mais instruídos retêm melhor a informação e prescrições dos profissionais de saúde?: Doze respondem *muito provável*, sete *provável*, e nenhum assinalou *pouco provável* e *improvável*. A maioria dos peritos com funções políticas, profissionais de saúde e grupos privados de saúde escolhem a opção *muito provável* e os académicos escolhem em número igual as duas opções. As observações são sobreponíveis com as da pergunta anterior, ressaltando a diferença entre reter e aderir.

37 - Considera que indivíduos mais instruídos podem ser um veículo promotor de saúde para a sociedade?: A esta questão nove peritos referem ser muito provável, oito consideram ser provável e dois pouco provável, sendo que nenhum optou pelo improvável. A maioria dos peritos com funções políticas considera provável e um considera ser pouco provável, a maioria dos profissionais de saúde responde ser muito provável, os académicos dividem opinião entre o *muito provável* e o *provável* somente com um a afirmar ser pouco provável e os grupos de saúde privada afirmam ser provável. O perito com funções políticas que considerou ser pouco provável justifica a sua opção afirmando ser “*variável, em função dos níveis de participação cívica que tenham noutras matérias*” e o académico que se enquadra na mesma opção de resposta refere que “*não são os indivíduos, é o sistema social que, sendo enquanto tal mais instruído, terá essa função. Até a moda pode ser boa conselheira em termos de «envelhecimento ativo»*”.

38 - Considera que indivíduos mais instruídos poderão utilizar menos os serviços de saúde, ou utilizá-los com mais ponderação?: Onze consideram ser provável, cinco referem ser muito provável e dois pouco provável. A maioria dos peritos com funções políticas consideram ser muito provável e a maioria dos profissionais de saúde consideram ser provável, bem como os grupos de saúde privados, sendo que os académicos se dividem em igual número entre o *provável* e o *pouco provável*. Um perito com funções políticas não respondeu à questão por considerar que *“os indivíduos mais instruídos tenderão a utilizar mais os serviços de saúde ainda que, provavelmente com maior ponderação”* opinião partilhada por outros peritos que responderam considerar ser provável. Outros peritos, consideram que o fator económico é decisivo, levando-os a procurar essencialmente os serviços privados mas não diminuindo a procura de serviços de saúde e a maior instrução é um determinante que faculta maior conhecimento sobre a qualidade dos profissionais.

39 - Considera que os indivíduos mais instruídos têm melhor/mais saúde e maior longevidade?: Onze responderam que é provável, seis que é muito provável e dois afirmam ser pouco provável e nenhum referiu ser improvável. Dos peritos com funções políticas, dois responderam ser muito provável e o mesmo número considera ser provável, à semelhança dos académicos em que dois dão a mesma primeira resposta embora só um responda ser provável. Os profissionais de saúde maioritariamente responderam ser provável assim como os grupos privados de saúde. Não obstante, deixam a nota de que *“o nível de stress introduzido nas profissões que exigem nível de formação superior conduz a uma maior probabilidade das doenças associadas a este fator etiológico”*. Os restantes peritos mantêm a importância deste determinante, por ser estatisticamente certo e comprovado na investigação. Salvaguardando a relevância do fator económico.

40 - Considerando o aumento do nível de instrução dos idosos e atendendo a que são estes quem mais utiliza os serviços de saúde, terão os serviços uma utilização mais sustentável no futuro próximo?: Oito peritos responderam ser provável e o mesmo número respondeu ser pouco provável, um afirma ser muito provável e outro considera ser improvável. Um perito não respondeu. A análise às respostas salienta que a maioria dos profissionais de saúde considera ser pouco provável bem como o grupo privado de saúde. Os académicos consideram maioritariamente que é provável. Nos extremos de resposta encontra-se um académico na resposta mais negativa e um profissional de saúde com funções de gestão no extremo mais positivo. Consideramos relevante afirmar que os políticos com funções decisórias e os que, embora não tenham atualmente funções governamentais, já tiveram, consideram ser provável, bem como os académicos que têm

como área de investigação a economia da saúde também se enquadram nos que pensam ser provável. Os que responderam ser provável colocaram como observações que *“desde que haja políticas de saúde definidas que deem importância a esse facto”* e *“a relação não é direta mas é crível que sim, por todas as razões, incluindo económicas”*.

41 - O aumento do nível de instrução dos idosos poderá mitigar o impacto negativo de alguns fatores que atualmente limitam o acesso aos serviços (distância, transportes, capacidade económica)?: Onze peritos consideram ser provável, seis pouco provável, um afirma ser muito provável e nenhum considera ser improvável. Um dos académicos não responde, colocando uma observação/resposta: *“capacidade económica - provável; os restantes – improvável”*. A maioria dos políticos, dos profissionais de saúde e dos académicos considera ser provável. Um académico considera ser muito provável e os grupos privados da saúde consideram ser pouco provável. Nas observações pode-se ler *“não só o grau de instrução mas também o nível de rendimentos também diretamente ligado a mais autonomia”* e *“se existir correlação positiva entre nível de rendimento e nível de instrução (como parece existir) ”*. Contrariamente um afirma que *“o aumento do nível de instrução não colmata as dificuldades económicas e/ou a deficiente rede de transportes”*.

42 - O aumento do nível de instrução dos idosos poderá diminuir o afluxo de utentes aos serviços de saúde, nomeadamente pelo recurso às TIC (telemedicina, por ex.)?: Treze peritos respondem ser provável, três ser pouco provável, dois ser muito provável e um improvável. As duas respostas mais positivas advêm de peritos com funções políticas, a opção *pouco provável* foi escolhida por profissionais de saúde e a *improvável* por um académico. Os que consideram ser provável deixam ressalvas afirmando: *“ainda que as TIC (telemedicina...) promovam um afluxo/acesso de características novas aos serviços de saúde”* bem como referem que estas tecnologias também são dispendiosas e os anos de vida mais dispendiosos, do ponto de vista da saúde, são os dois últimos anos. O que responde ser improvável afirma: *“o recurso à telemedicina não depende da instrução do utente, mas sim da capacidade tecnológica instalada, por ex., no hospital e no centro de saúde; a consulta é sempre mediada pelos profissionais de saúde”*.

43 - O aumento do nível de instrução dos idosos poderá reduzir os gastos com os serviços de saúde?: Onze peritos consideram ser pouco provável, cinco provável, dois muito provável e um improvável. A classe política divide-se igualitariamente entre o *muito provável* e o *pouco provável*, a maioria dos profissionais de saúde e dos académicos consideram pouco provável assim como os grupos privados de saúde e o improvável é escolhido por um académico. O facto de profissionais de saúde com funções de gestão,

académicos que a sua área de investigação é a economia da saúde, terem respondido *pouco provável* parece-nos de salientar, bem como o facto de os dois políticos que consideram ser muito provável terem atualmente ou no passado relevância na política de saúde nacional e longa experiência nesta área. Nas observações referem que a provável redução de gastos estará *“muito relacionada com o nível de envolvimento de que forem alvo”*. Os que consideram ser pouco provável afirmam que o envelhecimento não é um fator decisivo para o aumento dos custos da saúde mas *“sim os custos com pessoal e com tecnologias, incluindo medicamentos”*. Afirmam ainda que o *“afluxo dos idosos pode ser menor mas o período de tempo durante o qual os mesmos recorrerão a esses serviços será maior, fruto do aumento da sua longevidade”*.

44 - Pode o acréscimo da média dos níveis educacionais dos portugueses contribuir para reduzir o cenário de falta de sustentabilidade dos sistemas nacionais de proteção social?: Nove peritos consideram ser pouco provável, seis provável, dois muito provável e um improvável. As respostas dos peritos com funções políticas são exatamente as mesmas que na pergunta anterior, a maioria dos profissionais de saúde consideram ser pouco provável bem como a maioria dos académicos e os grupos privados da saúde. A seguinte afirmação feita por nós na pergunta anterior mantém-se *“O facto de profissionais de saúde com funções de gestão, académicos que a sua área de investigação é a economia da saúde, terem respondido “pouco provável” parece-nos de salientar, bem como o facto de os dois políticos que consideram ser muito provável terem atualmente ou no passado relevância na política de saúde nacional e longa experiência nesta área”*. Um perito, profissional de saúde e com funções de gestão, não respondeu à questão afirmando nas observações que *“a sustentabilidade em saúde não é uma variável económica é uma resultante das decisões/opções coletivas que a sociedade vai tomando em cada momento”*. Citamos as restantes observações *“a falta de sustentabilidade dos sistemas de proteção social está relacionada com questões que estão muito para além dos níveis educacionais, nomeadamente com questões de opção ideológica, ao nível das políticas sociais e de um planeamento integrado e a longo prazo das políticas públicas”*; *“se forem mais instruídos, compreenderão melhor a forma de gerir o sistema, mas a sustentabilidade deste sistema é política, não é decidida nem pelos doentes nem por quem os trata. Depende do que o Estado gastar com outras «coisas» ...”*

De forma a responder à terceira questão orientadora do questionário, colocámos 11 questões que passamos a apresentar bem como as correspondentes respostas:

3ª questão orientadora: PODERÃO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS EXERCÍCIOS PROSPETIVOS AJUDAR OS DECISORES POLÍTICOS A ENCONTRAR RESPOSTAS ADEQUADAS A NÍVEL NACIONAL E TAMBÉM LOCAL?

45 - Considera importantes os estudos prospetivos no apoio à tomada de decisão sobre políticas de saúde?: Dezassete consideram muito importante. Dois afirmam ser medianamente importante, enquadrando-se nos grupos dos com funções políticas e dos profissionais de saúde, sendo que ambos já integraram e integram grupos governamentais com responsabilidades sobre a tomada de decisão relativa à organização dos serviços, tanto no que respeita à variável epidemiológica como à variável organizacional. Nas observações os peritos reforçam a importância dos estudos prospetivos aliados à análise regional: *“importante porque permite acompanhar o sentir coletivo e propor a tomada das decisões mais adequadas”* bem como um perito refere que *“é feito pelos profissionais de saúde quotidianamente, ao contrário aliás do que sucede com a esmagadora maioria das outras profissões”*, salvaguardando que ele não é profissional de saúde.

46 - A previsão de diferentes estados de saúde e grau de prevalência de certas patologias, por via das alterações dos perfis demográficos, poderão levar a distintas posições a quando da tomada de decisão política?: Onze peritos consideram ser muito provável, seis referem ser provável e dois afirmam ser pouco provável e nenhum optou pelo improvável. A maioria dos peritos com funções políticas considera ser muito provável, assim como a maioria dos profissionais de saúde e os grupos privados da saúde. No provável insere-se a maioria dos académicos, sendo que um destes refere ser pouco provável afirmando que *“para a decisão médica, sim. Para a política, nada leva a acreditar nisso”*, o outro perito que se enquadra nesta opção refere que *“lamentavelmente muitas decisões de política de saúde não se baseiam em estudos, daí considerar pouco provável uma mudança na tomada de posição”*. Os restantes peritos acrescentam que *“faz sentido que as decisões sejam tomadas tendo em conta a previsão futura do perfil do utilizador do serviço de saúde”*.

47 - Considera que no futuro próximo continuarão a existir em Portugal diferentes realidades regionais no setor da qualidade de vida e acesso a cuidados de saúde?: A esta questão doze peritos respondem ser muito provável, seis ser provável e um ser improvável, sendo que nenhum optou pelo pouco provável. A maioria dos políticos, dos profissionais de saúde e dos académicos consideram ser muito provável e os grupos privados consideram ser provável. Como improvável considera um académico que refere *“já neste momento as*

*diferenças que existem entre as NUTsII são erráticas; não definem perfis de saúde/doença. Às vezes definem perfis ideológicos, o que não deixa de ser curioso... ”. Referem, ainda, que as diferenças se irão manter devido às grandes diferenças que persistem entre interior, o litoral e as ilhas, afirmando que tem “ *tendência a um maior "fosso", se não se verificarem alterações significativas na tendência das políticas públicas* ”*

48 - Caso tenha respondido afirmativamente à questão 47, considera que no futuro próximo a existência dessas diferenças poderá levar à necessidade de adotar políticas de saúde direcionadas para responder às especificidades regionais?: Oito consideram ser muito provável e o mesmo número refere ser provável, um considera ser improvável e nenhum afirmou ser pouco provável. A maioria dos peritos com funções políticas considera ser muito provável, a maioria dos profissionais de saúde também refere ser muito provável e a maioria dos académicos respondeu ser provável. Um não respondeu por ter respondido negativamente à questão 47 e um outro académico considera improvável referindo que “*as desigualdades estão relacionadas sobretudo com a necessidade de mobilidade dos profissionais da saúde, principalmente médicos, e com a carteira de especialidades oferecidas pelas diferentes instituições e eventualmente com o financiamento das instituições - em meu entender, são necessárias decisões políticas e não políticas de saúde*”. Os restantes consideram que “*mais do que para responder a necessidades regionais, diria para responder a situações e problemáticas específicas*”, e “*deveria conduzir a essa necessidade. Não políticas nacionais que sejam aplicadas da mesma forma em todas as regiões. As suas especificidades implicam sempre um grau de adaptação regional, mesmo quando este não se torna perceptível na análise global dos sistemas*”.

49 - Considera que a tomada de decisão e o planeamento de infraestruturas, recursos humanos ou outros, deveriam refletir as diferenças regionais?: Dezoito peritos respondem perentoriamente que sim, nenhum refere ser indiferente e um responde negativamente, sendo que este se enquadra no grupo dos académicos referindo que “*Portugal é só um, pequeno e bastante parecido deste ponto de vista*”. As restantes observações reafirmam a resposta positiva considerando “*importantíssimo*” considerar as diferenças regionais, salvaguardando que “*embora tendo em conta a necessidade de existir equipamentos de e/ou serviços, de alta especialização, que deverão ter uma influencia supra regional*” .

50 - Considera que a tomada de decisão com base na realidade média nacional e sem atender a eventuais especificidades regionais poderá aumentar as despesas com o sistema de saúde, por criar situações de excesso ou falta de recursos do sistema?: dezoito peritos respondem afirmativamente e um responde negativamente, sendo que nenhum considera ser

indiferente. O perito que responde negativamente enquadra-se no grupo dos académicos afirmando que *“Os erros e desvios são basicamente inevitáveis. Deve ser basicamente tratado na combinação dos perfis demográficos/residenciais com as disponibilidades/possibilidades do sistema (médicos, enfermeiros, equipamentos, etc.)”*. Um perito que também se enquadra no grupo dos académicos acrescenta: *“Mas isso já não acontece atualmente, não irá certamente acontecer no futuro”*. Em oposição um perito com funções políticas parlamentares de relevo afirma *“Não só pode criar como tem criado”*.

51 - Coloque por ordem crescente de despesa pública os tipos de cuidados de saúde que apresentamos, sendo 1 o que gera menos despesa e 5 o que representa a maior despesa: A maioria dos peritos atribuiu o valor 1 à opção *“Preventivos”*; o valor 2 à opção *“continuados”*; o valor 3 à opção *“Reabilitação”*; o valor 4 à opção *“Reabilitação”* e *“Paliativos”*; o valor 5 à opção *“Curativos”* e *“Paliativos”*. Dois peritos não responderam a esta questão, por considerarem não ter informação sobre o assunto.

52 - Considera que o Estado deveria investir mais em que tipos de cuidados de saúde? Coloque-os por ordem crescente de importância, sendo 1 o tipo de cuidados em que se deveria investir menos e 5 o tipo de cuidados em que se deveria investir mais: A maioria dos peritos atribuiu o valor 1 à opção *“Curativos”*; o valor 2 à opção *“Paliativos”*; o valor 3 à opção *“Continuados”* e *“Reabilitação”*; o valor 4 à opção *“Reabilitação”*; o valor 5 à opção *“Preventivos”*. Advertimos que um perito não respondeu a esta questão por considerar não ter informação suficiente. Nas observações assinalaram que *“O investir mais ou menos não pode ser entendido como valor absoluto dado o valor de partida. Considera-se a variação”*. Também acrescentaram que optaram pela ordem em causa (2) *“considerando a reabilitação numa perspetiva sistémica, global, multiprofissional e incluindo nesta a reabilitação de pessoas com incapacidades cognitivas, com problemas de audição, com problemas de saúde mental”* sendo que um outro perito afirma que *“Ao reabilitarmos estamos a promover a integração na sociedade ativa e conseqüentemente a colaborar com a economia”*.

53 - Na questão 52, quando se pronuncia sobre o investimento, refere-se ao investimento em: Treze peritos consideram que se deveria investir em recursos humanos, seis consideram que deveria ser em unidades de saúde, cinco em equipamentos e cinco escolhem a opção *“outros”* colocando as seguintes sugestões de investimento: Unidades especializadas (Funções políticas); Parceiros relevantes para prossecução dos objetivos (Profissional de saúde); Recursos financeiros, abrangendo a globalidade das despesas (organismo privado de saúde); Organização e melhor distribuição (maior eficiência na

afetação) dos recursos financeiros. Dependendo das áreas (por exemplo em paliativos e continuados ainda precisamos de equipamentos e recursos humanos especializados) (Académico); Modelo organizacional “*pluriarquico*” regulado (Profissional de saúde). Um perito enquadrado no grupo dos políticos não respondeu à questão. A maioria dos políticos, dos profissionais de saúde e dos académicos elegeram os recursos humanos, as unidades de saúde são maioritariamente eleitas pelos profissionais de saúde da mesma forma que os equipamentos também são designados pelos profissionais de saúde. Um perito profissional de saúde acrescenta “*Unidades de saúde para cuidados primários e implementação de medidas preventivas. Recursos humanos para permitir o acompanhamento da totalidade da população. Não se descarta a necessidade de garantir a existência e atualização de equipamentos para um melhor e mais eficaz diagnóstico e tratamento da doença*”. Um outro perito com funções políticas afirma que “*Não tenho elementos que permitam uma análise sustentada, mas será na articulação de todos estes meios que poderá haver “poupanças”. As unidades móveis referidas anteriormente deverão ser uma prioridade, mas terão que ter um suporte institucional*”. Um académico afirma que “*O mais importante são os recursos humanos*”. Um profissional de saúde com funções no apoio à tomada de decisão relativa à reorganização do SNS, acrescenta “*Redes de pequenas equipas multiprofissionais de proximidade, com autonomia regulada por contratualização de objetivos e níveis de desempenho + avaliação e consequências. Estas unidades deverão ser do tipo USF e UCC. As USF tendo vocação de cobertura universal. As UCC, que apoiam e complementam as USF na resposta seletiva e criteriosa a necessidades de saúde de grupos, em contexto comunitário, e, individualmente, quando a frequência e abrangência da natureza dos cuidados ultrapassa a capacidade de resposta das USF*”

54 - Considera que o investimento em unidades de reabilitação poderá melhorar a saúde e aumentar a qualidade de vida da população idosa?: Dez peritos consideram ser provável e nove muito provável. Os com funções políticas dividem-se igualmente entre o muito provável e o provável, a maioria dos profissionais de saúde referem ser muito provável e a maioria dos académicos e dos grupos privados ser provável. Nas observações acrescentam que é irrefutável esta realidade afirmando, designadamente peritos com funções políticas parlamentares que “*Não é só o investimento mas antes o acesso à reabilitação e o mais precocemente possível porque aumenta muito a sua eficácia*”. Outro refere “*Sublinho o afirmado anteriormente: a prestação de cuidados de reabilitação deve ser realizada de um modo integrado. Devem as unidades de cuidados de saúde primários, de cuidados continuados integrados e de paliativos possuir recursos especializados em reabilitação*

(enfermeiros e fisioterapeutas) ”. Outro afirma “*Sim a reabilitação na comunidade é sem dúvida importante. Favorece a integração, a reintegração no mercado de trabalho, a prevenção de situações de risco, potencializa o melhor desempenho das atividades...*”

55 - Na questão 54, quando se pronuncia sobre o investimento, refere-se ao investimento em: Treze peritos afirmam que o investimento deveria ser em recursos humanos, sete em unidades de saúde e quatro em equipamentos. Cinco escolhem também a opção “*outros/quais*” colocando aqui o que passamos a relatar: “*Evidentemente que as unidades de saúde, equipamentos e RH são indispensáveis mas é sobretudo indispensável uma abordagem transdisciplinar na lógica "Saúde em todas as políticas"* (Perito com funções políticas); “*Centros de recursos (numa perspetiva de intervenção que inclua a avaliação, aconselhamento e intervenção/prestação)*” (Perito com funções políticas); “*Não se poderá equacionar nenhuma das opções sem as outras, para ter uma unidade completamente funcional*” (Profissionais de saúde); “*Regras e instrumentos de interligação com a rede de unidades de proximidade (USF e UCC)*” (Profissional de saúde). Nas observações colocaram que se deve “*Dotar estas unidades de equipas completas de profissionais de reabilitação e não somente de apoio médico esporádico e enfermagem*”.

Terminada a apresentação dos resultados passamos à discussão dos mesmos respondendo às questões orientadoras do questionário.

II.4.3. Discussão dos resultados

Objetivando a discussão dos resultados, optamos por responder às questões orientadoras do questionário de forma a tornar claras e concisas as elações retiradas das respostas.

1ª questão orientadora - QUE AJUSTAMENTOS DEVEM SER FEITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À MEDIDA QUE A POPULAÇÃO PORTUGUESA ENVELHECE?

Os peritos começam por reforçar a importância da população idosa atual e futura, que se perspetiva ser em maior número, para os serviços de saúde, referindo que atualmente os serviços de saúde não respondem de forma efetiva às necessidades de saúde dos idosos, essencialmente no que respeita aos recursos humanos de saúde tanto ao nível do número de recursos humanos como à formação específica relativa às patologias inerentes ao envelhecimento orgânico. O grande problema a resolver na formação dos profissionais de saúde é o da comunicação com os utentes e familiares.

No que concerne com os serviços de saúde, consideram que os de proximidade são essenciais para a promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos, não concordando, na sua maioria, com a centralização dos serviços e com o encerramento dos serviços de proximidade, que garantem as necessidades básicas dos utentes, declarando que os serviços de saúde existentes nas zonas rurais não respondem de forma efetiva às necessidades dos utentes idosos, e mais especificamente ao aumento dos maiores de 80 anos, acrescentando que a situação nas zonas urbanas é mais satisfatória mas não é a desejável.

Em relação à tipologia dos serviços de saúde ajuízam que os cuidados de saúde primários são fundamentais para a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos e que estes serviços nas zonas rurais não respondem cabalmente às necessidades dos idosos sendo que nas zonas urbanas a situação é menos constrangedora. Consideram que os serviços de vigilância de proximidade, nos quais se incluem os serviços que ofertam os cuidados de saúde primários, designadamente as extensões dos centros de saúde, nas regiões rurais e interiores são primordiais atualmente e no futuro, sendo que o seu encerramento poderá potenciar estados de doença, designadamente psicológicos, pela sensação de isolamento e perda de proteção na saúde, sendo provável que esta situação potencie a sobrecarga dos serviços de saúde. Em oposição, defendem que a rede hospitalar responde razoavelmente às necessidades dos idosos nas regiões rurais e nas urbanas, com as últimas em situação mais favorável. Ainda em relação aos serviços de saúde, asseguram que a rede de cuidados continuados e paliativos não responde às necessidades da população idosa que reside nas regiões rurais e interiores do país, com situação mais deficitária para os cuidados paliativos, acrescentando que nas zonas urbanas a situação embora não seja boa é melhor que nas zonas rurais. Afirmam que é importante que a rede de cuidados continuados e paliativos se estenda a todo o país, criando-se unidades de proximidade. Relativamente às unidades de reabilitação, sublinham a relevância de que estas se estendam a todo o país criando-se unidades de proximidade, defendendo a criação de instituições que prestam cuidados de saúde domiciliários em todo o país, para manter os idosos no domicílio.

Concordantemente, em termos dos ajustamentos necessários, consideram que a reorganização dos serviços deveria ter em atenção as características dos idosos locais e afixam que a quando da reorganização dos serviços de saúde se deveriam ter em consideração os seguintes aspetos, por ordem decrescente de importância: 1º - a estrutura familiar de suporte ou cuidadores; 2º - os fatores exógenos como a rede de transportes e as características da região (rural ou urbana); 3º - os rendimentos médios da população; 4º - o número total de efetivos com 65 e mais anos; 5º - o nível de instrução da população.

2ª questão orientadora: PODERÁ A MELHORIA DOS NÍVEIS EDUCACIONAIS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA CONTRIBUIR PARA MITIGAR A PRESSÃO ESPERADA NOS GASTOS DE SAÚDE NOS PRÓXIMOS ANOS?

Para esta questão as respostas do painel parecem indicar que o fator “*nível de instrução*” é importante no que respeita à influência que detém para o estado de saúde, por via da sua importância para a gestão do binómio saúde/doença, e pelo fato de indivíduos mais instruídos assimilarem melhor a informação das campanhas de promoção da saúde e prevenção da doença. Desta forma consideram ser muito provável que o nível de instrução influencie a perceção do estado de saúde e que os indivíduos com mais instrução tenham mais saúde e maior longevidade.

Acresce que o nível de instrução do utente facilita a intervenção dos profissionais de saúde, uma vez que têm uma noção mais objetiva dos sinais e sintomas facilitando o processo de diagnóstico e intervenção e retêm melhor a informação e prescrições dadas, sendo que será relativamente provável que os indivíduos com maior grau de instrução utilizem menos os serviços de saúde, quanto mais não seja porque têm uma utilização mais direcionada, utilizam-nos de uma forma mais ponderada e estão mais aptos e recetivos ao recurso às TICs e à telemedicina, implicando uma utilização mais sustentável dos serviços de saúde no futuro próximo, para além de que afirmam que os indivíduos com maior instrução muito provavelmente são um veículo promotor de saúde para a sociedade.

Não obstante, embora todos os benefícios que reconhecem ao fator aumento do nível de instrução, observam que como o envelhecimento não é um fator decisivo para o aumento dos custos da saúde, é pouco provável que o aumento do nível de instrução dos idosos reduza os gastos com os serviços de saúde, concordantemente será pouco provável que este determinante de saúde contribua para reduzir o cenário de falta de sustentabilidade dos sistemas de proteção social, designadamente do sistema de saúde e especificamente do SNS.

3ª questão orientadora: PODERÃO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS EXERCÍCIOS PROSPETIVOS AJUDAR OS DECISORES POLÍTICOS A ENCONTRAR RESPOSTAS ADEQUADAS A NÍVEL NACIONAL E TAMBÉM LOCAL?

Os peritos sublinham a importância dos estudos prospetivos no apoio à tomada de decisão política relativa à saúde, podendo influenciar a tomada de decisão implicando posições distintas das eventualmente produzidas na ausência da prospetiva. Concordam que

é muito provável que a previsão de diferentes estados de saúde e grau de prevalência de certas patologias, por via das alterações dos perfis demográficos induzirá a dissemelhantes posições a quando da tomada de decisão política.

Quando questionados sobre as diferenças regionais futuras, que se concluíram nos estudos prospetivos, consideram que é muito provável que no futuro próximo continuarão a existir em Portugal diferentes realidades regionais no setor da qualidade de vida e acesso a cuidados de saúde, sendo que a existência dessas diferenças poderá levar à necessidade de adotar políticas de saúde direcionadas para responder às especificidades regionais, devendo a tomada de decisão e o planeamento de infraestruturas, recursos humanos ou outros, refletir as diferenças regionais de forma a não aumentar a despesa com a saúde. Considerando que os serviços de saúde que geram maior despesa pública são, por ordem decrescente: 1º Curativos, 2º Paliativos, 3º Reabilitação, 4º Continuados e 5º Preventivos, asseguram que em termos futuros, tendo em conta o perfil demográfico e de saúde da população, bem como a necessidade crescente de imprimir sustentabilidade no sistema, o Estado deveria aumentar o investimento nas seguintes tipologias de serviços, por ordem decrescente de importância: 1º Preventivos, 2º Reabilitação, 3º Continuados, 4º Paliativos, 5º Curativos. Sendo que este investimento deve ser essencialmente direcionado para: 1º recursos humanos, 2º unidades de saúde, 3º equipamentos, 4º unidades especializadas, organização e melhor distribuição dos recursos financeiros.

Os inquiridos colocam em segundo lugar de importância o investimento em unidades de Reabilitação, a seguir aos cuidados preventivos, por considerarem ser provável que o investimento em unidades de reabilitação poderá melhorar a saúde e aumentar a qualidade de vida da população idosa. Sendo que o investimento deveria ser direcionado para: 1º recursos humanos, 2º unidades de saúde, 3º equipamentos. Acrescentam que os recursos humanos nestas unidades não deveriam ser eventuais e deveriam existir todo o tipo de profissões necessárias a uma abordagem transdisciplinar de qualidade e deveriam ser produzidas regras e instrumentos de interligação com a rede de unidades de proximidade.

Ultimando esta tese passamos a apresentar as nossas considerações finais/reflexões retirando da totalidade do texto as considerações que julgamos essenciais e terminamos respondendo às questões orientadoras que nortearam toda a investigação agora concluída.

ENVELHECIMENTO E SAÚDE EM PORTUGAL. PRÁTICAS E DESAFIOS NUM CENÁRIO DE AUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento demográfico é um fenómeno instalado em todos os países desenvolvidos, decorrente de alterações económicas, políticas e sociais promotoras de desenvolvimento nas diferentes áreas, intensificado pelo processo de globalização e com génese na revolução industrial. Confrontamo-nos com uma nova sociedade, com dinâmicas demográficas diferentes, resultantes da conclusão da transição demográfica - mais idosos; menos jovens - a que acresce a alteração do modelo epidemiológico, ou seja, o aumento de patologias decorrentes do processo de envelhecimento do organismo. Esta nova realidade comporta alterações estruturais, com implicações na tomada de decisão política (por exemplo, pela dificuldade de renovação das gerações) e designadamente na política de saúde, pela necessidade de ajustar as estruturas sociais ao aumento do número de idosos.

É com base nestas premissas que analisamos o objeto de estudo central desta tese: a relação entre os efetivos populacionais maiores de 65 anos (os idosos) e a política de saúde em Portugal. O principal objetivo desta investigação é analisar as respostas que vêm sendo dadas às necessidades desta população, bem como a compreensão da sua potencial adequabilidade face às tendências de evolução de médio e longo prazo. O nosso objetivo foi realizar uma análise através da articulação de dois níveis: o nível internacional, considerando a potencial influência das orientações internacionais (ONU, OMS, UE), na definição de uma política pública de saúde nacional (Portugal); e o nível nacional, através da análise da evolução da política de saúde em Portugal, em particular após a implementação do regime democrático, em 1974, e como é que esta enquadra a tomada de decisão relativa aos idosos.

Esta investigação começa por procurar identificar as características gerais do processo de transição demográfica, epidemiológica e sanitária das sociedades desenvolvidas. Se com a transição demográfica o envelhecimento da população se instalou, também a alteração do modelo epidemiológico apresenta tendências padronizáveis nas sociedades desenvolvidas. No passado, as doenças infecciosas e a conseqüente e inevitável mortalidade, por falta de meios de tratamento conhecidos, marcavam o cenário. Atualmente, são as doenças degenerativas, crónicas e as resultantes do estilo de vida moderno, como as doenças do aparelho cardíaco e circulatório, que determinam o modelo epidemiológico. Contudo novas doenças surgem, designadamente infecciosas, como o HIV-Sida⁹⁶³, muito por

⁹⁶³ Síndrome de imunodeficiência adquirida-Sida

via do incontestável processo de globalização. Este processo incrementou a mobilidade de pessoas e bens e acelerou o processo produtivo, resultando na intensificação do processo do aquecimento global e consequentes alterações climáticas, bem como na propagação de doenças até então confinadas a territórios específicos. Se, por um lado, foram as mutações descritas que impeliram à transição epidemiológica, também é certo que este paradigma só se modificou por via das transformações que ocorreram a nível sanitário. Destas, destacam-se as transformações dos hábitos de higiene, das condições de vida, das condições de habitabilidade, a difusão nos territórios de serviços de saúde e de técnicos de saúde qualificados. Estas transformações foram edificadas sob o domínio da emergência do Estado Social e a difusão de sistemas de saúde, assentes na premissa da necessidade de o Estado garantir as condições que afiancem saúde para todos. Contribui também para a transição epidemiológica o desenvolvimento da investigação e intervenção das ciências médicas, designadamente o conhecimento das patologias, desenvolvimento de meios de tratamento e de prevenção da doença. Acresce o desenvolvimento económico, promotor de melhoramentos nos hábitos alimentares, influenciando positivamente a saúde. Não podemos descurar a estabilidade política e a paz, que se tornaram possíveis, nos países desenvolvidos, a partir, essencialmente, da Segunda Guerra Mundial, com o seu aporte populacional único. Assim como, com a queda do muro de Berlim e o posterior final da guerra fria, a possibilidade de os Estados direcionarem os esforços para o desenvolvimento e promoção do bem-estar das suas populações, em detrimento de os orientar para a segurança e defesa dos seus territórios. Salientamos que para os Estados da Europa Ocidental a criação do projeto de construção europeia, consubstanciado na atual UE, foi um marco decisivo.

Sumariamente, o cenário demográfico dos países desenvolvidos apresenta um duplo fenómeno de envelhecimento das estruturas etárias: um crescendo de população idosa e uma progressiva diminuição de jovens; a que acresce a tendencial urbanização da população.

Contextualizada por este conjunto de tendências, esta tese limita o seu objeto de estudo central ao grupo de idades mais avançadas, ou seja, a população com 65 e/ou mais anos. Relativamente a esta, e no que concerne à análise realizada ao nível internacional, importa destacar um conjunto de conclusões relativas aos países desenvolvidos, em que o perfil dos idosos é semelhante: (i) aumento do número dos muito idosos, os maiores de 75 ou de 80 anos⁹⁶⁴, decorrente do aumento da esperança média de vida; (ii) tendência global de feminização dos idosos, uma vez que as mulheres têm maior esperança média de vida dos que os homens; (iii) os idosos apresentam maiores vulnerabilidades económicas; (iv)

⁹⁶⁴ Esta categorização, ou determinar de grupo funcional, difere de acordo com as fontes

têm, na generalidade, reduzidos níveis de instrução; (v) sofrem de desvalorização na sociedade moderna, designadamente decorrente da alteração das estruturas familiares; (vi) por norma são institucionalizados e quando tal não acontece, maioritariamente, vivem sós (essencialmente mulheres viúvas) e quando vivem acompanhados é, em regra, por indivíduos da mesma faixa etária; (vii) são um grupo populacional mais suscetível à doença; e (viii) recorrem mais aos serviços de saúde. A maioria destes factos, se não todos, conferem desafios aos serviços de saúde, e portanto à formulação das políticas públicas de saúde, por via do maior afluxo e pelo tipo de patologia característica dos idosos, que poderão confluir numa dependência funcional extrema. Por esta razão, o indicador *esperança média de vida saudável* reveste-se de extrema importância, por se pretender viver mais mas com saúde, bem-estar e qualidade de vida. Deste, resulta o conceito de *envelhecimento ativo*, defendido e implementado pelas organizações internacionais e a ter que ser considerado pelas instituições nacionais. Ou seja, as sociedades dos países desenvolvidos confrontam-se com significativas alterações das suas estruturas sociais e familiares, que importa considerar na análise da evolução das políticas públicas de saúde ao nível internacional e nacional.

A saúde e qualidade de vida revestem-se de relevância extrema, para a população idosa, tendo a primeira que ser assumida como um conceito abrangente que abarca múltiplas dimensões: física; biológica e química; psicológica; cultural; social e ambiental. A definição proposta pela OMS (1958), mantém-se válida. O reforço da noção de que o indivíduo é um ser biocultural, que para conseguir bom estado de saúde e bem-estar tem que ver satisfeitas as suas necessidades básicas, mas também as suas necessidades mais subjetivas (sociais, culturais e espirituais), é visível na produção documental das organizações internacionais. Desta forma, a intervenção dos agentes em saúde tem evoluído e atualmente preconiza, essencialmente, a prevenção: prevenção e promoção da saúde e bem-estar; adoção de estilos de vida saudável; evitar ou anular os fatores de risco, através da promoção de informação qualificada; deteção precoce de patologias; prevenção de forma a limitar a progressão da doença e evitar o instalar de consequências e sequelas mais graves; prevenção do excesso da intervenção médica, através da informação aos utentes sobre o consumo inapropriado de meios e técnicas de tratamento e diagnóstico, que poderão colocar a saúde em risco.

Assim, a saúde deixa de ser olhada numa perspetiva somente orgânica, mas também inclui o bem-estar e qualidade de vida. Estes conceitos revestem-se de grande importância, ao mesmo tempo que assumem uma subjetividade enquanto conceito holístico. Isto porque são variáveis de indivíduo para indivíduo e incluem a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação

com o ambiente envolvente. Ou seja, está dependente da perspectiva do indivíduo e das suas expectativas, pelo que a perceção assume-se como medida capital na área da saúde. Desta forma, a qualidade de vida entra para os protocolos de avaliação da saúde dos indivíduos e, concordantemente, desenvolveram-se instrumentos de medida de forma a normalizar e harmonizar o processo de avaliação, a nível internacional e a nível nacional. De acrescentar que os Estados, por via das suas instituições com ação nesta área, também têm vindo a adotar uma postura de avaliação periódica da qualidade de vida da população. Estes fatores relacionados com a saúde, quando o sujeito é o idoso, tornam-se indiscutivelmente apropriados, uma vez que com o avançar da idade, o organismo humano vai sofrendo uma consecutiva deterioração funcional e a probabilidade de doença aumenta, afetando de forma mais vincada as mulheres. Não obstante, também é certo que o envelhecimento orgânico, inicialmente considerado fatal, com a investigação e evolução das ciências médicas provou-se ser, maioritariamente, sequela de estilos de vida pouco saudáveis ou de patologias passíveis de serem prevenidas ou tratadas. De entre estas figuram a maioria das causas de morte dos idosos, por exemplo: as doenças cardiovasculares (primeira causa de morte na população em geral e nos idosos) podem ser evitáveis recorrendo à prevenção e vigilância, ou seja, através dos cuidados de saúde primários e da adoção de estilos de vida saudáveis. Conclui-se, que nas sociedades dos países desenvolvidos, a idade cronológica não assume preponderância em relação à biológica, sendo, esta última suscetível de ser retardada por via da prevenção. Acrescenta-se, ainda, a idade psicológica, relacionada com os comportamentos dos indivíduos e com a forma como se sentem. Esta resulta da atividade intelectual e física, das perspectivas de futuro e da existência ou ausência de objetivos. Destas constatações, retira-se mais uma vez a necessidade imperiosa da implementação dos conceitos já referidos, *envelhecimento ativo* e *envelhecimento saudável*, objetivando a manutenção da atividade e independência dos indivíduos. Torna-se, assim, necessário promover, com carácter imperioso, comportamentos saudáveis, que reduzam o risco de contrair doença, por ser irrefutável que o organismo com a idade vai sofrendo alterações, nomeadamente a nível celular. Esta nova perspectiva da saúde, assente em conceitos mais subjetivos e promoção de modos de vida saudáveis, consta nos documentos das organizações internacionais e por esta via influencia normativamente a decisão e a implementação das políticas públicas de saúde ao nível nacional.

A situação orgânica é importante, mas não se podem esquecer os fatores psicológicos, económicos e sociais, que efetivamente assumem um papel a considerar, por condicionarem os comportamentos dos idosos e, muitas vezes, induzirem-nos à inatividade

e conseqüente incapacidade funcional. Acrescem as preocupações, a solidão e o medo, que eventualmente se instalam, sendo potencialmente indutores de estados de apatia e incapacidade de realizar as atividades da vida diária e, ainda, de desencadear processos de depressão difíceis de reverter. Está provado que os idosos que vivem inseridos no seu meio, na sua família (tradicional ou alargada a vizinhos e amigos), que têm atividade regular, rendimentos económicos adequados e que têm nível de instrução superior, por norma, são mais saudáveis e têm maior esperança média de vida. Isto significa que mesmo que as orientações gerais das políticas de saúde considerem a melhoria de indicadores gerais de qualidade de vida e a promoção do envelhecimento ativo e saudável, **existem fatores de ordem individual, só possíveis de aferir através de ações de proximidade, que condicionam a adequabilidade das políticas públicas de saúde, em particular a oferta de serviços e recursos.**

Em concordância, **é espectável que o aumento previsto do número de idosos** (reunindo estes as características enumeradas anteriormente e se não agirem de forma preventiva) **resulte no aumento da solicitação dos serviços de saúde**, aumento este que deverá sofrer um acréscimo com o previsível, e já observável, aumento do número dos muito idosos.

Acrescenta-se que **com a alteração das estruturas familiares** (estrutura tradicional de apoio), e com o **aumento do número de idosos a viver sós** (ou a viver com outro idoso), **é previsível o aumento da solicitação de serviços de suporte**, como os cuidados domiciliários e os cuidados de longa duração, em unidades residenciais e de internamento. Assim, **existe a efetiva necessidade de desenvolver respostas de cuidados domiciliários, continuados e paliativos, de qualidade, e acessíveis aos utentes e às famílias.**

Acresce que **não deverá ser negligenciado o aumento dos mais idosos**, que **poderão atingir graus de incapacidade potenciadores de sobrecarga dos serviços de saúde, implicando a necessidade de ajustar os serviços e a formação dos profissionais.** Bem como, não desprezar que, inevitavelmente, nos últimos anos de vida, os que tinham suporte familiar, por parte do cônjuge, acabarão por o perder por via da viuvez (essencialmente as mulheres), e não menosprezar os que sempre viveram sós e têm ausência de suporte familiar ou de outro cuidador informal. Esta **importância dada aos cuidadores informais impulsionou alguns autores a afirmarem a necessidade de legislar de forma a conferir-lhes proteção, dar-lhes formação, prestar-lhes apoio, através das instituições formais, e estimular a sua replicação**, não retirando às instituições que prestam cuidados formais responsabilidades e competências. **A ação dos cuidadores informais seria sempre**

complementar, mas essencial, para manter, desejavelmente, os idosos no seu meio. Estas recomendações inserem-se na linha orientadora do modelo descrito e preconizado pela Suécia, tal como referido nesta investigação.

Considera-se, assim, que **estas mudanças nas estruturas sociais, generalizáveis às realidades dos países desenvolvidos, não podem deixar de ser consideradas na formulação das políticas públicas de saúde, ao nível internacional e nacional.**

Todas estas transformações implicam um ajustamento da oferta de serviços no contexto do Estado Social, ou seja, tendencialmente um acréscimo da despesa. Assim entra para a equação o fator económico ou da despesa do Estado, dito de outra forma a sustentabilidade financeira. Não obstante, o cálculo deve basear-se não só nos gastos, mas essencialmente nos ganhos. Ou seja, a despesa decorrente da falta de suporte formal aos idosos, pode ser superior à que resulta da implementação do mesmo suporte (por exemplo, por via da eclosão/agudização da doença e consequente internamento hospitalar, por vezes prolongado, e ausências laborais dos cuidadores informais). Estas constatações são, na sua maioria, também conclusões das organizações internacionais (OMS e UE), e advertem que, caso não se efetuem reformas nos sistemas sociais e no mercado de trabalho, que promovam o envelhecimento ativo e saudável, será certo que o envelhecimento implicará aumento da pressão nos orçamentos públicos para a saúde. **A relação entre os ganhos e os gastos deveria equacionar-se tendo como base os ganhos em saúde e os gastos decorrentes, mesmo que indiretos, da doença, calculados de uma forma abrangente e a longo prazo.**

Conclui-se, assim, que **o aumento dos efetivos populacionais idosos, um facto incontornável, deveria, efetivamente, ser central na tomada de decisão política, no que à política pública de saúde diz respeito.**

Tal como referido na introdução desta tese, insere-se nos objetivos desta investigação perceber o impacto das mudanças verificadas, a médio e longo prazo, aditando como fator determinante o grau de instrução (reconhecido *predictor* de saúde) da população alvo. Neste sentido, consideramos ser essencial reforçar o seu papel, no que concerne à gestão do processo de saúde/doença. **Concluimos que o grau de instrução é decisivo**, pelo facto de o indivíduo instruído ter, por norma, uma atividade profissional que lhe confere maior rendimento económico, indutor de menores constrangimentos na aquisição de serviços e meios promotores de saúde (seguramente que este fator não influencia nas situações de saúde com contornos de inevitabilidade e de incontrollabilidade). Da mesma forma, consideramos que os indivíduos instruídos adquirem competências intelectuais que, por exemplo, lhes permitem manter-se informados, no que respeita aos fatores de risco, e

têm maior capacidade de apreensão da informação facultada pelas diversas vias, designadamente a facultada pelos profissionais de saúde. Detêm, ainda, a capacidade de compreender a importância da prevenção na saúde, mantêm-se mais atualizados relativamente à inovação tecnológica e científica e aceitam-na mais facilmente. Neste sentido, tendem a utilizar as novas tecnologias implementadas e a implementar na saúde, conforme tem vindo a ser a orientação das decisões organizacionais da saúde (com tendência crescente), com o objetivo de aumentar a eficiência dos serviços e, eventualmente, diminuir a afluência aos mesmos. Ainda a referir que os idosos instruídos, na idade da reforma, mantêm por norma atividade intelectual e física e, reportando-nos a casos mais extremos, mas existentes, sabem ler e, por essa razão, as prescrições médicas são lhes compreensíveis. Por regra, os idosos com o perfil descrito têm maior facilidade de deslocação, ou por usufruírem de transporte próprio ou, pela sua inerente capacidade económica, reunirem as condições que lhes garantem a aquisição do serviço de transporte, permitindo-lhes a deslocação atempada aos serviços de saúde, independentemente da distância a percorrer. **Conclui-se, assim, que instrução é de tal forma essencial que a OMS a considera, a par com os rendimentos e a situação de emprego, como sendo um dos mais importantes determinantes de saúde.**

Entende-se que a caracterização acima descrita, relativa à transição demográfica, alteração do modelo epidemiológico e mudanças nas estruturas sociais, aplicável aos países desenvolvidos, enquadra o contexto geral (nível macro) em que se insere o objeto de estudo desta tese. É com base nesta caracterização, e nos padrões acima identificados, que se procede à análise da tomada de decisão das organizações internacionais e especificamente da UE, em matéria de políticas públicas de saúde, pelo seu papel no sistema internacional, com implicações nas políticas nacionais dos Estados-Membros.

Neste sentido, e após a apresentação do questionamento orientador desta tese, consubstanciado nas duas questões referidas na introdução⁹⁶⁵, colocámos um segundo nível de questionamento, relativamente ao qual passamos a expor as nossas conclusões, invertendo a ordem esperada, pelas suas implicações no ajustamento da resposta ao enfoque principal desta tese.

⁹⁶⁵ (1) Em Portugal, os serviços e recursos humanos da saúde existentes no sistema de saúde, a nível regional e essencialmente no SNS, são proporcionais ao número de idosos e respondem às necessidades da população idosa atual e futura? (2) Que ajustamentos devem ser promovidos nos serviços e recursos humanos da saúde em Portugal, considerando o aumento espetável do número de idosos, da esperança média de vida, a alteração do perfil epidemiológico, a alteração do perfil da população idosa, designadamente no que respeita ao nível de instrução?

Assim, colocámos a primeira questão relativamente ao referido segundo nível de questionamento: *O processo de decisão em matéria de política de saúde, ao nível internacional e nacional (Portugal), é influenciado pelo aumento do número de idosos, da esperança média de vida e a alteração do perfil epidemiológico da população?*

Após a nossa investigação, podemos afirmar que as organizações internacionais, especificamente a ONU e a OMS, iniciaram a sua preocupação com o tema antecipadamente, numa época em que ainda não se vislumbrava a implementação do envelhecimento demográfico e especificamente a representatividade, que viria a assumir, da população idosa. Esta preocupação, decorrente de estudos prospetivos (eventualmente baseados no fenómeno visível, na época - “*Baby Boom*”- que ocorreu no período pós-Segunda Guerra Mundial), desencadeou a produção documental, de orientações e debates sobre o binómio idosos/saúde, no início da segunda metade do século XX (a OMS em 1955 e a ONU em 1969). Esta atividade incidia, de forma substantiva, sobre: (i) o perfil de saúde dos idosos e a suas especificidades; (ii) os potenciais desafios que esta população poderia imprimir nos sistemas de saúde; (iii) as suas necessidades relativas a serviços de saúde e níveis de intervenção; e (iv) a defesa dos cuidados de saúde primários num momento em que estes ainda não eram objeto de particular prioridade. Já a UE inicia produção política relativa a esta temática mais tarde (1999), em resultado dos desenvolvimentos do processo de construção europeia e seguindo, na generalidade, as recomendações das duas organizações acima mencionadas. No contexto europeu, as linhas de orientação encaminham a política de saúde no sentido de assumir o idoso como fator decisório, valorizando-o e direcionando a tomada de decisão também para este grupo populacional, com reflexo na subsequente produção de diretivas comunitárias. Assim, **a constatação da representatividade dos idosos e do aumento da esperança média de vida, efetivamente, tem influenciado o processo de decisão e as orientações políticas das organizações internacionais**, promovendo um crescendo de produção política, que **culmina nas orientações recentes em que os idosos**, e também o envelhecimento demográfico, **passam a assumir centralidade na política de saúde** e na, quase, totalidade das restantes áreas políticas, incorporando uma tendência de transversalidade.

O assumir destas preocupações e orientações, em Portugal, foi mais tardio, muito por via da fase em que o país se encontrava, da transição sanitária, epidemiológica e demográfica. Portugal detinha problemas prementes a resolver, desde logo a ausência de um consistente sistema de saúde, com serviços de saúde e recursos humanos suficientes e qualificados para responder às necessidades da população. Este fator impunha a prioridade

de iniciar pela resolução destas vicissitudes e só, posteriormente, se deter sobre o binómio idosos/saúde. Assim, o primeiro documento que reflete as orientações internacionais, em matéria de política pública de saúde em Portugal, é publicado em 1999 - “*Estratégia de saúde para o virar do século*” – exatamente no ano em que a UE inicia o mesmo processo. A seguir a esta estratégia, surge o PNS para os idosos (2004), decorrente do PNS 2004-2010. A partir deste plano, vislumbra-se um relativo crescendo de inclusão e preocupação, no debate político e produção legislativa nacional, essencialmente ao ritmo das orientações mais emblemáticas da ONU, OMS e UE⁹⁶⁶. No entanto, **a produção legislativa existe e, eventualmente, conclui-se que o efetivo aumento de idosos tem tido implicações na definição da política pública de saúde nacional.** Sendo que, contingentemente, devido à recente inclusão da temática na política de saúde e à **eclosão da crise económico-financeira (2008), a preocupação nacional aparenta estar mais focada no binómio idosos/sustentabilidade do que na saúde desta população** e, neste sentido, tornou-se transversal às diferentes áreas das políticas públicas nacionais. Não obstante, **os focos de interesse das organizações internacionais têm sido considerados na produção legislativa em Portugal, designadamente a necessidade de investimento e orientação para os cuidados de saúde primários, para os cuidados continuados integrados, com inclusão dos domiciliários, e para o direcionar da formação dos profissionais de saúde para esta área,** bem como para a investigação correspondente.

Em síntese, entende-se que **Portugal apresenta tardiamente preocupações relativamente ao binómio idosos/saúde,** pese embora a existência de orientações internacionais, da ONU e da OMS, desde o final da década de 1950, o que se entende poder ser justificado pelas condicionantes de ordem interna acima referidas. No entanto, este desfazamento **resultou no desajuste das políticas públicas de saúde existentes, relativamente à população idosa,** o qual não existe, de forma tão marcante, na Suécia, por ter orientado a sua política de saúde para esta população precocemente. **Acresce que mesmo quando Portugal inicia a produção legislativa sobre esta matéria não é possível aferir o seu reflexo em termos operacionais de forma substantiva.**

Assim, consideramos que **as orientações internacionais ao nível das políticas públicas de saúde determinam uma resposta adequada ao aumento do número de idosos, da esperança média de vida e a alteração do perfil epidemiológico da população.** Isto porque a ONU e OMS, iniciaram o alerta e resposta, com base em estudos

⁹⁶⁶ Por exemplo a declaração do ano de 2012, pelo Parlamento Europeu e a Comissão Europeia, como sendo o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, que impeliu Portugal à elaboração de um Programa de Ação

prospetivos, atempadamente, podemos até afirmar que o iniciaram antecipadamente, e a UE, embora não seguindo esta regra, rapidamente adequou a decisão política ao novo perfil demográfico e epidemiológico, passando a emanar determinações concordantes e a par com as organizações mencionadas, culminando na deliberação do assumir da temática transversalmente a todas as políticas públicas. No entanto, **Portugal não se retrata de uma forma consistente, neste contexto**, exceto pontualmente, porque embora tenha iniciado o processo decisório em simultâneo com a UE, notoriamente o refreia. Ou seja, **a tomada de decisão, embora seja visível, não se reflete na produção legislativa com a frequência, quantidade e qualidade, promovida pelas organizações internacionais e que seria a desejável**. Assim, **Portugal enquanto Estado-Membro destas organizações, não tem seguido as determinações cabalmente**. Ao contrário, esta investigação identificou outros Estados-Membros, como a Suécia, que anteriormente às organizações referidas iniciou a produção de políticas públicas de proteção social e de saúde de acordo com os padrões internacionais e que, recorrentemente, as vai ajustando à sua realidade demográfica.

Considerando a caracterização já realizada relativa aos padrões identificados nos países desenvolvidos, **concluimos que Portugal se enquadra neste quadro com a transição demográfica, epidemiológica e sanitária efetivada, desde 2005**, conforme os indicadores que se passam a descrever.

Em termos demográficos, até à segunda metade do século XX, o percurso nacional caracterizava-se por níveis de mortalidade e fecundidade elevados. Segue-se a descida mais acentuada da fecundidade, a partir de 1982, ano em que pela primeira vez o indicador assume valores abaixo dos desejáveis (2,08), não voltando a permitir a renovação das gerações e atingindo valores muito distantes do mínimo exigido (em 2012 representava 1,28 filhos por mulher em idade fértil). A TM, e especificamente a infantil, passa a assumir tendência mais animadora a partir de 1995, ano em que o valor se assume a baixo da dezena (6,9‰), convergindo com a UE a partir do início do século XXI e assumindo valores abaixo da média europeia a partir de 2005 (em 2005 era 3,5‰), mantendo-se com valores animadores até à atualidade (em 2012 era 3,4‰). Não obstante este cenário próspero, temos a referir que **a TMI nos últimos anos, de 2010 a 2012, se apresentou em crescendo** (subiu de 2,5‰ em 2010, para 3,4‰ em 2012), **coincidindo com a implementação de políticas públicas de saúde mais restritivas**, designadamente com a assinatura do MoU e com o início da execução do PREMAC. **Assumimos esta constatação como fator a observar e a considerar na produção futura de políticas de saúde**.

Uma tendência, de descida, verifica-se também na **TBM**, essencialmente a partir da segunda metade do século XX, e mantem-se com valores entre os 9,7‰ e os 9,9‰ a partir de 2006. De referir **um pico em 2010, em que se atinge os 10‰ e em 2012 com 10,2‰, o que se enquadra igualmente no período economicamente restritivo** e a coloca a par, em termos de tendência, com a TMI. Assim, **este comportamento do indicador assume-se também como um alerta considerar na produção futura de políticas de saúde.**

Esta diminuição da TM reflete-se no aumento da E0, que a partir de 2001 ultrapassa os 73 anos, para os homens, e os 80 anos, para as mulheres, atingindo em 2012 mais de 76 anos e 82 anos, respetivamente, enquadrando-se na média europeia.

Em termos epidemiológicos, constata-se a diminuição acentuada das **patologias infecciosas e parasitárias**, enquanto principal causa de morte, com maior visibilidade a partir de 1970, estagnando no início do século XXI em 1%. De referir também um **aumento, em 2010, acima de 1% que se mantém em 2011**, sendo que, mais uma vez, se situa no período indutor de reduções e constrangimentos orçamentais ao nível das políticas de saúde. Em simultâneo com a tendência decrescente desta tipologia de patologias emerge a prevalência de doenças relacionadas com a modernidade, tal como acontece nos restantes países desenvolvidos, como sejam as **doenças do aparelho circulatório** (atual principal causa de morte em Portugal). De salvaguardar que o aumento desta última patologia como causa de morte verificou-se até 1990 e a partir daí a tendência tem sido decrescente, com uma **subida de 2010 para 2011, constituindo-se como um indicador de saúde que, mais uma vez sofre agravamento neste período.**

Desta caracterização da transição demográfica epidemiológica e sanitária verificada em Portugal não podemos deixar de salientar que **a evolução de todos os indicadores sofre alterações a partir de 2010, ano marcado pela aplicação das medidas decorrentes dos PECs, designadamente em matéria de saúde.**

Considerando que as melhorias acima referidas decorrem em simultâneo com a implementação do SNS, colocámos a segunda questão respeitante ao segundo nível de questionamento: *Em Portugal o percurso da política de saúde influenciou o perfil epidemiológico da população e o aumento da esperança média de vida, bem como estes influenciaram a trajetória da mesma política de saúde?*

Até à década de 70, não é exato considerar que em Portugal existisse uma política de saúde. Trata-se de um período caracterizado, essencialmente, pelo assumir de medidas higieno-sanitárias, não existindo uma prática governativa de preocupação com o bem-estar da população, nem implementação de medidas para a sua concretização e manutenção,

emergindo estas preocupações e tomada de decisão, essencialmente, no decorrer da eclosão de potenciais epidemias. A prestação de cuidados de saúde estava a cargo da iniciativa religiosa e corporativa, com cariz caritativo, sendo que a saúde estava dependente da prevenção e o tratamento era praticamente inexistente. O perfil de saúde da população era frágil, resultante de deficientes práticas de higiene individual e coletiva e um carente regime alimentar, conferindo um perfil epidemiológico em que predominavam as doenças infecciosas, parasitárias e febres graves, que por norma eram fatais. Este perfil assumia contornos mais gravosos nas aldeias e nas zonas urbanas com maior densidade populacional, existindo uma correlação forte entre rendimentos e práticas de higiene e, concordantemente, entre rendimentos e saúde. Estávamos perante uma época caracterizada por indicadores de mortalidade elevados e baixa esperança média de vida.

A partir do século XIX, com a constituição de 1822, afigura-se um novo paradigma com a redação do artigo 240º - “(...) *As Cortes e o Governo terão particular cuidado da fundação, conservação e aumento de casas de misericórdia e de hospitais civis e militares(...)*” – que evidencia o despertar do assumir e do interesse respeitante à saúde das populações, pelo Estado. No entanto, até 1899 a prestação de cuidados de saúde mantinha-se de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Em 1899, com a reforma de Ricardo Jorge, inicia-se a construção dos alicerces da Saúde Pública, pelo Estado, e na Constituição de 1911 reflete-se esta evolução, por via da utilização do conceito “*assistência pública*”, conferindo inclusivamente a noção de que esta é um direito. A partir daqui implementam-se medidas como a reforma do ensino médico; a sanidade escolar; a vacinação obrigatória; o desenvolvimento do higienismo, designadamente no que concerne com medidas relativas à água, saneamento, condições de habitação e dos alimentos. Desenvolve-se igualmente a investigação na área da saúde.

Após esta primeira reforma, seguiu-se a Reforma dos Serviços de Saúde Pública, no período político da Ditadura Militar, motivada pelos acontecimentos no cenário internacional, durante a qual se efetuou a reorganização dos serviços de saúde, atribuindo-se mais autonomia às autoridades sanitárias concelhias. Porém, não se atingiram os objetivos iniciais, porque o foco primordial do regime se dirigia, preferencialmente, para a manutenção da ordem e para o controlo das finanças públicas. No entanto, o crescendo de preocupação política com a saúde, com visibilidade na tomada de decisão, refletia-se positivamente nos indicadores demográficos e epidemiológicos.

No período do Estado Novo com a redação da Constituição de 1933, que determinava ser direito e dever do Estado, em matéria de saúde, “(...) *a defesa da moral, da*

salubridade, da alimentação e da higiene pública (...)” (Art.40) vislumbrava-se o assumir da saúde pelo Estado. No entanto, na mesma Constituição, também se podia ler que o Estado coloca a saúde sob a alçada de instituições não estatais afirmando “(...) *o Estado promove e favorece as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualismo (...)*” (Art.41) e no discurso do chefe do governo, antes de assumir o cargo, afirmou-se que “(...) *Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições, fazendo por si a assistência (...)*”, patenteando a ideologia do Presidente do Conselho e do regime. Este período foi designado, por alguns autores, de “*desoficialização da assistência*”, iniciando uma época em que as instituições particulares da assistência, com destaque para as Misericórdias, se revestem de primazia. No entanto, perante a debilidade da situação sanitária no país, realizou-se mais uma reforma, em 1945 - Reforma Sanitária de Trigo de Negreiros - que implementou as três dimensões dos cuidados de saúde: assistência preventiva, a assistência paliativa e curativa e a assistência construtiva. De referir que se mantiveram até à atualidade como sendo os três níveis de intervenção na saúde: a prevenção, o tratamento e a recuperação. Esta reforma aproxima os níveis decisórios das populações, de forma a concretizar o que era o desígnio político de “*função supletiva e de coordenação e orientação superiores*”⁹⁶⁷. Cria ainda: institutos dedicados a patologias e condições de saúde específicas, como a tuberculose e a saúde materna; serviços de qualidade reconhecida internacionalmente dedicados a níveis de intervenção específicos, como seja o da assistência construtiva - o CMR de Alcoitão; constroem-se hospitais pelo Estado, que posteriormente foram entregues às Misericórdias; cria-se o Ministério da Saúde e da Assistência (1958); e regulam-se os hospitais e as carreiras de saúde. Refira-se que neste período surgiram novos meios de tratamento, como seja a penicilina. Embora esta época seja de desoficialização da saúde, é visível a tomada de decisão política em resposta ao quadro da saúde existente, nomeadamente pela criação dos serviços, assim como se reflete positivamente nos indicadores demográficos e epidemiológicos, sendo que a estes não é alheio o surgimento de meios terapêuticos, como o descrito. Assim, em 1950 as doenças infecciosas e parasitárias passaram a ser a segunda causa de morte, deixando o lugar cimeiro para as doenças do aparelho circulatório.

Em 1968 com a saída do Presidente do Conselho, António de Oliveira Salazar, assume funções Marcelo Caetano, entrando-se numa época de algumas ruturas com o período anterior, lançando significativas reformas, nomeadamente na saúde. Até à década de 70, a distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde e dos recursos humanos era

⁹⁶⁷ Diário da República, 1937, *Decreto-Lei n.º 27610 de 1 de abril de 1937*

assimétrica; o saneamento tinha deficiente e insuficiente cobertura populacional; a tomada de decisão era centralizada; existia falta de coordenação entre os serviços; existia carência de avaliação da qualidade e desempenho; as disparidades de benefícios entre grupos da população eram dominantes; verificava-se uma discrepância entre as medidas políticas implementadas e a sua execução; existia uma baixa remuneração dos profissionais de saúde. No entanto, o crescendo de benefícios mantinha-se, resultando, em 1970, na baixa representatividade das doenças infecciosas e parasitárias, como causa de morte, que passaram a ocupar o quinto lugar no *ranking*, com um percentual de 2,58%, passando a liderança para as doenças do aparelho circulatório e respiratório. Tal demonstra que Portugal estava em concreto processo de transição epidemiológica, bem como os aperfeiçoamentos efetuados, refletiam-se nos indicadores de bem-estar.

Ainda neste período político, em 1971, concretizou-se a reforma de Gonçalves Ferreira, promovendo uma mudança de paradigma, permitida por alguma permissividade do regime marcelista, não se concretizando, na sua totalidade, por via da existência dos entraves característicos do regime vigente. Desde logo, as limitações inerentes à sua ideologia política, relativamente à saúde, por a considerarem enquanto assistência e, por conseguinte, mantendo-a no limiar do estritamente necessário. Esta reforma, de facto, é inovadora, uma vez que antecipa as determinações da Declaração de Alma-Ata de 1978, no que aos cuidados de saúde primários diz respeito. É, também, transformadora, por ter lançado as bases que se prolongaram para o regime político subsequente, a democracia, que apesar de ter uma ideologia e fundamentos distintos não anulou os princípios de Gonçalves Ferreira. Com esta reforma executa-se o primeiro esboço de um serviço nacional de saúde, dando primazia aos cuidados de saúde primários. Implementou os Centros de Saúde nos concelhos, e os Postos de Saúde nas freguesias, ambos com funções preventivas, traduzindo uma aposta na prevenção e proximidade. Executa ainda uma medida que confere importância à saúde, criando, em 1973, o MS autonomizado face à Assistência.

A Revolução de 25 de Abril de 1974 instaurou a Democracia e rompeu com as condicionantes políticas que obstavam à universalidade dos serviços de saúde, sendo que, desde logo, o Programa do I Governo Provisório, declarava como objetivo a criação de um sistema nacional de saúde, desencadeando a descentralização da prestação de serviços (por exemplo implementando os Serviços Médicos à Periferia). O assumir da saúde pelo Estado torna-se visível, designadamente, pela integração dos hospitais geridos pelas Misericórdias na gestão pública, culminando na consagração da saúde como um direito universal, na Constituição da República Portuguesa de 1976. Este direito deveria ser efetivado através da

criação de um sistema nacional de saúde universal, geral e gratuito, competindo ao Estado um conjunto de deveres, destacando-se a garantia universal de acesso e a cobertura médica e hospitalar de todo o país. Estes pressupostos materializaram-se com o “*Despacho Arnaut*” (1978), antecipando a criação do SNS, em 1979, compreendendo: cuidados integrados de saúde de promoção, vigilância, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social; órgãos centrais, regionais e locais; serviços prestadores de cuidados de saúde primários (Centros Comunitários de Saúde); e serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas). Edificou-se, assim, um pilar fundamental do Estado Social colocando Portugal em paralelo com a maioria dos países europeus sendo que, nestes últimos, este desenvolvimento datava, maioritariamente, do final da primeira metade do século XX. Explica-se, desta forma, o desfasamento existente, na época, nos níveis de saúde e bem-estar da população portuguesa, em relação à média europeia. A partir daqui, a tomada de decisão política decorre com o objetivo de atingir níveis de saúde desejáveis, sendo que, até então, as reformas promovidas visavam a mesma ambição, por vezes tencionando seguir percursos discordantes da ideologia política vigente e, por isso, não se conseguindo concretizar na sua totalidade.

A implementação do modelo do SNS imprimiu alterações no padrão epidemiológico de 1980: as doenças parasitárias passam a representar 1,5 % da mortalidade, mas ainda ocupando a 5ª causa de morte; a diabetes assume-se com padrão crescente e passa a ocupar também a 5ª posição no ranking. A TMI sofre uma descida, de mais de 50%, em 1981 (em 1970 era 51,3‰ e em 1981 passou a ser 24,3‰) e a E0 mantém-se em linha crescente, subindo cerca de 5 anos, para ambos os sexos, no mesmo período.

A partir da década de 80, apesar de existirem oscilações, continuaram a ser tomadas medidas de aprofundamento do carácter universal dos cuidados de saúde prestados pelo Estado e foram sendo criadas figuras na Administração Central de gestão proximal da saúde, como as ARS (1982). Visava-se a descentralização efetiva dos cuidados prestados, culminando na criação dos Centros de Saúde de segunda geração (1983), após a criação da carreira médica de clínica geral, resultando da integração dos primeiros centros de saúde com os numerosos postos dos Serviços Médico-Sociais. O assumir da saúde pelo Estado e a relevância que lhe é dada pelo mesmo, culmina na criação definitiva do MS, em 1983.

Em 1986, com adesão de Portugal à CEE e com a abordagem internacional relativa à saúde recaindo sobre a necessidade de um papel mais ativo do sector privado, afiguravam-se ruturas expressivas. No entanto, a capacitação do SNS manteve-se, embora surgindo medidas visando garantir a sustentabilidade financeira: a introdução de taxas moderadoras,

objetivando moderar a procura de cuidados de saúde; e a lei de gestão hospitalar (1988), introduzindo princípios de natureza empresarial, com a qualidade como princípio primordial, mas a rentabilidade dos serviços a ser essencial. Estes princípios corporalizam-se na segunda revisão constitucional (1989), que transforma a prestação de cuidados de saúde em “*tendencialmente gratuitos*” (Art.64), sem, contudo, negligenciar as “*condições económicas e sociais dos cidadãos*” (Art.64). Esta tendência refletiu-se na Lei de Bases da Saúde (1990), que permite e promove a participação de entidades privadas na promoção e defesa da saúde pública, remetendo para o Estado as funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção, prevendo a cobrança de taxas moderadoras, como reguladores do uso dos serviços de saúde, isentando os grupos populacionais desfavorecidos. Em 1992 as taxas moderadoras estabeleceram-se irreversivelmente.

Com os desenvolvimentos conseguidos, as dez primeiras causas de morte em 1990 ordenavam-se desta forma: doenças do aparelho circulatório 44,15%; tumores malignos 17,63%; doenças do aparelho respiratório 7,24%; doenças do aparelho digestivo 4,47%; diabetes 2,6%; doenças do aparelho geniturinário 1,22%; doenças infecciosas e parasitárias 0,4%; tuberculose 0,27%; e doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) 0,15%. Surgem ainda novas patologias, como o HIV, que passa a ocupar lugar de destaque pela sua periculosidade, desencadeando a produção de um manancial de medidas de promoção e prevenção, quase inédito até à época, espelhando a tomada de decisão no sentido da resposta às alterações epidemiológicas. As patologias infecciosas e parasitárias passam a assumir valores residuais e a diabetes continuava em crescendo. A TMI, em 1991, sofreu mais uma vez uma quebra acentuada (maior que 50%, passando a 10,8‰), mas ainda se encontrava com valores muito expressivos. A E0 continuava em crescendo, mas de forma mais ténue (aumentou, para ambos os sexos, cerca de um ano).

A década de 90, representa mais uma viragem com o novo Estatuto do SNS (1993): (i) regionalizou a administração dos serviços, respondendo às exigências da população relativas à qualidade e rapidez da resposta; (ii) promoveu o desenvolvimento do sector privado da saúde; (iii) promoveu a gestão empresarial, incluindo a necessidade de racionalização; (iv) incentivava os cidadãos a optar por seguros privados de saúde; e (v) promoveu a integração entre cuidados primários e cuidados hospitalares, invocando o princípio da *indivisibilidade da saúde*. A partir de 1995 a produção legislativa torna-se abundante, com a conceção de numerosas estruturas e a experimentação de diversos regimes de gestão. Em termos de serviços de saúde, o sistema estava apetrechado, porém carecia de atenção a formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, embora ao longo do período

as profissões tenham sofrido incrementos importantes, também promotores dos melhoramentos na saúde, em 1998 determinam-se as medidas para o desenvolvimento do ensino das profissões de saúde. Estes incrementos, colocaram as profissões num patamar de qualidade reconhecido a nível internacional, proporcionando níveis de intervenção na saúde de excelência, possibilitando cuidados de saúde de tal forma diferenciados que a necessidade de recorrer ao estrangeiro se torna praticamente dispensável, ou somente para casos específicos de intervenção direcionada, que também se coloca no sentido inverso.

Reconhecendo a importância dos cuidados de saúde primários, em 1999, criaram-se CS de terceira geração (com maior autonomia técnica, administrativa e financeira), constituindo o reconhecimento da sua centralidade. Criaram-se, ainda, as ULS, concretizando a desejada articulação entre todos os prestadores de serviços de saúde a nível local, de forma a melhorar o acesso e reduzir as desigualdades. Existindo uma tendência crescente na criação de serviços privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção direta ou indireta na saúde, estabeleceram-se os SLS, constituídos por CS, hospitais e outros serviços, públicos e privados, de forma a garantir os cuidados de saúde e a articulação de todos os prestadores de cuidados. Adotou-se, também, um novo estatuto hospitalar, a nível experimental, com gestão pública, mas a gestão dos recursos humanos e as aquisições de bens e serviços processa-se segundo padrões da prática do sector privado. Efetuou-se ainda, uma reforma territorial da saúde, dividindo o SNS em dois níveis de atuação territorial - o regional e o local - para dar resposta mais direcionada às carências da saúde.

Decorrentes das medidas tomadas, no ano 2000, o perfil epidemiológico alterou-se, com o assumir das doenças ditas civilizacionais nos primeiros lugares da tabela e mantiveram-se as novas doenças como o HIV. Ou seja, atingimos a quarta fase da transição epidemiológica, sendo que as campanhas de promoção, a prevenção e os tratamentos que surgiram para o HIV foram eficazes, permitindo manter a mortalidade, por esta causa, com valores relativamente baixos. Em 2001, a TMI mais uma vez diminui (passa a 5‰), mas ainda não atinge valores satisfatórios, e a E0 aumenta cerca de 2 anos para ambos os sexos.

No início da década de 2000, coloca-se como objetivo a existência de parcerias entre instituições públicas, sociais e privadas e em 2002 aprova-se o novo regime de gestão hospitalar, institucionalizando-se modelos de gestão de tipo empresarial - Hospitais EPE. Entra-se assim num período político impulsionador de medidas que, de alguma forma, alteraram a essência do SNS, pela abertura ao sector privado, deixando o Estado de ter a supremacia dos cuidados de saúde da população, conforme estipulado com a instauração da Democracia e com a criação do SNS. Esta abertura ao sector privado implicou a criação de

estruturas de regulação, como a ERS (2003). A partir de 2005 decorrem várias transferências de Hospitais para Hospitais EPE, assim como a concentração de unidades hospitalares (Centros Hospitalares) e de centros de saúde (ACES), e ainda de maternidades. Salienta-se, na continuidade da capacitação dos cuidados de saúde primários, a criação das USF (2005), objetivando melhor resposta às necessidades da população.

Conforme se afirmou, a transição epidemiológica concluiu-se em 2000 e as principais causas de morte, a partir daí e até 2005, configuraram-se com um elenco semelhante, com as doenças do aparelho circulatório e o HIV a diminuir, e todas as outras a aumentar. No entanto, a TMI mantinha-se elevada e, pela aposta feita nos cuidados de saúde concordantes, em 2005 atingiram-se os valores satisfatórios (3,5‰) e a E0 chegou aos 81,4 anos para as mulheres e 74,9 anos para os homens. Portugal posicionou-se assim, no mesmo patamar dos restantes países desenvolvidos e da média da UE, com a TMI a atingir os primeiros lugares do ranking europeu.

Em 2006 inicia-se um novo ciclo político na saúde, marcado por mais um *volte-face*, corporalizado pelo PRACE, introduzindo-se um modelo organizacional baseado na racionalização de estruturas, resultando na reestruturação dos serviços de saúde, extinção, fusão e racionalização de efetivos, atingindo de forma substancial os serviços e os recursos humanos da saúde. Pese embora se vivesse um período menos positivo, tomaram-se algumas medidas respondendo às alterações no perfil epidemiológico e demográfico da população e às solicitações das organizações, como a OMS e a UE. Lançou-se o PNS 2004-2012 produzindo-se no âmbito deste o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Em 2006, surge a RNCCI, que veio responder à necessidade de cuidados continuados (que, embora se tenha iniciado em 2003, detinha pouca expressividade), paliativos, de reabilitação e domiciliários. A maior necessidade destes cuidados decorria: da transformação do perfil epidemiológico; do aumento da E0; da, já visível e assumida, transformação das estruturas familiares; da diminuição das estruturas informais de apoio; e do aumento do número de idosos a viverem sós. Foram, ainda, implementadas soluções para resolver problemas prementes, como sejam as avultadas listas de espera, embora estivéssemos perante um cenário de crise económica e financeira em que as restrições se impunham. Acresce, em 2009, uma reestruturação dos serviços de saúde em dois níveis de atuação, regional e local, objetivando a concretização da vigilância e monitorização da saúde e a proximidade dos serviços à população, enquadrada no RSI (2005). Ainda em 2009 surge a regulamentação da organização e funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, para responder às situações de debilidade da saúde e

de isolamento, abrangendo os idosos, pretendendo manter os indivíduos nas suas habitações, com os cuidados que necessitam impedindo/retardando a sua institucionalização.

Em 2010, as medidas restritivas aumentaram, com a aquisição de bens, serviços e outras atividades, que envolvessem despesa pública, a ficarem reduzidas ao essencial. Sendo que foi imposto aos hospitais, centros hospitalares ou unidades locais de saúde, integrados no sector empresarial do Estado e no sector público administrativo, a elaboração de planos de redução de despesa. Decorrente desta conjuntura de restrição orçamental, as taxas moderadoras foram aumentadas. No entanto, existindo carência de médicos no SNS, para responder às necessidades da população, determinou-se a possibilidade do ingresso voluntário de médicos aposentados. Neste contexto de diminuição da despesa e reestruturação dos serviços, em 2011, procede-se à fusão de várias unidades de saúde, no entanto ao nível da RNCCI a aposta mantém-se.

Perante a debilidade económica e financeira do país, em maio de 2011 assina-se o MoU, e decorrente deste e do PREMAC procede-se à reestruturação e redução da despesa através da extinção, fusão e reestruturação de órgãos e serviços e racionalização de efetivos. Concordantemente, efetuam-se várias medidas como seja o aumento das horas de trabalho, não remuneradas, dos profissionais de saúde; restrições na prescrição de MCDT; a contratação de recursos humanos passa a ser limitada ao estritamente imprescindível e à anuência de Ministro da Saúde; as taxas moderadoras são agravadas; aprova-se a orgânica dos diferentes organismos do MS, aumentando as suas funções; reduzem-se trabalhadores no MS; e reduz-se a despesa mensal. Bem como se efetuaram outras medidas restritivas, no que respeita aos medicamentos e ao transporte de doentes, sendo que esta tendência crescente de política restritiva se mantém até à atualidade.

Eventualmente **decorrente deste período de restrição orçamental na saúde, de 2005 para 2012 o valor do percentual atribuído às causas de morte aumentou para a maioria destas**, incluindo a mortalidade pelas doenças infecciosas e parasitárias, excetuando as doenças do aparelho circulatório, digestivo, HIV e tuberculose. Não obstante, conforme já referido, de 2010 para 2011, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório sofre um acréscimo. A **TMI**, neste período (2005-2012), desce para 3,4%. Mas no **período 2010-2012, apresenta uma subida** (de 2,5% para 3,4%), **sendo que este perfil crescente** (no mesmo período) **também se observa na TBM**, conforme já mencionado. A E0 sobe aproximadamente dois anos para ambos os sexos, de 2005 para 2012.

A evolução dos indicadores, em todo o período analisado, para além de decorrer das políticas de saúde abordadas, também é consequência: da política direcionada para a

contratação e formação dos recursos humanos da saúde; da orientação conferida à política do medicamento; das decisões respeitantes aos níveis da emergência, vigilância e resposta, como a criação do INEM e também à que respeita ao transporte não urgente de doentes.

Estas medidas políticas também influenciaram o perfil epidemiológico dos idosos, embora a sua centralidade na política de saúde só seja assumida, de forma mais manifesta, com o PNS 2004-2010. Sendo que **as grandes implicações, praticamente, se restringiram à implementação da RNCCI e, no discurso legislativo, à aposta nos cuidados primários**. No entanto, **a avaliação feita pelas instituições internacionais**, apresentada nesta tese, **nega esse investimento**, acrescentando que este também se deveria direcionar para os serviços de reabilitação, paliativos e para a formação dos profissionais, dirigida para as especificidades de saúde dos idosos. **A, quase, ausência de enfoque na saúde dos idosos impeliu a que, de 1994 a 2012, as suas principais causas de morte tenham apresentado um consecutivo aumento da mortalidade, excetuando o atribuído às doenças do aparelho circulatório**. Estas últimas, embora sejam a principal causa de morte geral, têm vindo a perder expressividade para as doenças do aparelho digestivo, que têm provocado mortes em crescendo. Saliente-se que, em 2012, surge a diabetes enquanto indicador desagregado (patologia passível de prevenção e tratamento) e **as doenças infecciosas e parasitárias** (grupo de patologias que com os melhoramentos na saúde perdeu expressividade), que embora figurem nos últimos lugares, das causas de morte mais representativas, **encontram-se em crescendo**. **Estes indicadores correspondem a patologias passíveis de prevenção e tratamento, pelo que uma adequada política pública de saúde poderá condicionar a sua evolução na generalidade da população e nos idosos em particular**.

A desagregação da população maior de 65 anos, em dois grupos funcionais, demonstra que a mortalidade para os indivíduos entre os 65 e os 79 anos deve-se, em primeiro lugar, às doenças neoplásicas (com tendência crescente), seguidas das doenças do aparelho circulatório (a diminuir desde 1994). Para os maiores de 80 anos, as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar (com valores a diminuir desde 1994), e as neoplasias no segundo lugar coincidente com as doenças do aparelho respiratório (com o percentual a aumentar desde 1994). **Reforça-se, assim, que as patologias que provocam um percentual de mortalidade maior nos idosos, e com tendência crescente, são passíveis de prevenção**.

Temos em crer que se consegue dar resposta assertiva em função de uma adequada política de saúde, uma vez que as medidas desenvolvidas para diminuir a

mortalidade por doenças do aparelho circulatório foram eficazes e se forem seguidas as mesmas práticas, para as restantes patologias, seguramente se atingirão os resultados desejados. Há, ainda, a considerar que as doenças que prevalecem como causa de morte nos idosos são patologias indutoras de estados de saúde que carecem de cuidados continuados, paliativos e de recuperação. Por esta razão, **a aposta atual, da política de saúde, recai sobre a RNCCI, mas as metas estabelecidas ainda não foram cumpridas, sendo que as organizações internacionais mantêm a determinação da necessidade da sua implementação e acrescentam a necessidade de investimento efetivo nos cuidados de saúde primários e de reabilitação.**

A análise do quadro epidemiológico da população idosa em Portugal, por NUTS II, torna evidente que as regiões que detêm um **cenário menos positivo são, por ordem decrescente (do menos positivo para o mais positivo): RAA; RAM; Alentejo; Centro; Norte; Lisboa; Algarve.** Observa-se, ainda, que o perfil epidemiológico sofre alterações de acordo com o género e com a região, implicando a **necessidade de tomada de decisão concordante com as especificidades regionais e considerando a representatividade epidemiológica por género.** Esta asserção reforça a **necessidade de uma política de vigilância e monitorização de proximidade** dos serviços de saúde à população.

Concluída a construção deste paralelo no percurso epidemiológico e político nacional, conforme suscitado pela questão colocada, parece-nos evidente que **o percurso da política de saúde influenciou a transição epidemiológica, a evolução do perfil da TM (especificamente a TMI) e o conseqüente aumento da E0 em Portugal, assim como o processo de influência contrário também é visível.** Sendo que, **os resultados mais positivos conseguiram-se no período político em que o SNS liderava ou era, quase exclusivamente, o responsável pela prestação de cuidados de saúde.** Ou seja, **no período em que o Estado assumiu a quase totalidade da responsabilidade em matéria da saúde.** Nos períodos em que a participação privada é dominante (como no Estado Novo), ou em que se reinicia a sua preponderância, como no período após assinatura do MoU - sendo que neste último caso a influência das restrições e reduções orçamentais impostas são determinantes - **existiu um retardar ou um agravamento no perfil epidemiológico.** De referir também que, neste último período, **após assinatura do MoU, no que respeita a patologias em que a prevenção é essencial, observou-se um aumento do percentual nas diferentes causas de morte, demonstrando que, embora o discurso político incida na capacitação do nível dos cuidados de saúde primários, esta orientação não se reflete na operacionalização.** Constata-se também que, efetivamente, Portugal atinge a transição

epidemiológica, sanitária e demográfica, tardiamente, por via do seu percurso político interno, conseguindo o ponto de viragem a partir de 1974 com a implementação do regime democrático. Bem como é, maioritariamente, a partir desta data, que se inicia a convergência com as determinações das organizações internacionais, embora com desfasamento temporal, por via das opções políticas que se foram estabelecendo. Podemos, assim, afirmar que **o percurso da política de saúde em Portugal influenciou o perfil epidemiológico da população e o aumento da E0, assim como estes indicadores demarcaram a trajetória da política de saúde.**

Percebido o percurso da política pública de saúde em Portugal e o seu enquadramento a nível internacional, especificamente no que concerne com os idosos, **conclui-se que existe um desfasamento na tomada de decisão política entre os níveis decisórios nacional e internacional.** Da análise deste percurso, e cruzando-o com a evolução do perfil epidemiológico da população, retira-se que a política de saúde tem influência no perfil epidemiológico e nos indicadores de saúde da população, sobressaindo que **o investimento do Estado na saúde é determinante para o efeito, uma vez que os maiores ganhos em saúde foram conseguidos quando o Estado assumiu a quota-parte mais significativa da responsabilidade da saúde da população.** Passamos a responder ao questionamento orientador desta tese. Neste sentido, respondemos à primeira questão que colocámos: *Em Portugal, os serviços e recursos humanos da saúde existentes no sistema de saúde, a nível regional e essencialmente no SNS, são proporcionais à representatividade de idosos e respondem às necessidades da população idosa atual e futura?*

De forma a responder a esta questão, apresentámos o quadro dos serviços de saúde que, de acordo com o que consideramos, são os mais solicitados pela população idosa atual (Hospitais, CS, ECS, RNCCI, serviços de MFR).

Assim, **relativamente aos hospitais, por NUTS II**, transparece a noção, constatada anteriormente, que **a tomada de decisão política tem vindo a orientar-se no sentido da aposta nos serviços privados**, uma vez que estes se encontram com tendência crescente e em algumas situações assumem maior visibilidade do que os oficiais.

Esta evidência suscitou-nos o interesse de perceber o quadro existente ao nível mais próximo das populações e, concordantemente, analisámos a situação com **desagregação por NUTS III**. Com este exercício, a representação torna-se mais clara. Em duas NUTS III não existem hospitais oficiais (Pinhal Interior Norte e Pinhal Interior Sul), numa delas (Pinhal Interior Norte) é o privado que confere a resposta, sendo que a outra (Pinhal Interior Sul) não tem nenhuma das tipologias de hospital. **Constata-se ainda**, reforçando o

anteriormente referido, **que a implementação do sector privado está em crescendo**, uma vez que em catorze das trinta NUTS III, verificou-se um aumento deste sector; o sector público em dezassete NUTSIII detém a supremacia; o sector privado detém a supremacia em oito, e iguala-se em cinco regiões. De referir ainda, que **os serviços privados preenchem lacunas deixadas pelo sector público**, mesmo no que aos hospitais especializados diz respeito, uma vez que em cinco regiões são somente os privados que oferecem estes serviços (Cavado, Pinhal Interior Norte, Beira Interior Norte, Alto Alentejo, Alentejo Central e RAA). Concluimos, ainda, que das 30 NUTS III, em somente 9 é que não se verifica a presença do sector privado relativamente aos hospitais gerais.

Os CS, ao nível das NUTS II, independentemente do tipo de serviço, tiveram uma evolução relativamente estável. Constatou-se que, de 1993 a 2012, 3 regiões aumentaram o número de CS e as restantes mantiveram, destacando-se, deste cenário de estabilidade, **o elevado número de CS no Norte e do Centro face ao contexto do território nacional.** A desagregação por categorias relativas à prestação de serviços - sem/com internamento - demonstra que, no que respeita aos **CS sem internamento, todas as regiões aumentaram o número de serviços** e a supremacia numérica do Norte e do Centro mantem-se destacada das restantes regiões. **Os CS com internamento apresentam-se em decréscimo claro, em todas as regiões**, extinguindo-se em três regiões e mantendo-se, aproximadamente, o número em duas regiões. Transparece, assim, de forma inequívoca, a **posição política de extinção destes serviços a nível do território continental**, e em oposição, **a manutenção dos mesmos serviços nas Regiões Autónomas**, sendo que na RAA detém bastante representatividade. Transparece, também, que a extinção dos CS com internamento implicou um aumento dos sem internamento, levando-nos a concluir que, eventualmente, **os CS não foram encerrados, na sua totalidade, o que se efetuou foi a sua transformação de uma tipologia para outra.** Relativamente às restantes tipologias de CS - com urgência e sem urgência - concluimos que, **ao nível das NUTS II do território continental, os com urgência foram sendo encerrados** (apresentando em 2012 menos de metade dos que existiam em 1993) e os **sem urgência foram aumentando**, aproximadamente na mesma proporção, excetuando a região de Lisboa que diminuiu em ambas as tipologias (menos um para ambas). **Nas Regiões Autónomas há uma manutenção de ambos os serviços, sendo que os serviços com urgência existem em maior número** do que os sem urgência. Sobressai, ainda, que a diminuição drástica do número dos CS com urgência e o aumento dos sem urgência, se efetuou, essencialmente, a partir da implementação do programa de reestruturação (PRACE) em 2006. **Os CS com**

serviços domiciliários aumentaram ou mantiveram-se em todas as regiões, no período em estudo, e os que não têm estes serviços foram extintos, materializando a orientação política de apostar nos cuidados domiciliários. Em síntese, **podemos afirmar que a reestruturação dos serviços, no que respeita ao número de CS, não alterou o quadro por via do encerramento, mas sim por via da alteração dos serviços prestados. Acrescentamos que a análise das NUTS III também demonstra um cenário de relativa estabilidade para os CS.**

A estabilidade observada nos CS, não se verifica nas ECS, apresentando-se uma descida considerável, no período 1993-2011 (2080 para 1199), espelhando-se esta descida na maioria das regiões NUTS II. **O Norte, o Centro e Lisboa são as regiões que mais sofrem com o encerramento destes serviços.** O Algarve não observa este reflexo, uma vez que mantem o número de serviços.

Esta verificação, em articulação com a evolução do indicador *anos de vida saudável aos 65 anos*, considerado o período desde 1995 até 2012, permite uma constatação que reputamos de essencial. Em 1995, o SNS estava implementado faltando apenas aperfeiçoar a formação dos profissionais. Neste mesmo ano, e em parte resultado das medidas adotadas pela política pública de saúde **o indicador anos de vida saudável aos 65 anos era de 9,1 anos. Em 2012, um ano após a assinatura do MoU e em plena fase de concretização do compromisso com as instituições financiadoras e com o PREMAC em funcionamento, o mesmo indicador havia decrescido para 6,3 anos** (muito inferior à média europeia de 8,6 anos). **Entendemos que esta evolução negativa implica que o processo de encerramento das ECS poderá potenciar um duplo risco:** por um lado, um **retrocesso na melhoria de indicadores** como os *anos de vida saudável aos 65 anos* e, portanto, na saúde das populações, designadamente os idosos; por outro lado, um **risco político para o país, uma vez que contraria os compromissos assumidos para com as orientações das organizações internacionais**, e especificamente em matéria de promoção da qualidade de vida, bem-estar e a saúde das populações. Para além deste facto, **entre 2011 e 2012, a mortalidade dos idosos por doenças infecciosas e parasitárias, aumentou em 5 regiões, e por diabetes e patologias respiratórias, em 6 das 7 NUTS II.** Salientamos que estas **patologias são passíveis de controlo se o nível de prevenção existir, ou seja os cuidados de saúde primários - CS e ECS.** A pertinência desta questão exigia que se analisasse o cenário ao nível das NUTS III.

A desagregação territorial em NUTS III demonstrou que somente 3 regiões mantiveram os quantitativos de ECS e todas as outras (27) diminuíram, sendo que 3 destas

perderam a totalidade destes serviços (Médio Tejo, a Península de Setúbal e a Lezíria do Tejo). Concluimos, também, que esta diminuição se efetua, essencialmente, a partir da implementação do PRACE e até ao final do período em estudo. **Desta forma, podemos afirmar que se a redução de serviços, em número, não se destaca na esfera dos CS, torna-se marcante, pelo contrário, nas ECS, contrariando a narrativa política de aposta nos cuidados de saúde primários, por via do encerramento expressivo dos serviços de proximidade (ECS).**

No que concerne à RNCCI, **é inegável o investimento feito, uma vez que desde o seu início, em 2006, tem aumentado consecutivamente o número de unidades, das diferentes tipologias, a nível do território de Portugal continental**, inclusivamente no período de contexto económico crítico. Porém esta rede **carateriza-se por unidades, essencialmente, da alçada das Misericórdias, das IPSS e de instituições privadas, com unidades pertencentes ao SNS em número muito limitado**. Em termos regionais, NUTS II, as **unidades que oferecem internamento** (que são todas exceto as que se limitam aos cuidados domiciliários), distribuem-se no país, por ordem de quantitativos decrescente, com **o Norte com maior número de unidades, seguido pelo Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve**. Desagregando-as por tipologias, conclui-se que as ULDM são as que assumem maior representatividade a nível nacional, seguidas por UMDR, por UC e por último, as UCP. Observando as unidades incluídas no SNS, percebemos que o Alentejo é o que tem maior número, seguido do Norte, Centro, Algarve e por último Lisboa. Em relação às **equipas domiciliárias** de cuidados continuados integrados, em Portugal continental e por NUTS II, **estão mais representadas no Norte, seguido de Lisboa, Centro, Alentejo e Algarve**. Analisámos, ainda, a rede ao nível das NUTS III, tendo em conta o número de camas em 2011 e as equipas de cuidados continuados integrados domiciliários. Nesta matéria **concluimos que as regiões com menos camas, por norma, são compensadas com mais equipas domiciliárias**. No entanto, **existem regiões claramente desfavorecidas** nas duas situações: **Cova da Beira e a Beira Interior Sul**. Esta **constitui-se uma situação de risco para estas duas regiões**, uma vez que as doenças cerebrovasculares aumentaram, no período 2011-2012, implicando um eventual acréscimo da necessidade destes serviços. **Embora o quadro se assuma como relativamente favorável, permanecem desigualdades regionais marcadas e, em termos quantitativos, ainda nos encontramos aquém do desejável**, de acordo com os relatórios apresentados pelas organizações internacionais que monitorizam e avaliam a rede. Relativamente às Regiões Autónomas não

conseguimos retratar a situação, por impossibilidade na obtenção dos dados, no entanto confirmamos a existência destas unidades tanto na RAA como na RAM.

As unidades de MFR, no período que analisámos (2007-2010), por NUTS II, aumentaram, com a região de Lisboa e Vale do Tejo a destacar-se, seguida do Norte, Centro, Alentejo e por último o Algarve. Correspondendo este período a uma conjuntura económica desfavorável e de medidas orçamentais restritivas, **importa salientar que a distribuição do investimento nestas unidades se subdivide em: índole privada 78%; sector social 13%** (apresentando tendência decrescente no período); **setor público 9%** (também com tendência decrescente). **O aumento do número destas unidades reflete-se, também, ao nível das NUTS III. No entanto, as disparidades regionais são significativas,** com o litoral norte e centro do país, até à Península de Setúbal, e a sul o Algarve, a destacarem-se, sendo a única região do interior a realçar-se, a região do Dão-Lafões. Salientamos que **das unidades de MFR atuais somente existem, em território continental, quatro com internamento** dedicados, exclusivamente, a este nível de intervenção. Destes, **dois estão na tutela das Misericórdias, um é uma Parceria Público-Privada e somente um está integrado no SNS, o que se entende refletir desvalorização conferida, pelo Estado, a este nível de intervenção na saúde.** Salvuardamos que a maioria dos hospitais, incluídos no SNS, detém serviços de MFR. Porém, por norma, estes servem os utentes em regime de internamento até ao momento da alta, por resolução da condição clínica que impeliu ao internamento, não sendo, portanto, direcionado para utentes somente com necessidades específicas de MFR. Acresce que alguns CS também prestam este tipo de serviços. Para as Regiões Autónomas, apenas conseguimos concluir que estes serviços estão incluídos nos hospitais e CS.

Tendo em conta que **as regiões com maior oferta dos serviços de MFR se localizam, essencialmente, na faixa litoral** do território nacional e que **as regiões com maior percentagem de idosos se enquadram na faixa interior,** assim como, considerando o aumento da E0 e o conseqüente aumento dos mais idosos (potenciais portadores de patologias que provocam limitações funcionais), **concluimos que estas unidades não respondem às necessidades da população em causa.**

Analisámos, também, os recursos humanos da saúde, especificamente médicos, enfermeiros, TDT e fisioterapeutas, ao serviço do SNS, designadamente nos hospitais e CS. Em relação aos **médicos nos hospitais** em 2012, ao nível das NUTS II, em termos quantitativos, **a região de Lisboa era a que detinha maior número, seguida do Norte e Centro e, com considerável distanciamento numérico** (cerca de 50%), **Algarve,**

Alentejo, RAM e RAA. Entre 1999 e 2010, a maioria das regiões aumentou os quantitativos, diminuindo em 2011. Em 2012 sofreu um ligeiro aumento não atingindo os números de 2010. Ou seja, **a tendência na maioria do território nacional foi decrescente, no período 2010-2012.** Relativamente aos **enfermeiros nos hospitais, ao nível das NUTS II, o comportamento numérico e a tendência é semelhante à dos médicos,** sendo que a **discrepância territorial, em 2012, é também significativa,** com Lisboa, Norte e Centro a destacarem-se claramente das restantes regiões, seguidas do Algarve, Alentejo, RAM e RAA. **O mesmo comportamento é visível nos TDT, sendo que de 2010 para 2012 se verificou um aumento na maioria das regiões.** Em termos regionais, as discrepâncias são também semelhantes, com Lisboa, Norte e Centro a ocuparem lugares de destaque, seguidas do Alentejo, Algarve, RAM e RAA. Desagregando, dos TDT, os **fisioterapeutas, em 2012, as diferenças regionais eram igualmente marcantes,** com Lisboa a liderar em termos numéricos, seguida do Norte e Centro e com quantitativos inferiores a 50% destes, o Alentejo, Algarve, RAM e RAA. **Concluimos, assim, que a capacitação do SNS até ao período de crise económica e financeira foi um facto, em relação aos recursos humanos da saúde a trabalhar em hospitais, e que na maioria das regiões este período restritivo implicou um decréscimo destes recursos humanos,** conforme as opções políticas mencionadas anteriormente.

Nos CS, os **médicos, no período 1993-2012, por NUTS II, diminuíram em 3 regiões e aumentaram em 4,** sendo que **no total o aumento de efetivos é inferior aos quantitativos de diminuição.** A região com mais médicos, nos CS, em 2012, era o **Norte, seguido de Lisboa, Centro, Alentejo, Algarve, RAA e RAM.** De acordo com os dados disponíveis, os **enfermeiros, nestes serviços a nível nacional, aumentaram de 1993 até 2007 e diminuíram de 2007 até 2012.** A nível regional, NUTS II, de **1993 a 2007, o número de enfermeiros aumentou em todas as regiões,** não sendo possível aferir da evolução no período posterior por não existirem dados desagregados. Em 2007 a região com mais enfermeiros era o Norte, seguido do Centro, Lisboa, Alentejo, RAM, RAA e por último o Algarve. **Os TDT, nos mesmos serviços, e por regiões NUTS II, de 1993 a 2012, têm assumido tendências divergentes.** Com tendência crescente tivemos o Norte, o Alentejo e a RAA e RAM; com tendência decrescente, o Centro, Lisboa e Algarve. No entanto, 4 destas 7 regiões perderam profissionais no período de crise económica e financeira, sendo que a região com maior número de profissionais a trabalhar nos CS, em 2012, **é o Norte, seguido do Centro, Lisboa, Alentejo, RAA, Algarve e RAM.** Relativamente aos **fisioterapeutas, a tendência em todas as regiões foi crescente no período 2000-2011.**

Neste ano (2011) **Lisboa** tinha o maior número destes profissionais, a trabalhar nos CS, seguida do **Norte, do Centro, Alentejo e por último o Algarve**. No que concerne com às RAM e RAA, não foi possível recolher dados. **Temos a acrescentar que a tendência crescente dos TDT e dos fisioterapeutas, em larga medida, poderá resultar de estas profissões terem uma implementação no SNS, especificamente nos cuidados de saúde primários, relativamente recente e a necessidade de os admitir nestes serviços se suplantam à necessidade de redução de despesa e de contratação.**

Quando analisadas as **NUTS III**, tendo em conta os dados de que dispomos, podemos referir que, em **todas as regiões, os quantitativos de todas as profissões ao serviço nos hospitais** demonstraram-se com **tendência, maioritariamente, crescente** até ao período compreendido entre **2006 e 2011** (dependendo da profissão em causa). **Em 2012, observamos um decréscimo** embora algumas regiões manifestem crescimento, mas nunca retomando os quantitativos do ano mais favorecido. Nos **CS**, a **tendência crescente, maioritariamente, é visível até ao período entre 2004 e 2007** (dependendo da profissão em análise) e assume de seguida, na generalidade, uma tendência decrescente, no que concerne com os recursos humanos da saúde em análise. **Tal como acontece para os hospitais**, embora em algumas regiões se tenha verificado aumento em 2012, este não retoma o número do ano mais favorecido. Para os fisioterapeutas os dados recolhidos impossibilitam a perceção do percurso e da tendência, tal como sucede com os recursos humanos a trabalhar na RNCCI e nos centros de MFR.

Considerando que esta questão orientadora visa a articulação entre os serviços e recursos humanos existentes no sistema de saúde e a sua capacidade de resposta às necessidades dos idosos, ao nível regional, procedemos à análise interrelacionada dos dados disponíveis por NUTS II, tendo por base a tabela 9.1 do anexo IX.

A região demograficamente mais desfavorecida, por ter maior percentagem de idosos, é o **Alentejo**. **Ao analisarmos os rankings dos serviços de saúde, nesta região, podemos afirmar que estes não estão de acordo com o cenário populacional**. Esta interpretação tem por base um conjunto de verificações: (i) sendo a região que se encontra no primeiro lugar, no ranking da percentagem de idosos, os seus serviços de saúde ocupam lugares no meio da tabela, não existindo hospitais especializados oficiais, sendo estes substituídos pelos privados; (ii) os CS com internamento foram extintos, não tendo sido compensados pelos hospitais gerais (o Alentejo dispõe apenas de 7 hospitais gerais, valor muito distante da segunda região com maior percentagem de idosos, o Centro, que tem 26 hospitais gerais); (iii) a extinção dos CS com internamento também não foi compensada

pela criação de novas unidades de internamento da RNCCI (a comparação com a região Centro é igualmente aplicável, uma vez que esta tem mais unidades de internamento da RNCCI que o Alentejo); (iv) esta compensação também não se verifica em cuidados agudos de primeira linha; e (v) a proporcionalidade também não se verifica nos recursos humanos da saúde, em particular nos médicos e enfermeiros que trabalham nos hospitais. No entanto, se tivermos em consideração somente o número de idosos, o Alentejo encontra-se em 4º lugar, no ranking correspondente, conferindo-lhe alguma proporcionalidade. Mas se considerarmos: a insuficiência de jovens, conseqüentemente de estruturas informais de apoio; o facto de 43% desta população viver exclusivamente com idosos; de 22,3% viver sozinha (2011); e dos idosos apresentarem baixos níveis de instrução (região com maior percentagem de analfabetismo; 92,7%, em 2011, não completaram nenhum grau de ensino ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico); **conclui-se que a disponibilização de serviços e recursos humanos da saúde no Alentejo não apresenta uma resposta adequada às necessidades da população com mais de 65 anos.**

A segunda região com maior percentagem de idosos e, também, detendo o segundo lugar considerando o número total deste grupo populacional é o **Centro**. Relativamente a esta, **o cenário parece-nos mais favorável**, uma vez que, em todos os rankings dos serviços e recursos humanos da saúde, se enquadra, maioritariamente, no segundo ou no terceiro lugar e lidera no que concerne aos hospitais oficiais especializados, demonstrando a existência de proporcionalidade. **Não obstante, esta proporcionalidade não é garante de resposta eficaz**, uma vez que o número de idosos é considerável e o de jovens não faz transparecer que as estruturas informais de apoio sejam proporcionais (os percentuais de idosos a viver sós e a viver exclusivamente com idoso é representativo, 20,1% e 42,9% respetivamente). Também o nível de instrução, dos idosos da região, embora com grandes assimetrias, é indicativo de carências: 91,2% (2011) não tinham completado nenhum grau de ensino (SE) ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico

Em terceiro lugar, de acordo com a percentagem de idosos, encontra-se o **Algarve**. Para esta região, **o cenário apresentado nos diferentes rankings é demonstrativo de desproporcionalidade**, uma vez que, para todos os indicadores, coloca-se, sempre, abaixo do meio da tabela. Esta região apresenta situações complexas ao nível dos cuidados de saúde primários. Os rankings destes serviços demonstram que o Algarve tem carência de CS, especificamente serviços com urgência e serviços domiciliários, não existindo CS com internamento. Estes últimos, também não vêm a sua ausência compensada pela existência de hospitais ou de serviços de internamento da RNCCI (estes aparentam estar abaixo das

necessidades, não se colocando em lugares, no ranking, que demonstrem proporcionalidade). A posição mais desfavorecida, ao nível dos cuidados de saúde primários, é reforçada com a evidente desproporcionalidade relativa aos enfermeiros e aos TDTs a trabalhar nos CS. No entanto, se observarmos o ranking do número de idosos, a desproporcionalidade fica praticamente anulada. Se considerarmos outros indicadores, como a existência (ou não) de estruturas informais de apoio (admitindo que são proporcionais ao número de jovens), o número de idosos que vivem sós (20,7%), o número de idosos que vivem exclusivamente com outro idoso (41,2%), dos idosos não completaram nenhum grau de ensino, ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico (84,9%), julgamos que **a resposta às necessidades de saúde dos idosos, eventualmente, não está concretizada.**

No quarto lugar, tendo em conta o mesmo indicador, encontra-se **Lisboa. O quadro desta região, na generalidade, não se apresenta negativo, revestindo-se de proporcionalidade, exceto no que aos cuidados de saúde primários diz respeito.** Nesta dimensão encontra-se no último lugar do ranking, sendo que no que concerne às ECS apresenta um número muito baixo para todo o seu território (6). Acresce que não tem serviços de internamento nos CS, e ficou mal colocada em relação aos CS com urgência. Esta carência de CS com internamento e com urgência poderá ser compensada pelos serviços hospitalares. Em termos de hospitais oficiais gerais, Lisboa encontra-se em terceiro lugar, já ao nível dos privados lidera nos especializados e está em segundo lugar nos gerais. Nas unidades de internamento da RNCCI está em terceiro lugar, e ocupa o segundo lugar relativamente aos cuidados domiciliários, o que se entende ser demonstrativo de uma eventual resposta adequada à população. Ao nível dos cuidados paliativos encontra-se a liderar a tabela. Lidera também as tabelas no que aos recursos humanos dos hospitais oficiais diz respeito, apresentando-se menos bem cotada nos CS, com os médicos a ocuparem o segundo lugar no ranking, destes serviços, e os enfermeiros e TDT no terceiro. Acrescenta-se que Lisboa é a segunda região mais populosa do país, a terceira com mais idosos (em termos de número) e por estas razões pode deduzir-se que **exista o risco de os serviços não responderem às necessidades da população idosa, essencialmente ao nível dos cuidados de saúde primários e continuados.** É uma região essencialmente urbana, com comportamentos sociais, familiares e de vizinhança mais distanciadas, imprimindo características de isolamento e solidão aos idosos (22,3% vivem sós), que em casos de incapacidade física ou psíquica pode se revestir de contornos dramáticos. Adicionalmente, 40,1%, desta população viver exclusivamente com outro idoso e o nível de instrução é baixo

(3,2% é analfabeto, 75,7% não completou nenhum grau de ensino ou completou somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico). Consideramos assim **não existirem garantias de se proporcionarem condições adequadas às necessidades desta população.**

O **Norte** surge no quinto lugar, considerando a percentagem de idosos, e de uma maneira geral assume-se como sendo a mais favorecida, ocupando o primeiro lugar em 18 dos 28 rankings apresentados e o segundo lugar em 8. As situações menos benéficas são o terceiro lugar ao nível dos hospitais oficiais especializados e o quarto lugar nos CS com internamento. Mas não consideramos que tenham representatividade negativa significativa, relativamente às restantes regiões. Ou seja, estes dados com esta desagregação territorial colocam a região Norte numa posição de proporcionalidade elevada, conferindo-lhe um **lugar de destaque, no que à satisfação das necessidades dos idosos diz respeito.** Não obstante, 17,1% dos idosos vive só; 37% vive exclusivamente com idosos; 89,5% não tem nenhum grau de ensino ou completou somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico. Não obstante a população não ser das mais desfavorecidas, a relação entre estas particularidades e os indicadores de saúde mencionados devem ser alvo de ponderação.

Em sexto lugar, considerando o indicador que temos vindo a utilizar, surge a **Região Autónoma da Madeira (RAM)**, que tal como o Norte, na generalidade, apresenta um perfil de proporcionalidade, com a maioria dos indicadores de que dispomos para a região a ocuparem o sexto e o quinto lugar dos rankings. Os serviços com situação menos benéfica, por ocuparem o sétimo lugar, são o total de CS, os serviços domiciliários dos CS, o número de hospitais oficiais e de hospitais oficiais gerais, os médicos e os TDTs, nos CS. No entanto, embora as carências sejam, maioritariamente, relativas aos cuidados de saúde primários, no que respeita aos CS com internamento ocupa o segundo lugar no ranking. Considerando que relativamente ao número de idosos também se encontra em 6º lugar, que 19,1% vive só e que 26,9% vive em companhia de idosos, o **cenário é relativamente positivo, considerando a realidade das outras regiões.** Porém, 90% da população idosa não completou nenhum grau de ensino ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico, deixando a relativa proporcionalidade com um fator de alerta.

A **Região Autónoma dos Açores (RAA)** apresenta-se em sétimo lugar, ou seja, é a que tem menor percentual de idosos no comparativo nacional, sendo a região que, eventualmente, terá maior suporte por parte das estruturas informais, como seja, a família. Relativamente aos serviços e recursos humanos da saúde apresenta-se, na generalidade, com proporcionalidade adequada. Sendo que dispõe de indicadores como o total de CS, CS com internamento, com urgência, com serviços domiciliários e ECS, a assumirem lugares no

ranking que demonstram quantitativos representativos. Efetivamente a RAA, é a região que tem menos idosos, menos idosos a viverem sós (17%) e encontra-se em 6º lugar no ranking dos idosos a viverem exclusivamente com idosos (30,1%). Relativamente ao nível de instrução, enquadra-se no grupo com menos analfabetismo e ocupa o 5º lugar no ranking dos idosos que não completaram nenhum grau de ensino ou completaram somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico (88,8%). Assim, apresenta uma **situação relativa mais positiva no panorama nacional**, embora, salvaguardamos, o percentual do nível de instrução é elevado.

Desta forma concluímos que, ao nível das NUTS II, **a representatividade dos idosos e as suas particularidades não influenciam, de forma substantiva, a tomada de decisão política, relativa aos equipamentos de saúde e aos recursos humanos da saúde**. Em conformidade, podemos afirmar que considerando a proporcionalidade que aferimos, entre idosos e serviços e recursos humanos da saúde, **as regiões NUTS II se ordenam**, por ordem **decrecente de satisfação das necessidades de saúde da população idosa**, da seguinte forma: **Norte, Lisboa, RAA, RAM, Centro, Algarve, Alentejo**. Cruzando este ranking com os que representam, o que considerámos ser, as particularidades dos idosos, o **ranking final será: 1º Norte; 2º RAA; 3º RAM; 4º Lisboa; 5º Centro; 6º Algarve; 7º Alentejo**. Dito de outra forma, **a região Norte é a que apresenta uma articulação potencialmente mais positiva** entre os serviços e recursos humanos de saúde e as necessidades dos idosos presentes naquele território, **ao contrário o Alentejo constitui-se como a região em que esta articulação aparenta ser a mais desajustada** no contexto comparativo nacional.

A acrescentar a esta conclusão, e relativamente aos serviços de saúde, com a breve análise realizada das NUTS III, **percebemos que a desagregação por NUTS II oculta uma realidade de grandes disparidades ao nível local**. Constatamos que existem situações como: na NUT II Norte (1º lugar no ranking final), o Minho Lima tem 23% de idosos, tem dois hospitais oficiais, enquanto a região do Ave, tem 14% de idosos e tem quatro hospitais oficiais; na NUT II Centro (2º lugar no ranking dos hospitais oficiais e primeiro lugar no ranking das ECS), o Pinhal Interior Norte e o Pinhal Interior Sul, não detêm nenhum hospital oficial, o Médio Tejo tem 23% idosos e não tem ECS; o Baixo Vouga tem 18% de idosos e tem 75 ECS. Estas desigualdades marcantes são também visíveis ao nível dos recursos humanos da saúde, dando como exemplo: na NUT II Norte as regiões do Minho Lima (23% de idosos) e do Ave (14% de idosos), têm a trabalhar nos hospitais 15 e 40 fisioterapeutas, respetivamente; na NUT II Centro, o Baixo Vouga e a

Serra da Estrela (a primeira com 18% de idosos e a segunda com 28%) têm 838 e 63 enfermeiros, respetivamente, a trabalhar nos hospitais; na NUT II Alentejo, a Lezíria do Tejo, com 22% de idosos, e Alto Alentejo, com 27% de idosos, têm 152 e 73 médicos, respetivamente, a trabalhar nos CS. Com estes exemplos, e outros que poderiam ser evidenciados, ficam demonstradas as significativas assimetrias regionais, constatando-se a **desadequação da tomada de decisão num contexto territorial mais desagregado**. Uma vez mais, e no seguimento do que tem sido defendido nesta tese, **a adequação dos serviços e recursos humanos de saúde às necessidades da população, designadamente dos idosos, não pode deixar de considerar as particularidades dos contextos regionais e locais muitas vezes ocultados pelos valores totais à escala nacional**.

No contexto da problematização em que assenta a questão em causa, importa agora sintetizar a análise relativamente às necessidades da futura população idosa em Portugal.

No horizonte **2031**, considerando a variável **nível de instrução, a população idosa** terá características diferentes, pelo aumento expectável dos indicadores correspondentes, uma vez que **em todas as regiões NUTS II, o nível de instrução dos idosos irá elevar-se**. No entanto, **o aumento será díspar entre regiões**. A percentagem de idosos que não completa nenhum grau de ensino ou completa somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico, afigurar-se-á menor. Assim, **regiões com melhor indicador são: 1º Lisboa; 2º Algarve; 3º Alentejo; 4º Centro; 5º RAM; 6º RAA; 7º Norte**.

Tal significa, considerando a variável em análise, que as **regiões Norte, RAA e RAM, poderão deixar de ser as regiões com melhores indicadores**, conforme tínhamos classificado anteriormente. Por outro lado, **Lisboa poderá ver as suas carências atuais diminuir, assim como o Centro. O Algarve e o Alentejo**, que atualmente detêm as situações mais precárias, **eventualmente terão maiores facilidades nas respostas às necessidades dos idosos**, por estes sofrerem uma descida considerável no indicador de instrução utilizado. No entanto, **podemos afirmar que com os aumentos observados**, mesmo considerando outros indicadores de nível de instrução (como a conclusão do ensino básico, secundário e superior), **na generalidade das regiões, embora com as disparidades já mencionadas, os serviços e recursos humanos da saúde responderão de uma forma mais efetiva às necessidades dos idosos**. Inclusivamente porque, por norma, existe uma relação de proporcionalidade entre o nível de instrução e a capacidade económica e prospetivando-se o aumento no nível de instrução, conseqüentemente, aumentará a capacidade económica dos indivíduos e, também, por esta razão a situação será tendencialmente melhor. Assim podemos concluir que **os serviços de saúde e recursos**

humanos da saúde existentes nas diferentes regiões, essencialmente os enquadrados no SNS, não são proporcionais à representatividade de idosos e não respondem às necessidades da população idosa atual, mas poderão responderão à futura.

Independentemente da desagregação NUTS II ou NUTS III, mas assumindo-se esta última como mais esclarecedora, aferimos que em termos de serviços de saúde tornou-se claro o **desinvestimento ao nível das ECS, e a sua carência ao nível das unidades de MFR, assim como com as unidades da RNCCI.** Embora esta rede seja uma das apostas da política pública de saúde atual, ainda não é suficiente, sendo que as **UCP e os cuidados domiciliários são as que deverão ser sujeitas a maior investimento.** No que concerne aos **serviços e recursos humanos da saúde,** o retrato nacional demonstra uma **faixa litoral (exceto litoral alentejano) relativamente provida de serviços, à semelhança de regiões interiores como Dão Lafões. Ao contrário, todo um território mais interior demonstra carências, agravadas por ser este o território que revela maior percentagem de idosos.** Demonstra-se, novamente, que **não se seguem as determinações internacionais, relativas à necessidade de vigilância da saúde das populações mais desfavorecidas, entre elas os idosos, e à necessidade de implementar em todo o território serviços de saúde de vigilância de proximidade.**

Face ao identificado nesta investigação, consideram-se como principais particularidades atuais dos idosos em Portugal: (i) contexto socioeconómico (vivem sós; são economicamente carenciados, e com as medidas restritivas atuais a sua situação económica agravou-se; são pouco instruídos); (ii) significativas limitações no acesso aos serviços de saúde; (iii) residência em zonas geograficamente acidentadas, com acessos difíceis aos centros onde se localizam os serviços de saúde (uma vez que a maioria dos serviços de proximidade foi extinto); e (iv) limitações no entendimento do que lhes é prescrito, em parte como resultado de reduzidos níveis de instrução e condicionamento no acesso a informação. Importa ainda destacar que a generalidade das localidades é praticamente desprovida de transportes, ficando **a população na dependência das estruturas informais de apoio que têm vindo a reduzir, com a emigração e a urbanização e, no nosso país, a litoralização da população, essencialmente jovem.** Neste contexto, colocamos a segunda, e última, questão orientadora: *Considerando, para Portugal, o aumento espectável do número de idosos, da esperança média de vida, a alteração do perfil epidemiológico, a alteração do perfil da população idosa, designadamente no que respeita ao nível de instrução, e as necessidades decorrentes no que concerne com os serviços de saúde e os recursos humanos*

de saúde, que ajustamentos devem ser feitos à medida que esta tendência crescente se vislumbra?

Ao longo desta investigação conseguimos apurar um **conjunto de características gerais relativas à formulação da política pública de saúde em Portugal**, em particular **aos serviços e recursos humanos da saúde, relativa à população idosa**. Entre estas **destacam-se**: (i) na generalidade, os serviços e recursos humanos da saúde não estão de acordo com a percentagem de idosos que existem nas regiões; (ii) a tomada de decisão, eventualmente, não tem em consideração este grupo funcional de população, nem as suas particularidades, designadamente o seu perfil epidemiológico; (iii) a tomada de decisão não revela cumprimento efetivo das orientações das organizações internacionais, essencialmente no que respeita aos serviços incluídos nos cuidados de saúde primários, de reabilitação e paliativos; e (iv) a população idosa atual tem poucos níveis de instrução, sendo que a futura, no horizonte 2031, será mais instruída. Neste contexto, considerámos essencial questionar um grupo de especialistas sobre a situação social, política e económica atual e as linhas orientadoras futuras, por se considerarem serem estes os fatores orientadores preponderantes no processo de formulação de políticas públicas, e designadamente na política de saúde (de acordo com a narrativa da maioria dos documentos legislativos que consultamos), afirmando-se o seu contributo como sendo uma mais-valia para esta tese.

Sumariamente, o grupo de peritos inicia por atestar que **a população idosa detém um papel marcante para os serviços de saúde**. Especificam que os **recursos humanos, atualmente, não respondem às necessidades desta população**, tanto no que concerne ao número como à sua formação (referindo-se à formação vocacionada para as necessidades de saúde dos idosos) e consideram que seria **fundamental apostar na capacitação dos profissionais**, relativa ao aperfeiçoamento das suas capacidades de comunicação com os utentes e com os familiares. Em relação aos **serviços de saúde**, consideram que os **existentes nas zonas rurais e interiores não conferem resposta efetiva às carências dos idosos**. No seu entendimento dever-se-ia **apostar nos serviços de saúde de proximidade, especificamente nas ECS, não concordando com o seu encerramento** (por serem estes que melhor respondem às necessidades dos utentes e promovem melhor qualidade de vida às populações, designadamente dos idosos e dos muito idosos). Asseguram, ainda, que **o seu encerramento poderá fomentar estados de doença, potenciadores de sobrecarga dos serviços de saúde**. Acrescentam, também, que **nas mesmas regiões, rurais e interiores, a rede de cuidados continuados e a de paliativos, não conferem resposta adequada** (com os cuidados paliativos em situação mais desfavorecida), afirmando que se **deveria**

implementar com maior proximidade às populações. A implementação das unidades de reabilitação deveria seguir igualmente este padrão, bem como a de cuidados de saúde domiciliares, de forma a manter os idosos no domicílio. Concluem afirmando que a reorganização dos serviços de saúde deveria ter em atenção as particularidades locais e as dos idosos, sendo que os fatores a considerar, a quando do planeamento de serviços, deveriam ser, por ordem decrescente de importância: a estrutura familiar de suporte ou cuidadores; fatores exógenos como a rede de transportes e as características da região (rural ou urbana); rendimentos médios da população; número total de efetivos com 65 e mais anos; nível de instrução da população. Desta forma, conferem clara importância a fatores como as redes informais de suporte, a facilidade de acesso aos serviços e a capacidade económica dos idosos. No mesmo sentido salientam o nível de instrução, assegurando que este fator assume importância comprovada na saúde, influenciando-a de forma positiva, conferindo efetiva probabilidade de os indivíduos mais instruídos terem mais saúde e maior longevidade. Tal resulta do facto de serem mais informados, facilitarem e agilizarem o processo de diagnóstico e intervenção, implicando uma menor, mais ponderada e mais direcionada utilização dos serviços de saúde, estando mais recetivos à utilização das tecnologias de informação e à telemedicina, desde logo porque têm um maior conhecimento e domínio destas. Assim, o acréscimo do nível de instrução resultaria numa utilização mais sustentável dos serviços de saúde no futuro próximo, não sendo necessariamente um fator que reduzirá a despesa do Estado com a saúde, já que consideram que o envelhecimento do indivíduo não é decisivo para o aumento dessa mesma despesa. Neste sentido, aditam que indivíduos instruídos muito provavelmente constituem um vetor social de promoção de saúde.

No que concerne à linha orientadora da política de saúde, o grupo de peritos assume que **os estudos prospetivos são essenciais para a orientação da tomada de decisão política.** Esta deveria ter em consideração o **conhecimento prospetivo do aumento do número dos idosos e dos muito idosos, das suas particularidades e da consequente alteração do perfil de saúde da população,** pela afirmação das patologias decorrentes do avançar da idade. Deveria, também, ter em consideração a grande probabilidade das disparidades regionais existentes, atualmente, persistirem e ser **necessário direcionar a decisão para a resposta às necessidades específicas de cada região.** Tal **materializar-se-ia num planeamento de infraestruturas e de recursos humanos adequados, consequentemente economicamente ajustados e sustentáveis.** Neste âmbito, e tendo em conta o perfil demográfico e epidemiológico futuro, o aumento do número de idosos e das

patologias inerentes, assim como a necessidade redução da despesa e de conferir sustentabilidade ao sistema de saúde, o grupo de peritos considera que se **deveria direcionar e aumentar o investimento para, por ordem decrescente: cuidados preventivos (ou seja cuidados de saúde primários); cuidados de reabilitação; cuidados continuados; cuidados paliativos e por último os curativos**. Importa salientar que consideram que a rede hospitalar responde, razoavelmente, às necessidades dos idosos. Acrescentam que, **primeiramente, o investimento nos diferentes níveis de cuidados de saúde deveria direcionar-se para os recursos humanos, aumento e formação, e só posteriormente para as unidades de saúde, equipamentos e unidades especializadas**.

Estas considerações reforçam as nossas conclusões e tendem a suprir limitações deste estudo, como o facto de não dispormos da totalidade dos dados necessários e dos dados a que tivemos acesso não se referirem aos mesmos períodos temporais, podendo resultar em ilações desacertadas. No entanto, com as apreciações do grupo de peritos presumimos que as nossas limitações não enviesaram os resultados da investigação, tendo mesmo reforçado as asserções que fomos apresentando ao longo desta tese. Reiteramos, assim, que **as linhas orientadoras que consideramos serem as essenciais**, e que também foram ditadas pelo painel de peritos, **estão de acordo com as determinações da UE**, por exemplo na *“EU Health Strategy”* (2007), e da **ONU e OMS** no RSI (2005) e na avaliação efetuada ao PNS 2004-2010. Podemos ainda dizer que, na generalidade, embora nem sempre com enfoque nos idosos, **as linhas expressas foram tidas em consideração na produção legislativa, até ao momento de viragem corporizado pela crise económica e financeira**, que se reflete ao nível nacional na **execução do PRACE, na posterior assinatura do MoU e na execução do PREMAC**. Da implementação destas diretrizes resultaram as reorganizações, restrições e reduções que **impeliram ao afastamento das orientações internacionais e ao quadro desadequado que ilustramos nesta investigação**. Acrescentamos que, em termos políticos, se compreende que somente se tenha dado enfoque aos idosos e à sua saúde, na política de saúde em Portugal, após a efetiva implementação do SNS e a conseqüente conclusão da transição demográfica e epidemiológica, devido ao desfasamento nestas matérias que existia relativamente ao cenário dos restantes Estados-Membros da UE, bem como dos países desenvolvidos. Não obstante, julgamos que **deveria ter permanecido como matéria a considerar, não devendo ser excluído da tomada de decisão política relativa à saúde**, e, também, relativa às restantes áreas, nomeadamente à segurança social, à economia e às finanças.

Em relação ao debate com cariz económico e financeiro e às reduções e sustentabilidade do SNS, assumindo que estas linhas orientadoras da política de saúde são dispendiosas, devemos reforçar o que anteriormente foi afirmado pelas organizações internacionais, especificamente pela OCDE, que **uma população sem saúde constitui-se como sendo uma população geradora de despesa e, por outro lado, incapaz de produzir receita**. A OMS afirma, também, no relatório *The European health report 2012: charting the way to well-being*, que **melhores níveis de saúde reduzem a procura de cuidados de saúde, no presente e no futuro, contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde**.

Por outro lado, **as reduções decorrentes deste período de crise económica e financeira, essencialmente a partir de 2011, recaíram também sobre o número de recursos humanos da saúde, horas de trabalho e salários**. Tal assume-se como um **risco, pelo descontentamento dos profissionais**, potenciando climas de frustração e cansaço nos serviços, **com implicações na relação e comunicação do profissional com o utente (fator que os peritos consideraram como a aperfeiçoar)**, sendo que contribui de forma fulcral para a saúde dos utentes e, neste caso, dos idosos. Acrescentamos que **a formação é desvalorizada na conjuntura atual** (sendo esta abordada pelas organizações internacionais e pelos peritos do painel inquirido, como algo a apostar), **se decorrente desta existirem implicações remuneratórias positivas**, como seja por exemplo a ampliação do grau académico (afirma-se na legislação que estes aumentos remuneratórios são cancelados).

Outros temas importantes, nesta linha de reflexão, são **o aumento das taxas moderadoras, as restrições na comparticipação dos medicamentos e as restrições na comparticipação dos preços dos transportes dos doentes**. Constituindo-se como nosso objeto de estudo central a população idosa com as particularidades já enunciadas, **entendemos que estes fatores constituem barreiras no acesso à saúde atualmente**. **Eventualmente, se esta orientação na tomada de decisão se mantiver, poderá ser atenuada por via do aumento da instrução dos indivíduos e conseqüente, provável, aumento remuneratório, proporcional ao grau de instrução**. Como consideramos que é uma matéria que se reveste de grande importância, e como não a tratamos com a profundidade que merece, deixamos este desafio para futuras investigações.

Ainda a respeito do desafio económico que a saúde atualmente representa, consubstanciamos a nossa posição, relativa ao tema em discussão, citando o Professor Doutor Jorge Vasconcelos e Sá, numa entrevista publicada no livro intitulado *“Portugal Europeu?”*, quando questionado sobre o valor da saúde no desenvolvimento económico:

“Respondo-lhe, se me permite, com uma outra pergunta. Quanto custam, em termos de custos de oportunidade, isto é, do que se deixa de ganhar, as faltas no emprego, os atrasos (horas perdidas), e maior rotatividade nos empregos que exige grande esforço físico, as filas de espera nos hospitais, as baixas, etc., etc. Quanto custa isto tudo? Como é possível ter produtividade sem uma população saudável? Como é possível ter uma população saudável sem um bom sistema de saúde? E como é possível ter um bom sistema de saúde sem uma boa gestão? A gestão (da saúde) e a saúde (da população) são, pois, fundamentais para a competitividade e para o nível de vida. Sem falar na diminuição da qualidade de vida que advém do cansaço, do mal-estar, das restrições de uma vida normal, e outros. Por exemplo o número de dias de escolaridade perdidos.”⁹⁶⁸

Terminamos a nossa análise afirmando que, na Europa, a democracia tem sido indissociável do Estado Social, conforme relatamos anteriormente e alguns dos autores citados afirmaram, e assume-se a política de saúde como um dos pilares desse mesmo Estado Social (que assume a qualidade de vida das populações como uma premissa fundamental). Assim, **restringir a saúde às populações pode constituir-se como um risco em três dimensões** essenciais: **pelos contornos de inevitabilidade de conturbação social; pela inevitabilidade de retrocesso no processo evolutivo**, que confere o cariz que conquistámos de país desenvolvido; ou, no limite, **por poder conduzir ao esvaziamento ou à extinção do Estado Social** e, concordantemente, ao desestruturar do modelo social europeu e das democracias europeias conforme as conhecemos, **com consequências forçosas no cenário internacional e da UE.**

Retomando o argumento inicialmente apresentado nesta investigação, **consideramos ser possível afirmar que foram validadas as premissas identificadas**, nomeadamente: 1) o aumento do número de idosos em Portugal, com as particularidades que lhe são inerentes, e descritas nesta tese, designadamente o reduzido nível de instrução, têm implicações para o sistema de saúde e para o SNS; 2) os aperfeiçoamentos e capacitação observados no SNS imprimiram melhoramentos na saúde das populações refletindo-se nos indicadores de saúde e bem-estar; 3) a orientação da tomada de decisão política atual, sustentada pela reestruturação e redução dos equipamentos e recursos humanos da saúde, distanciou os serviços da população idosa, imprimindo carências na resposta às suas necessidades; ao mesmo tempo que 4) distanciou a política pública de saúde portuguesa das orientações internacionais (ONU, OMS, UE), nomeadamente relativamente à acessibilidade, equidade e vigilância sanitária de proximidade, aparentando

⁹⁶⁸ SÁ, Jorge A. Vasconcelos; FRASQUILHO, Miguel; WATSON Wyatt Limited, 2001

trajetória de incumprimento para com as referidas organizações. Tal como inicialmente exposto, considera-se que a retração afirmada poderá inverter o processo de aumento da E0, assim como o de melhoria dos indicadores epidemiológicos (que já se observa); porém, no horizonte 2031, com o esperado aumento do nível de instrução dos idosos e a decorrente alteração das suas particularidades, convergindo num novo perfil dos idosos, poderá contribuir para a sustentabilidade do SNS. Concluindo, a manter-se a tendência política atual, eventualmente poderá observar-se resposta adequada às necessidades dos futuros dos idosos e, desta forma, enquadrar-se nas orientações/determinações da ONU, OMS e UE. Não obstante, **terá sempre que se observar/analisar as tendências dos indicadores demográficos, sociais, económicos e epidemiológicos locais e a adaptação dos serviços e recursos humanos da saúde, de forma a proporcionar resposta adequada e conseguir a melhoria contínua da sua qualidade e consequentemente da saúde.**

Esta tese subordinada ao tema *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa* pretende contribuir para a compreensão da política pública de saúde em Portugal, orientada para a população idosa através da recolha e tratamento de informação a quatro níveis: o nível internacional, com a identificação das orientações emanadas pelas organizações internacionais, a ONU, a OMS e a UE, por se entender serem enquadradoras dos processos de decisão dos Estados que delas fazem parte; o nível nacional, através de uma análise evolutiva das principais decisões em matéria de política de saúde, desenvolvidas ao longo do último século, mas com particular destaque para o período do regime democrático até à atualidade; o nível regional, através de recolha e tratamento de dados correspondentes às NUTS II em Portugal que constituem um nível intermédio da estrutura administrativa do Estado; e, finalmente, o nível local através do tratamento, embora não aprofundado, dos indicadores correspondentes às NUTS III no território nacional, por permitirem a compreensão do impacto das medidas adotadas a um nível mais próximo da população.

Considera-se assim, terem sido incluídos nesta investigação os vários níveis que consubstanciam a formulação da política pública de saúde em Portugal (macro, meso e micro), e assim contribuir para a prossecução do principal objetivo desta investigação: perceber se a política de saúde em Portugal responde às necessidades dos idosos, como que concerne aos serviços e recursos humanos da saúde, bem como se está de acordo com as orientações internacionais.

Pese embora a investigação realizada, não consideramos que o trabalho esteja encerrado. Muito pelo contrário, consideramos que esta tese fez parte de um processo de

aprendizagem (e que materializou esse processo), deixando em aberto muitos caminhos para investigações posteriores: seria essencial, por exemplo em termos do tratamento de dados efetuar os rácios relativos aos serviços e recursos humanos da saúde e dos idosos, assim como proceder ao levantamento e compilação de todos os dados necessários, que identificámos como uma limitação da investigação realizada. Torna-se, igualmente, imperativo proceder à análise por NUTS III ou, se possível, por concelhos e freguesias, de forma a traçar um quadro mais próximo do nível local, e desta forma orientar mais assertivamente a tomada de decisão. Considerando a importância das características geográficas no acesso dos idosos aos cuidados de saúde, importa incluir na análise variáveis como a sinuosidade do terreno, as consequentes distâncias relativas e a rede de transportes disponíveis. Seria, ainda, desejável proceder-se a uma análise evolutiva das políticas desenvolvidas ao longo dos diferentes momentos históricos, não só através de um elenco cronológico da legislação, enquanto materializadora da tomada de decisão política, mas também enquadrando-a nas opções politico-ideológicas de cada governo e nas orientações e determinações das organizações com autoridade na matéria. Esta investigação pretende demonstrar a importância da articulação de indicadores demográficos e epidemiológicos, com linhas de orientação política e padrões de comportamento na formulação de políticas públicas, designadamente em matéria de saúde. Sem prejuízo de uma análise mais aprofundada da realidade nacional, importaria desenvolver estudos comparativos que incluíssem as realidades de outros Estados-Membros da UE, seja com indicadores semelhantes seja com reconhecidas boas práticas e indicadores de saúde favoráveis (exemplo Suécia, país sumariamente abordado neste trabalho). Ao concluirmos esta investigação, damo-nos conta que muito mais poderia ser dito sobre o objeto de estudo que selecionamos tornando esta conclusão, eventualmente, redutora dos temas tratados. Esta tese constitui-se enquanto base de trabalho, investigação inicial e inacabada, dando o mote para o início de um processo desafiante e que, provavelmente, aceitaremos como projeto de vida enquanto investigador.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, Jean M.; WHITE, M., 2004, *Biological Ageing. A fundamental, biological link between socio-economic status and health?*, European Journal of Public Health, 14, 3, Health Module.
- ALMEIDA, Pedro Tavares de; CATROGA, Fernando, (Coord.), 2010, *Res Publica: cidadania e representação política em Portugal*, Biblioteca Nacional de Portugal. Lisboa.
- ARNAUT, António, 2009, *Serviço Nacional de Saúde (SNS). 30 Anos de Resistência*, 2ª edição, Coimbra Editora. Coimbra.
- Associação Portuguesa de Demografia, 2012, *Repensar a Demografia Hoje: condicionantes e estratégias*, Livro de resumos do IV Congresso Português de Demografia - 12 a 13 de Setembro de 2012. Universidade de Évora. Évora.
- Associação para o Desenvolvimento Económico e Social-SEDES, 1987, *Que política de saúde para Portugal?*. Lisboa.
- BARBOSA, Pedro Morais, 1972, *Política Nacional De Saúde*, Arquivos Do Instituto Nacional De Saúde, Volume I.
- BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge. (Coord.), 1999, *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, Associação Portuguesa de Economia de Saúde.
- BARROS, Pedro Pita, 2013, *Economia da Saúde. Conceitos e comportamentos*, 3ª Edição atualizada, Edições Almedina, SA. Coimbra
- BLANK, Robert H.; BURAU, Viola, 2010, *Comparative health policy*, Palgrave Macmillan, 3º edição. Inglaterra.
- BOQUINHAS, José Miguel, 2012, *Políticas e sistemas de saúde*, Edições Almedina, SA. Coimbra.
- CABRAL, Nazaré da Costa; AMADOR, Olívio Mota; MARTINS, G. W. d'Oliveira (Organização), 2010, *A reforma do sector da saúde. Uma realidade eminente?*, Cadernos IDEFF NºII, Instituto de Direito Economico Financeiro e Fiscal- FDL, Edições Almedina, SA. Coimbra
- CALDWELL, J.C., 1995. *Education and Literacy as Factors in Health*, in HALSTEAD, S.B.; WALSH, J.A.; WARREN, K.S. (eds), 1995, *Good Health at Low Cost*, Rockefeller Foundation. New York.
- CAMPOS, António Correia de; SAMPAIO, Arnaldo, 1980, *Serviços de Saúde em Portugal: Uma Reflexão Crítica*. O Médico, nº1517.
- CAMPOS, António Correia de, 1983, *Saúde: o custo de um valor sem preço*, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos. Lisboa.
- CAMPOS, António Correia de, 1987, *O Welfare State - Perspetivas da sua evolução em Portugal no plano da saúde*. In SEDES, 1987, *Que política de Saúde para Portugal?*
- CAMPOS, António Correia de, 2008, *Reformas da saúde: o fio condutor*, Almedina. Coimbra.
- CAMPOS, António Correia; SIMÕES, Jorge, 2011, *O percurso da saúde: Portugal na Europa*, Coleção olhares sobre a saúde, Edições Almedina, SA. Coimbra.
- CARMO, Renato Miguel do; BARATA, André, 2014, *Estado Social. De todos para todos*, Edições tinta-da-china. Lisboa
- CARMO, Isabel (Org.), 2012, *Serviço Nacional de Saúde em Portugal. As Ameaças, a crise e os desafios*, Edições Almedina, SA. Coimbra
- CARREIRA, Henrique Medina, 1996, *O Estado e a Saúde*, Cadernos do Público.

- CARVALHO, Francisco, 2007, *Educação de crianças com deficiência na perspetiva da ecologia humana*, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Lisboa
- CASTRO HENRIQUES, Filipa, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospetiva 2001-2021*, Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- CORREIA, Fernando da Silva, 1954, *Portugal na História da Medicina Social*, Edições Imprensa Médica. Lisboa.
- CORREIA, Fernando da Silva, 1960, *A vida. A obra. O estilo. As lições e o prestígio de Ricardo Jorge*, ISHRJ. Lisboa.
- CORREIA, Ferreira, 1938, *Portugal Sanitário: subsídios para o seu estudo*, Ministério do Interior – Direção Geral de Saúde Pública. Lisboa.
- COSTA, Rui Manuel Pinto, 2009, *O poder médico no Estado Novo (1945-1974)*, U. Porto editorial. Porto.
- EAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza, 2012, *Indicadores sobre a pobreza - Dados europeus e nacionais*. Porto: EAPN - Rede Europeia Anti-Pobreza
- Ediclube, 1996, *Grande dicionário enciclopédico Ediclube*, Ediclube-Edição e promoção de livros, Lda, S.A.E.P.A. Madrid
- ESTEVEENS, João; LEÃO, Carla, 2012, *Idosos e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: assimetrias ou proporcionalidades regionais*, Livro de resumos do IV Congresso Português de Demografia - “Repensar a Demografia Hoje: condicionantes e estratégias”. Universidade de Évora.
- ESTEVES, Assunção; PIZARRO, Noémia, 2008, *O Tratado de Lisboa*, Edições Cosmos. Chamusca
- FERNANDES, Ana Alexandra; MOREIRA, Maria João Guardado; VEIGA, Teresa Rodrigues, 2004, *Transição demográfica e transição epidemiológica. O modelo de mortalidade no contexto das transformações sociais e políticas da sociedade portuguesa*, Dossier: A saúde em diagnóstico. Forum Sociológico nºs 11 e 12 (2ª série). Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica – Universidade Nova de Lisboa. Gráfica 2000. Lisboa.
- FERNANDEZ-OLANO, C.; LOPEZ-TORRES, H.J.D.; CERDA-DIAZ, R.; REQUENA-GALLEGO, M.; URBISTONDO-CASCALES, L., A.; OTERO-PUIME, 2008, *Factors associated with health care utilization by elderly in a public health care system*, Health Policy, 75, 131-139
- FERREIRA, Coriolano, 1957, *Assistência social portuguesa: apontamentos para a sua história, seus princípios e sua organização*, Hospitais Portugueses. Lisboa.
- FERREIRA, F. A. G., 1989, *Sistemas de saúde e seu funcionamento: Sistemas de cuidados de saúde no mundo: o caso particular de Portugal*, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa
- FERREIRA, F. A. G., 1975, *Política de saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*, Granelo. Amadora
- FERREIRA, José Medeiros, 2006, *Cinco regimes na política internacional*, Presença. Lisboa.
- FONSECA, António Manuel, 2006, *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*, 2ª edição, Universidade Católica Portuguesa, Campus do saber 8. Lisboa
- FRAGA, Maria do Rosário O. Martins; OLIVEIRA, Daniela; RODRIGUES, Teresa, 2008, *Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison between the 1998-1999 and 2005-2006 Portuguese Health Survey Results*, European Journal of Public Health, Volume 18, Supplement.
- Fundação Calouste Gulbenkian; Forum Gulbenkian da Saúde, 2009, *O Tempo da Vida – Forum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009*, Principia. Cascais

- GAYMU, Joelle; FESTY, Patrick; BEETS, Gijs; POULAIN, Michel, 2008, *From elderly population projections to policy implications*, Future Elderly Living Conditions in Europe, L'avenir des conditions de vie des Européens âgés, INED, Cahier 162.
- GARNEL, Maria Rita Lino, coord., *Corpo: Estado, medicina e sociedade no tempo da I República*, CNCCR/INCM. Lisboa.
- GONÇALVES, Ferreira, 1990, *História da saúde e dos serviços de saúde*, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, *Volume VII*. Página Editora. Portugal
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, *Volume X*. Página Editora. Portugal.
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, *Volume XIII*. Página Editora. Portugal
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, *Volume XXVI*. Página Editora. Portugal
- Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, *Volume XXVII*. Página Editora. Portugal
- GUERRA, Miller, 1969, *Saúde, educação e ciência. Três notas programáticas*, Brotéria, Volume 89 nº12.
- GUERRA, Miller, 1958, *Boletim de Assistência social*, Ano 16. Nº 133 e 134.
- GULLÉN, A.; ALVAREZ, Santiago; SILVA, Pedro Adão, 2003, *Redesigning the Spanish and Portuguese Welfare States: The Impact of Accession into the European Union*. South European Society and Politics, volume 8.
- HASENCLEVER, A.; MAYER, P; VOLKE, Rittberger, 1997, *Theories of international regimes*, Cambridge University Press. Cambridge
- HENRIQUES, Filipa Castro, 2004. *Envelhecimento, Educação e Saúde. Uma Análise Prospetiva 2001-2021*. Tese de Mestrados em Estatística e Gestão de Informação. Instituto Superior de estatística e gestão de Informação – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. (Policopiado)
- HESPANHA, Pedro, 2000, *Entre o Estado e o Mercado: As fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*, Quarteto. Coimbra.
- HILL, Michael, 2009, *The public policy process*, Pearson Education Limited, 5ª edição. Inglaterra.)
- Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica, 2004, *Dossier: A saúde em diagnóstico*, Fórum Sociológico nºs 11 e 12 (2ª série). Instituto de Estudos e Divulgação Sociológica – Universidade Nova de Lisboa. Gráfica 2000. Lisboa.
- JOUNG, I.M.A.; KUNST, A.E.; IMHOFF, E.; MACKENBACK, J.P., 2000, *Education, Aging, and health: to what extent can the rise in educational level relieve the future health care burden associated with population aging in the Netherlands?* Journal of Clinical Epidemiology, 53.
- KUNST, A.E., et al. 2005, *Trends in Socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries*, International Journal of Epidemiology, 34, 295-305.
- LEAL, Catarina, 2009, *Riscos de Instabilidade no Magrebe e Segurança Energética em Portugal*, Dissertação Doutoramento em Relações Internacionais, FCSH-UNL. Lisboa
- LEÃO, Carla, 2008, *Mobilidade do Fisioterapeuta na União Europeia. O Caso Português*, Tese de Mestrado em CPRI defendida em novembro de 2008. Departamento de Estudos Políticos da FCSH-UNL
- Lello Universal. Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro, 1974, Volume 1, Lello & Irmão. Porto
- LOPES, António Manuel Fernandes, 1994, *Desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas: papel e modalidades da formação contínua*, UL. Lisboa
- LUCCI, Elian Alabi *ett all*, 2005, *Território e sociedade no mundo globalizado – geografia geral e do Brasil*. São Paulo

- MACEDO, Ana; REIS, Ana, 2011, *A saúde não tem preço mas tem custos*, Edições Sílabo, Lda. Lisboa
- MAIA, J. J. Maduro, 1995, *Padrões de mortalidade e transição sanitária no Porto*, População e Sociedade, 1, Porto, 233-244.
- MATTOSO, José (Direção), 1994, *História de Portugal*, Volume 3. Círculo de Leitores, Lda. e Autores.
- MATTOSO, José (Direção), 1994, *A cultura Republicana. A Lógica e os métodos da República: A sacralização da sociedade*, História de Portugal Volume 6. Círculo de Leitores, Lda. e Autores.
- MATTOSO, José (Direção), 1994, *O Estado Novo nos anos 30*, História de Portugal Volume 7. Círculo de Leitores, Lda. e Autores.
- MERCK Sharp & Dohme, 2004, *Manual Merck. Geriatria*. MMVI-Editorial Oceano. Loures-Porto
- MOREIRA, Maria João Guardado, RODRIGUES, Teresa, 2005, *Modelos de Mortalidade em Portugal*, Ler História, 49.
- NAZARETH, M., 1993, *Demografia e Ecologia Humana*, Análise Social, nºXXVIII, 1-2-3, Lisboa.
- NAZARETH, J. Manuel, 1996, *Introdução à Demografia – Teoria e Prática*. Editorial Presenças. Lisboa.
- NAZARETH, J. Manuel, 2009, *Crescer e Envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*, Editorial Presença. Lisboa.
- NOGUEIRA, H.; SANTANA, P.; SANTOS, R., 2006, *Impacts of social and material environment on health perception, Regional Responses to Global Changes a view from the Antipodes*, IGU, Proceedings, Brisbane
- NUNES, Adérito Sedas, 1964, *Portugal, sociedade dualista em evolução*, Análise Social, Volume II, nº. 708.
- NUNES, R.; REGO, G., 2002, *Prioridades na Saúde*, 2ª Edição, Editora McGraw-hill. Lisboa
- PEREIRA, Miriam Halpern, 1999, *As origens do Estado Providência em Portugal: as novas fronteiras entre público e privado*, Ler História, nº 37.
- PINTO, Ana I. Santos F., 2014, *A identidade política internacional da União Europeia: O caso do conflito israelo-palestino*, Tese de Doutoramento em Relações Internacionais Especialização em Estudos Políticos de Área, FCSH-UNL. Lisboa.
- REIS, António, 1990, *Portugal Contemporâneo*, Volume V, Publicações Alfa. Lisboa
- REUS-SMIT, Christian; SNIDAL, Duncan, 2008, *The Oxford handbook of International Relations*, The Oxford handbooks of Political Science, Oxford University Press. Nova York.
- RODRIGUES, Fernanda, 1999, *Assistência social e políticas sociais em Portugal*, Ed./CPIHTS. Lisboa.
- RODRIGUES, Teresa Ferreira; MARTINS, Maria do Rosário Oliveira (Coordenadores), 2014, *Envelhecimento e saúde. Prioridades políticas num Portugal em mudança*. CEPESE/Instituto Hidrográfico. Lisboa.
- RODRIGUES, Teresa (Coord.), 2008, *História da População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*, Economia e Sociedade 3, CEPESE, Afrontamento, Porto
- RODRIGUES, T.; FERNANDES, A.; HENRIQUES, F., 2008, *Future Trends in Education among older people*, Future Elderly Living Conditions in Europe. Quelles conditions de vie pour les Européens âgés de demain? (Joelle Gaymu, Patrick Festy, Michel Poulain, Gijs Beets ed.), Cahiers de l'INED, 162, INED, Paris
- RODRIGUES, Teresa Ferreira; MOREIRA, Maria João Guardado, 2005, *Modelos de Mortalidade em Portugal*, Ler História, nº49. Lisboa.

- RODRIGUES, Teresa; SANTOS, Piedade Braga, 1998, “*Poder central e poder local, um caso de conflito*”, Ler História, 34. Lisboa.
- RODRIGUES, Teresa, 1991, *Crises de Mortalidade em Lisboa, Séculos XVI e XVII*, Livros Horizonte, Lisboa
- ROSA, M.J. Valente, 2012, *O envelhecimento da sociedade portuguesa*, Ensaios da Fundação, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio D’Água Editores. Lisboa
- ROSAS, Fernando e BRITO, José Maria Brandão de, 1996, *Dicionário da História do Estado Novo*, Círculo de Leitores Volume 1. Lisboa.
- SALDANHA, Helena, 2009, *Bem Viver para bem Envelhecer. Um Desafio à Gerontologia e à Geriatria*. Lidel-edições técnicas, Lda. Lisboa-Porto
- SAMPAIO, Arnaldo, 1981, *Evolução da política de saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-45 e suas consequências*, Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, Volume V. Lisboa.
- Santa Casa da Misericórdia, 1999, *Revista da Santa Casa da Misericórdia*, nº 3, Ano II. Lisboa
- SANTANA, P.; SANTOS, R.; COSTA, C; NOGUEIRA, H.; FERNANDES, M. 2006, *Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde*, Portugal: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde
- SANTANA, Paula, 2005, *Geografia da saúde e do desenvolvimento. Evolução e tendências em Portugal*, Edições Almedina, SA. Coimbra
- SESHAMANI, M.; GRAY, A., 2004, *Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs*, Age and Ageing, 33.
- SIMÕES, Jorge (coord.), 2011, *Trinta Anos Do Serviço Nacional De Saúde. Um Percorso Comentado*, Almedina. Coimbra.
- SIMÕES, Jorge, 2005, *Retrato político da saúde*, Edições Almedina SA. Coimbra
- TWADDLE, Andrew C., 1999, *Health Care Reform in Sweden, 1980-1994*, Greenwood Publishing Group, Incorporated. New York
- VALENTE Rosa, M.J., 2012, *O envelhecimento da sociedade portuguesa*, Ensaios da Fundação, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio D’Água Editores. Lisboa
- VARGUES, Isabel Nobre; RIBEIRO, Maria Manuela Tavares, *Os Liberalismos*. in MATTOSO, José (Direção), 1993, *História de Portugal*, Volume 3. Círculo de Leitores, Lda. e Autores.
- VEIGA, Teresa Rodrigues; MOREIRA, Maria João Guardado; FERNANDES, Alexandra, 2004, *Health and Social Change – The case of Portugal*, Hygiea Internationalis, 4,1.
- ZWEIFEL, P.; FELDER, S.; MEIERS, M., 1999, *Ageing of Population and health care expenditures: a red herring?* Health Economics, 8 (6).

Fontes eletrónicas

- ABREU, Guadalupe Sónia, 2003, *Políticas e Sistemas de Saúde – Textos Académicos I*, Instituto Miguel Torga. Disponível em: <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/sonia-guadalupe-2003-politicas-e-sistemas-de-saude-textos-academicos-i.pdf> (Consultado em junho de 2012)
- ADAMS, Jean M.; WHITE, M., 2004, *Biological Ageing. A fundamental, biological link between socio-economic status and health?*, European Journal of Public Health, 14, 3, Health Module. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369043> (Consultado em janeiro 2010)
- ARAÚJO, Luís César G. de, 2000, *As mulheres no controle do mundo – elas têm influência em todas as esferas, da política à comunicação*. Forbes Brasil, São Paulo. Disponível em: http://www.bmfbovespa.com.br/pdf/materia_forbes.pdf (Consultado em fevereiro 2010)

- Assembleia da República, 2008, *Constituição de 1822*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP-1822.pdf> (Consultado em novembro 2013)
- Assembleia da República, 2014, *Constituição de 1838*. Disponível em: http://debates.parlamento.pt/Constituicoes_PDF/CRP-1838.pdf (Consultado em março 2014)
- Assembleia da República, 2014, *Constituição de 21 de Agosto de 1911*, Debates Parlamentares, 1ª República 1910-1926. Disponível em: http://debates.parlamento.pt/Constituicoes_PDF/CRP-1911.pdf (Consultado em outubro 2013)
- Assembleia da República, 2014, *Constituição de 1933*. Disponível em: http://debates.parlamento.pt/Constituicoes_PDF/CRP-1933.pdf (Consultado em março 2014)
- Assembleia da República, 2008, *Parlamento. A Monarquia Constitucional (1820-1910)*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Paginas/AMonarquiaConstitucional.aspx> (Consultado em novembro 2013)
- Assembleia da República, 2008, *Carta Constitucional*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CartaConstitucional.pdf> (Consultado em novembro 2013)
- Assembleia da República, 2008, *Constituição de 1976*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf> (Consultado em novembro 2013)
- Associação dos Amigos da Torre do Tombo, *Junta da Saúde Pública. Instituições do Antigo Regime*. Disponível em: <http://www.aatt.org/site/index.php?op=Nucleo&id=225> (Consultado em novembro 2013)
- Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos (APOGEN), 2014, *Glossário*. Disponível em: http://www.apogen.pt/conteudos/SystemPages/page.asp?art_id=29 (Consultado em fevereiro de 2014)
- BAGANHA, Maria Ioannis; RIBEIRO, Joana Sousa; PIRES, Sónia, 2002, *O Sector da Saúde em Portugal: Funcionamento do Sistema e Caracterização Sócio-Profissional*, Oficina do CES, 182. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/182.pdf> (Consultado em agosto de 2013)
- BANDEIRA, Mário Leston, 1996, *Teorias da população e modernidade: o caso português*. Análise Social, vol. xxxi (135) (1.º), 7-43. Disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223389966U6oIN8wu5Rt70DI3.pdf> (Consultado em dezembro 2012)
- BARROS, Pedro Pita, 1999, *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987 – 1996*. Disponível em: http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apesjan_99.pdf (Consultado em dezembro de 2012)
- BARROS, Pedro Pita; SIMÕES, Jorge de Almeida, 2007, *Portugal. Health system review*, Health Systems in Transition, Volume 9 Nº 5, Editors: Sara Allin; Elias Mossialos, European Observatory on Health Systems and Policies. United Kingdom. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf (Consultado em março 2014)
- BENGTSSON, Tommy (Ed.), 2010, *Population ageing - a threat to the welfare state? The case of Sweden*, Demographic Research Monographs 8. Heidelberg [et al.], Springer (2010). Disponível em: http://www.demogr.mpg.de/en/projects_publications/publications_1904/monographs/population_ageing_a_threat_to_the_welfare_state_the_case_of_sweden_3900.htm & <http://www.demogr.mpg.de/books/drm/008/5.pdf> (Consultado em dezembro 2013)
- BENTES, M., et al., 2004, *Health Care Systems in Transition: Portugal*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: Copenhagen. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/107843/e82937.pdf (Consultado em dezembro 2009)

BONFIM, Catarina de Jesus; GARRIDO, Manuel Martins; SARAIVA, Maria Eugénia; VEIGA, Sofia Mercês, 1996, *Lar para Idosos (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*, Guiões Técnicos Nº 3, Direção-Geral da Ação Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação. Lisboa. Disponível em: http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar_idosos (Consultado em dezembro de 2010)

BORJA-SANTOS, Romana, 2014, *Entrevista: Os cortes serviram para evitar o colapso do sistema de saúde português*, Jornal Publico de 25 de junho de 2014. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/sem-os-cortes-e-provavel-que-todo-o-sistema-de-saude-portugues-tivesse-colapsado-1660341> (Consultado em junho de 2014)

BOURLIÈRE, François; World Health Organization, 1970, *The assesment of biological age in man*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37808/1/WHO_PHP_37.pdf?ua=1 (Consultado em novembro de 2009)

BRANCO, Rui, COSTA, Edna, 2014, *Welfare state, tax expenditures and inequality: Portugal in comparative perspective, 1989-2011*. Atualmente disponível em: <https://ces.confex.com/ces/2015/webprogram/Paper9265.html>. Anteriormente disponível em: www.iseg.ulisboa.pt (Consultado a primeira vez em janeiro 2014)

CARNEIRO, Marinha, 2007, *Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX*, Revista da Faculdade de Letras, História, III Série, vol. 8. Porto. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3360.pdf> (Consultado em fevereiro 2014)

CARNEIRO, Roberto (Coordenação); CHAU, Fernando; SOARES, Cândida; FIALHO, J. A. Sousa; SACADURA, M. J. Sacadura, 2012, *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*, Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa-Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf (Consultado em fevereiro 2013)

CARVALHO, Alexandra Isabel de, 2010, *Transformações Demográficas e Programação de Equipamentos de Saúde em Portugal (2001-2025) – Caso de Estudo “Região do Algarve”*, Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Estatística e Gestão de Informação pelo Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/8813/1/TEGI0267.pdf> (Consultada em janeiro 2013)

CASEY, Bernard; OXLEY, Howard; WHITE HOUSE, Edward; ANTOLIN, Pablo; DUVAL, Romain; LEIBFRITZ, Willi, 2003, *Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reform*, Economics Department working papers, 369. Disponível em: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp\(2003\)23](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=eco/wkp(2003)23) (Consultado em março 2010)

CASTRO, Leonardo, *A Primeira Guerra Mundial (1914-1918)* Disponível em: <http://novahistorianet.blogspot.com/2009/01/primeira-guerra-mundial1914-1918.html> (Consultado em janeiro de 2010)

CASTRO, Leonardo, *O Entre-guerras e a Revolução Russa*. Disponível em: <http://novahistorianet.blogspot.com/2009/01/o-entre-guerras-e-revoluo-russa.html> (Consultado em janeiro de 2010)

CEDRU - Centro de Estudo e Desenvolvimento Regional e Urbano & BCG - Boston Consulting Group, 2008, *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Séniores em Portugal - Relatório Final*. Fundação Aga Khan Portugal. Disponível: http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_estudo%20seniores.pdf (Consultado em janeiro 2013)

CERQUEIRA, Marta Sofia Marques, 2009, *Serviço Médico na Periferia. (1975-1982). Portugal. Desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde?*, Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento, diversidades locais e desafios mundiais, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Disponível em:

https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/2017/1/Tesef_MAIO_09.pdf (Consultado em março de 2014)

Comissão das Comunidades Europeias, 2008, *Livro verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde*. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0725&from=EN> (Consultado em junho de 2010)

Comissão das Comunidades Europeias, 2007, *White Paper-Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*, Bruxelas. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf (Consultado em abril de 2011)

Comissão das Comunidades Europeias, 2002, *Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial. Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento. Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu*. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52002DC0143&from=EN> (Consultado em junho de 2010)

Comissão Europeia, 2014, *Assuntos Económicos e Financeiros. Políticas sobre envelhecimento e o Estado-Providência*. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/index_pt.htm (Consultado em maio de 2014)

Comissão Europeia, 2014, *Indicadores de saúde. Anos de vida saudável*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/index_pt.htm (Consultado em março de 2014)

Comissão Europeia, 2013, *Health care and long-term care*, Economic and Financial Affairs. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/structural_reforms/ageing/health_care/index_en.htm (Consultado em Dezembro de 2013)

Comissão Europeia, 2013, *Anos de vida saudável*, Saúde pública, Indicadores de saúde. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/index_pt.htm (Consultado em agosto de 2013)

Comissão Europeia, 2013, *Programa de saúde. Ação da UE*, Saúde Pública. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_pt.htm (Consultado em novembro 2013)

Comissão Europeia, 2013, *Commission staff working document. Report on health inequalities in the European Union*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/report_healthinequalities_swd_2013_328_en.pdf (Consultado em novembro 2013)

Comissão Europeia, 2013, *Health in all policies. Policy*, Saúde Pública. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/health_policies/policy/index_en.htm (Consultado em novembro 2013)

Comissão Europeia, 2013, *Compreender as políticas da União Europeia: Saúde pública*. Disponível em: http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/pt/public_health_pt.pdf (Consultado em novembro 2013)

Comissão Europeia, 2012, *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*, Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Economic Policy Committee. Ageing Working Group. Disponível em: http://europa.eu/epc/pdf/economic_and_budgetary_projections_for_the_27_eu_member_states_en.pdf (Consultado em março de 2013)

Comissão Europeia, 2012, *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-4_en.pdf (Consultado em agosto de 2013)

Comissão Europeia, 2012, *Aplicação do direito da União Europeia. Infrações*, Secretariado-Geral. Disponível em: http://ec.europa.eu/eu_law/infringements/infringements_pt.htm (Consultado em julho de 2012)

Comissão Europeia, 2012, *Aplicação do direito da União Europeia. Diretivas – Definições*, Secretariado-Geral. Disponível em: http://ec.europa.eu/eu_law/directives/directives_pt.htm (Consultado em julho de 2012)

Comissão Europeia, 2012, *Aplicação do direito da União Europeia. Exerça os seus direitos*, Secretariado-Geral. Disponível em: http://ec.europa.eu/eu_law/your_rights/your_rights_pt.htm (Consultado em julho de 2012)

Comissão Europeia, 2012, *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF (Consultado em abril de 2013)

Comissão Europeia, 2011, *Regulamento do Parlamento Europeu e do Conselho que institui o programa Saúde para o Crescimento, o terceiro programa plurianual de ação da UE no domínio da saúde para o período 2014-2020*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/programme/docs/prop_prog2014_pt.pdf (Consultado em março 2012)

Comissão Europeia, 2009, *2980th Council meeting Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs*, Press releases database. Disponível em: http://europa.eu/rapid/press-release_PRES-09-348_en.htm?locale=en (Consultado em janeiro 2012)

Comissão Europeia, 1999, *Towards a Europe for All Ages-Promoting Prosperity and Intergenerational Solidarity*. Disponível em: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/com221_en.pdf (Consultado em junho de 2010)

Comunidades Europeias, 1985, *Atos relativos à adesão do Reino de Espanha e da República Portuguesa às Comunidades Europeias / Comunidades Europeias*, Jornal Oficial das Comunidades. Disponível em: https://infoeuropa.euocid.pt/opac/?func=service&doc_library=CIE01&doc_number=000037562&line_number=0002&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA (Consultado em janeiro 2010)

COSTA, Fernando Leal da, 2013, *Intervenção do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, na segunda sessão da conferência-debate sobre "O Sistema de Saúde para além de 2014"*, Salão Nobre da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) a 26 de fevereiro. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto & Escola Nacional de Saúde Pública & Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Lisboa. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/saude+alem+2014.htm> (Consultado em fevereiro de 2014)

DAVEY, Adam; MALMBERG, Bo; SUNDSTRÖM, Gerdt, 2013, *Aging in Sweden: Local Variation, Local Control*, The Gerontologist, Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America. Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2013/10/10/geront.gnt124.full.pdf+html> (Consultado em dezembro de 2013)

Direção-Geral da Saúde, 2014, *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2011*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/centros-de-saude-e-unidades-hospitalares-recursos-e-producao-do-sns-2011.aspx> (Consultado em maio 2014)

Direção-Geral da Saúde, 2013, *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> (Consultado em julho de 2013)

Direção Geral da Saúde, 2008, *Pandemia de Gripe. Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010835.pdf> (Consultado em fevereiro de 2015)

Direção-Geral da Saúde, 2006, *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2005*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/centros-de-saude-e-hospitais-recursos-e-producao-do-sns-2005.aspx> (Consultado em maio 2014)

Direção-Geral da Saúde, 2004, *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Circular Normativa N.º: 13/DGCG, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Direção-Geral da Saúde, 2003, *Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e produção do SNS: Ano de 2000*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/centros-de-saude-e-hospitais-recursos-e-producao-do-sns-2000.aspx> (Consultado em maio 2014)

Direção Regional de Estatística da Madeira, 2013, *Estatísticas da Saúde da RAM 2013*. Disponível em: <http://estatistica.gov-madeira.pt/index.php/download-now-3/social-gb/saude-gb/saude-publicacoes-gb/finish/246-saude-publicacoes/2855-estatisticas-da-saude-da-ram-2013-cap-3-hospitais> (Consultado em janeiro 2014)

EDEBALK, Gunnar, 2009, *From poor relief to universal rights - On the development of Swedish old-age care 1900–1950*, Socialhögskolan, Lunds Universitet. Disponível em: <http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordId=1514290&fileId=1514374> (Consultado em dezembro 2013)

Entidade Reguladora da Saúde, 2013, *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/824/Cuidados_continuados.pdf (Consultado em março de 2014)

Entidade Reguladora da Saúde, 2011, *Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/143/Relatorio_Concorrencia_MFR.pdf (Consultado em março 2013)

ESTEVES Pereira, J., 2008, *O Estado Social está em Crise? Algumas reflexões*. Disponível em: <http://www.ste.pt/seminarios/2007/Lisboa3pt/textos/ComunicJoseEstevesPereira.pdf> (Consultado em janeiro 2010)

Europa, 2005, *Towards a Europe for All Ages, Summaries of EU legislation*. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/disability_and_old_age/c11308_en.htm (Consultado em junho de 2010)

European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion & Population Unit of the United Nations Economic Commission for Europe, 2013, *Policy brief: Introducing Active Ageing Index (2013)*. Disponível em: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/VI.+Documentation> (Consultado em novembro 2013)

Eurostat, 2014, *Esperança média de vida à nascença*. Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00025&plugin=1> (Consultado em março 2014)

Eurostat, 2014, *Healthy Life Years (from 2004 onwards)*. Disponível em: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/setupDownloads.do> (Consultado em Abril de 2014)

Eurostat, 2013, *Taxa de mortalidade infantil*. Disponível em: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en (Consultado em março 2014)

FÉLIX BIBEIRO, J. M., 2007, *A globalização, os EUA e a Ásia*, Janus 2007. Disponível em: http://janusonline.pt/2007/2007_2_3.html#dados (Consultado em maio de 2011)

FERRINHO, P., et al., 2006, *Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralisation?*. Disponível em: http://www.ago.pt/attachments/098_hcr_2006.pdf. (Consultado em setembro de 2013)

FERRINHO, Paulo et al., 2006, *Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralisation?*, Revue française des affaires sociales 6/2006 (n°6). p. 297-312. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-6-page-297.htm> (Consultado em março 2014)

FLECK, Marcelo Pio de Almeida, 2000, *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>

FRAGA, Maria do Rosário O. Martins; OLIVEIRA, Daniela; RODRIGUES, Teresa, 2008, *Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison between the 1998-1999 and 2005-2006 Portuguese Health Survey Results*, European Journal of Public Health, Volume 18, Supplement 1. Disponível em: http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1 (Consultado em janeiro 2012)

FUKUSHIMA, Nanna; ADAMI, Johanna; PALME, Mårten, 2010, *The long-term care system for the elderly in Sweden*, ENEPRI Research Report No. 89/June 2010. Disponível em: http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RR%20No%2089%20Sweden.pdf (Consultado em dezembro 2013)

GOLDSTONE, Jack A, 2010. *The New Population Bomb. The Four Megatrends That Will Change the World*. Published on Foreign Affairs. January/February 2010. Disponível em: <http://www.foreignaffairs.com> (Consultado em janeiro de 2010)

GONÇALVES, Cristina; CARRILHO, M^a José, 2007, *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt (Consultado em janeiro de 2010)

Government Offices of Sweden, 2013, *The Swedish model of government administration*. Disponível em: <http://www.government.se/how-sweden-is-governed/the-swedish-model-of-government-administration/> (Consultado em dezembro 2013)

Governo de Portugal, 2012, *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Programa de Ação, 2012 | Portugal*. Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Governo de Portugal, 2011, *Plano de Redução e Melhoria da Administração Central*, Ministério das Finanças. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-das-financas/documentos-oficiais/20110915-premac.aspx> (Consultado em janeiro de 2012)

Governo de Portugal, 2011, *Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condiionalidades de Política Económica*. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf (Consultado em fevereiro de 2012)

Governo de Portugal, 2011, *Apresentação do Programa de Emergência Social*, Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-solidariedade-e-seguranca-social/documentos-oficiais/20110805-programa-emergencia-social.aspx> (Consultado em dezembro de 2012)

Governo de Portugal e Ministério da Saúde, 2014, *Portal da Saúde*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal> (Consultado em dezembro 2014)

GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia1_legis1801_1890.html (Consultado em novembro 2013)

GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1890-1925: A modernização falhada*, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historial legis1890_1926.html (Consultado em novembro 2013)

GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1926-1974: A modernização bloqueada*, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historial legis1926_1974.html Consultado em novembro 2013) (Consultado em novembro 2013)

HelpAge International network, 2013, *Global AgeWatch Index 2013*. Disponível em: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/> (Consultado em novembro 2013)

HJORTSBERG, Catharina; GHATNEKAR, Ola, 2001, *Health Care Systems in Transition. Sweden*, European Observatory on Health Care Systems. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/96410/E73430.pdf (Consultado em dezembro 2013)

HSU, Chia-Chien; SANDFORD, Brian A., 2007, *The Delphi Technique: Making Sense Of Consensus, Practical Assessment, Research & Evaluation*, Volume 12, Number 10. Disponível em: <http://pareonline.net/pdf/v12n10.pdf> (Consultado em dezembro 2010)

HUISMAN, M. (MARTIJN), et al. (2004). *Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations*. Journal of Epidemiology and Community Health. <http://repub.eur.nl/pub/8383>

Infoeuropa, 2010, *Versões consolidadas do Tratado da União Europeia e do Tratado sobre o funcionamento da União Europeia : Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. Disponível em: https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=service&doc_library=CIE01&doc_number=000045566&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA (Consultado em dezembro 2010)

Instituto de Ciências da Saúde, 2012, *Aumento da Esperança Média de Vida vs. Qualidade de Vida. Situação dos Idosos em Portugal. "Ciência, Saúde... e os meus avós!"*. Disponível em: http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/Licenciaturas/Lic_Enfarmagem/Premio_Ciencia_e_Saude/Ensaio_2012/Ensaio_53.pdf (Consultado em janeiro 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Beneficiárias/os do complemento solidário para idosos da segurança social (N.º) por Sexo; Anual - Instituto de Informática, I.P.*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006714&contexto=pgi&selTab=tab10 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência (à data dos Censos 2011) e Sexo; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006731&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultados em fevereiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados, Taxa de risco de pobreza (Antes de qualquer transferência social - %) por Sexo e Grupo etário; Anual - INE, ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004208&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados, Taxa de risco de pobreza (Após transferências sociais - %) por Sexo e Grupo etário; Anual - INE, ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004206&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por algumas doenças infecciosas e parasitárias por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005084&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005091&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por diabetes mellitus por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005085&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005088&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005086&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho digestivo por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005092&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005089&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005087&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por pneumonia por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005090&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumores malignos por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005069&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da mama feminina por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005076&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005074&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da próstata por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005079&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno do cólon e recto por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005072&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumores malignos dos órgãos geniturinários por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005077&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005068&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doença de Alzheimer por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005114&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Existência de serviço de urgência básica - SUB ou serviço de atendimento permanente ou prolongado - SAP (Sim/ Não); Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007764&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Existência de serviço domiciliário (Sim/ Não); Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007765&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Extensões (Série 1993-2011 - N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000910&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Hospitais (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Natureza institucional; Anual.* Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000358&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Hospitais (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Modalidade; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007539&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Hospitais oficiais públicos (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Modalidade; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007540&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Pessoal ao serviço (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Tipo de pessoal ao serviço; Anual - INE, Inquérito aos hospitais.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0002909&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2013, *Taxa bruta de natalidade (%o) por Local de residência; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000596&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2013, *Esperança média de vida à nascença e esperança de vida saudável, por género.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_modulo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_texto=esperan%C3%A7a+m%C3%A9dia+de+vida+saud%C3%A1vel&frm_imgPesquisar (Consultado em julho de 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2013, *Índice sintético de fecundidade (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000095&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2013, *Óbitos (N.º) por Sexo e Causa de morte; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001675&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Estatística, 2013, *Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Tipo de serviço; Anual.* Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0002923&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em Novembro 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2013, *Estrutura etária da população residente, Portugal, 1991, 2001 e 2011.* Disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D161892266%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=3rNwVLO8MivfaPfaghA&usg=AFQjCNGbcaUJ_auRlnpNoDXtRCw5gT4eAA&bvm=bv.80185997.d.cGU (Consultado em março 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos.* Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2 (Consultado em janeiro 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2012, *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal.* Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu

[&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](#) (Consultado em janeiro 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2010, *Sobre a pobreza, as desigualdades e a privação material em Portugal*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=100334100&PUBLICACOESmodo=2 (Consultado em março 2013)

Instituto Nacional de Estatística, 2009, *Taxa de analfabetismo (%) por Local de residência e Sexo; Decenal - INE, Censos - séries históricas*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0002196&contexto=bd&selTab=tab2 (Consultado em janeiro 2014)

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015, *Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe*. Pag.10. Disponível em: <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Documents/Gripe2.pdf> (Consultado em fevereiro 2015)

JOUNG, I.M.A.; KUNST, A.E.; IMHOFF, E.; MACKENBACK, J.P., 2000, *Education, Aging, and health: to what extent can the rise in educational level relieve the future health care burden associated with population aging in the Netherlands?* Journal of Clinical Epidemiology, 53. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435699002322> (Consultado em janeiro 2012)

KINSELLA, Kevin; PHILIPS, David R., 2005, *Global Aging: The Challenge of Success*. Population Bulletin Vol. 60, No. 1. Population Reference Bureau. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf> (Consultado em dezembro 2009)

LEAL, Carla Manuela da Silva, 2008, *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*, Universidade dos Açores. Disponível em: <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/atas/Carla%20Leal.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

LEÃO, Carla, 2012, *Envelhecimento Demográfico e Saúde. Desafio para a Segurança Sanitária em Portugal*, Trabalho de Investigação Final do Curso de Defesa Nacional, Instituto de defesa Nacional. Disponível em: http://www.cepese.pt/portal/pt/investigacao/working-papers/populacao-e-prospectiva/envelhecimento-demografico-e-saude.-desafio-para-a-seguranca-sanitaria-em-portugal/WP_CEPESSE_TIF_Carla%20Leao_CDN_2010_2011.pdf (Consultado em janeiro 2013)

LEÃO, Carla, 2012, *Envelhecimento Demográfico e Saúde: desafio para a Segurança Sanitária em Portugal*, Livro de Atas do I Congresso Internacional do OBSERVARE, As Tendências Internacionais e a posição de Portugal. Universidade Autónoma de Lisboa | Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: http://observare.ual.pt/conference/images/stories/conference%20images%20pdf/S1/Carla_Leao.pdf (Consultado em janeiro de 2013)

LEÃO, Carla; ATAÍDE, Ânia; REVÉS, Mafalda; MARQUES, Melisa; PONTE, Soraia, 2011, *Globalização do envelhecimento – O caso português*, Working Paper, CEPESE. Disponível em: http://www.cepese.pt/portal/investigacao/working-papers/populacao-e-prospetiva/globalizacao-do-envelhecimento2013-o-caso-portugues/glob-envelhecimento-portugal_publicaassapso-cepese (Consultado em janeiro 2012)

LEÃO, Carla, 2011, *Envelhecimento e nível de instrução. Efeitos na saúde da população e nas políticas de saúde e bem-estar em Portugal. Séc. XX e início Séc. XXI. (Preâmbulo)*, Publicação no livro de resumos da VII Conferência Estatística & Qualidade na Saúde- EQS 2011. Disponível em: http://www.cepese.pt/portal/pt/investigacao/artigos/Artigo_EQS_2011.pdf (Consultado em fevereiro 2012)

LOPES, Octávio Gonçalves, 1987, *Planeamento em saúde, para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal*, Revista Crítica de Ciências Sociais, nº. 23. Lisboa. Disponível em: www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=326 (Consultado em março de 2014)

MACKENBACH, J., 2006, *Health inequalities: Europe in profile*, Independent Expert Report, Estrasburgo, European Commission. Disponível em:

http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf (Consultado em novembro de 2010)

MADUREIRA, César (coordenação); RODRIGUES, Miguel; ASENSIO, Maria, 2013, *Análise da evolução das estruturas da administração pública central portuguesa decorrente do PRACE e do PREMAC*, Direção-Geral da Administração e do Emprego Público. Disponível em: http://www.dgaep.gov.pt/upload/Estudos/Evolucao_estruturas_AP_Web.pdf (Consultado em janeiro de 2014)

MALTEZ, José Adelino, 2004, *Repertório Português de Ciência Política. 1868*. Respublica, Edição eletrônica. Disponível em: <http://maltez.info/respublica/Cepp/cronologias/1868.htm> (Consultado em dezembro de 2013)

MEIRELES, Catarina, 2008, *Níveis de Prevenção em Saúde*, Portal de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/NiveisPrevencao.htm> (Consultado em janeiro 2011)

Ministério da Saúde, Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, 2012, *Atendimento das situações de doença aguda em cuidados de saúde primários e interligação com a Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/27-interfasesiii-abordagensistmicadoatendimentodassituaesagudaseurgentes_gt-dcsp_2012.09.30.pdf (Consultado em fevereiro 2013)

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004, *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Vol. I – Prioridades. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-saude-2004-20101.aspx> (Consultado em setembro de 2010)

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004, *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Circular Normativa nº 13/DGCG de 02/07/2004. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf> (Consultado em Outubro 2009)

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004, *Despacho Ministerial de 15 de junho de 2004. Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Disponível em: <http://www.aped-dor.com/up/APED-Compilacao/LEGISLACAO/DGS/PROGRAMAS%20NACIONAIS/DGS-ProgramaNacionalCuidadosPaliativos-2004.pdf> (Consultado em dezembro de 2009)

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2004, *Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 de julho de 2004*. Disponível em: http://www.hsm.min-saude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidado%20Paliativos.pdf (Consultado em dezembro de 2009)

Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2002, *Circular Normativa nº8/DSPCS de 25 de junho de 2002*. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/0F0689E2-F4D1-40CF-B6EE-E42EB0078564/0/005616.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Ministério da Saúde, 1999, *Saúde, um compromisso – a Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)*. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/saude%20um%20compromisso/saude%20um%20compromisso%20pag%20008-020.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*, Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a%2Bsaude%2Bem%2Bportugal/servico%2Bnacional%2Bde%2Bsaude/historia%2Bdo%2Bsns/historiadosns.htm>. (Consultado em abril de 2011)

Ministério da Saúde, Portal da Saúde, *Declaração de Alma-Ata. Saúde Para Todos no Ano 2000*, Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm (Consultado em abril de 2011)

NAZARETH, J. Manuel, 1985, *A demografia portuguesa do século XX: principais linhas de evolução e transformação*. *Análise Social*, vol. XXI (87-88-89), 3º-4º-5º, 963-980. Disponível em:

<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223479895G0nRM2du9Tv18QW4.pdf> (Consultado em setembro 2013)

NILSSON, Anders, *Primary health care in Sweden*, European Union of General Practitioners (UEMO). Disponível em: <http://www.uemo.eu/national-sections/13-sweden.html> (Consultado em janeiro 2014)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2014, *Saúde síndrome de negação. Relatório de Primavera 2014*. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf> (Consultado em junho de 2014)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003, *Evolução do sistema de saúde*. Disponível em: <http://www.observaport.org/node/141> (Consultado em março 2014)

Observatório Português de Sistemas de Saúde, 2002, *RELATÓRIO DE PRIMAVERA DE 2002. "O estado da Saúde e a saúde do Estado"*. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2002_OPSS.pdf (Consultado em fevereiro 2013)

OCDE, 2013, *Health at a Glance 2013 OECD INDICATORS*. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> (Consultado em março 2013)

OECD Observer, 2004, *Health and the economy: A vital relationship*. Disponível em: http://www.oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship.html (Consultado em março 2013)

OLANO, C. Fernandez; TORRES, H.J.D. Lopez; DIAZ, R. Cerda; GALLEGO, M. Requena; CASCALES, L. A. Urbistondo; PUIME, 2008, *Factors associated with health care utilization by elderly in a public health care system*, Health Policy, 75. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961181> (Consultado em janeiro 2012)

OLIVEIRA, Paulo, 2004, *Qualidade de vida e a saúde num mundo globalizado: uma questão de rendimentos?*, Fórum Sociológico n.ºs 11/12 (2.ª Série), CESNOVA. Disponível em: http://forumsociologico.fcs.unl.pt/PDF/FS11-12-Art_13.pdf (Consultado em janeiro 2010)

Ordem dos Enfermeiros, 2012, *Dados estatísticos*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/files/assets/basic-html/page6.html (Consultado em janeiro 2014)

Organização das Nações Unidas, 2009, *Population Ageing and Development 2009*. Disponível em: <http://social.un.org/index/LinkClick.aspx?fileticket=nq31yJeJiPc%3d&tabid=502> (Consultada em julho de 2011)

Organização das Nações Unidas, 2002, *Report of the Second World Assembly on Ageing*. Disponível em: http://c-fam.org/docLib/20080625_Madrid_Ageing_Conference.pdf (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 2002, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. Disponível em: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 1996, *Resolução 50/141 de 30 de janeiro de 1996*. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/50/ares50-141.htm> (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 1992, *Proclamation on Ageing*. Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/resolutions/47/5GA1992.html> (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 1991, *Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de Dezembro de 1991. Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*. Disponível em: http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm (Consultado em março de 2010)

Organização das Nações Unidas, 1991, *United Nations Principles for Older Persons*. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm> (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 1983, *Vienna International Plan of Action on Ageing*. Disponível em: <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf> (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 1978, *Resolução 33/52 de 14 de dezembro de 1978*. Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/res/33/ares33r52.pdf> (Consultado em Novembro de 2009)

Organização das Nações Unidas, 1973, *Resolução 3137 de 14 de dezembro de 1973*. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/282/09/IMG/NR028209.pdf?OpenElement> (Consultado Novembro 2009)

Organização das Nações Unidas, 1971, *Resolução 2842 de 18 de dezembro de 1971*. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/328/58/IMG/NR032858.pdf?OpenElement> (Consultado Novembro 2009)

Organização das Nações Unidas, 1969, *Declaration on Social Progress and Development*. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/256/76/IMG/NR025676.pdf?OpenElement> (Consultado Novembro 2009)

Organização Mundial da Saúde, 2013, *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/index.html (Consultado em julho de 2013)

Organização Mundial da Saúde, 2013, *The European health report 2012: charting the way to well-being*. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf (Consultado em Setembro 2013)

Organização Mundial da Saúde, 2011, *Global health and ageing*. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/ (Consultado em janeiro de 2012)

Organização Mundial da Saúde, 2012, *Health 2020: the European policy for health and well-being*. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020> (Consultado em dezembro 2013)

Organização Mundial da Saúde, 2010, *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010)*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/846EF60A-9D55-458B-BBFB-2BD1E03BAD4A/0/WHOEvaluationNHPFinalMarch16.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Organização Mundial da Saúde, 2008, *Atlas of Health in Europe. 2nd Edition 2008*, World Health Organization. Regional Office in Europe. Dinamarca. Disponível em: <http://www.who.int/Document/E91713.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Organização Mundial da Saúde, 2008, *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (Consultado em janeiro de 2010)

Organização Mundial da Saúde, 2008, *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, 2ª edição, Genebra. Disponível em: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado em 10/03/2011)

Organização Mundial da Saúde, 2000, *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf (Consultado em março 2012)

Organização Mundial da Saúde, 1978, *Declaração de Alma-Ata. Saúde Para Todos no Ano 2000*, Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão. URSS. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf (Consultado em março 2010)

Organização Mundial da Saúde, 1974, *Planning and Organization of Geriatric Services*. Report of WHO Expert Committee. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_548.pdf (Consultado em Novembro de 2009)

Organização Mundial da Saúde, 1946, *Constitution of the World Health Organization*. Nova Iorque. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> (Consultada em julho de 2012)

Parlamento Europeu e o Conselho da União Europeia, 2011, *Decisão n.º 940/2011/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de Setembro de 2011 sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações* (2012). Disponível em: <http://www.igfse.pt/upload/docs/2011/Decis%C3%A3o%20n%C2%BA%20940-2011.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Parlamento Europeu e Conselho Europeu, 2007, *DECISION N.º 1350/2007/EC OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13)*. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF> (Consultado em outubro de 2011)

PELETEIRO, Manuela; MARQUES, Rita; GALHARDO, Teresa, 2004, *Uma análise crítica das orientações Estratégicas 2004 / O Plano Nacional de Saúde Português*, Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Plano-Nacional-de-Saude.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

PEREIRA, David Oliveira Ricardo, 2011, *A assistência pública e a Separação: novos modelos, práticas antigas*, Congresso Internacional de História Religião, Sociedade e Estado: 100 anos de Separação. Academia.edu. Disponível em: https://www.academia.edu/1567109/A_assistencia_publica_e_a_Separacao_novos_modelos_praticas_antigas (Consultado em outubro 2013)

PEREIRINHA, José António; CAROLO, Daniel Fernando, 2006, *Construção do Estado-providência em Portugal no período do Estado- Novo (1935- 1974): notas sobre a evolução da despesa social*, CISEP/ISEG. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2652/1/wp302006.pdf> (Consultado em novembro 2013)

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, 2012, *World Population Prospects, the 2012 Revision*. Disponível em: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm (Consultado em: fevereiro 2013)

Population Reference Bureau, 2013, *2013 World population data sheet*. Disponível em: http://www.prb.org/pdf13/2013-population-data-sheet_eng.pdf (Consultado em janeiro 2014)

Population Reference Bureau Staff, 2009. *World Population Highlights: Key Findings From PRB'S 2009 World Population Data Sheet*, Population Bulletin, Vol.64,Nº3, setembro 2009. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em janeiro 2010)

Population Reference Bureau. Sanderson, Warren, Scherbov, Sergei, 2008, *Rethinking Age and Aging*. Population Bulletin, Vol.63,Nº4, dezembro 2008. Washington. Disponível em: www.prb.org (Consultado em janeiro 2010)

Population Reference Bureau Staff, 2005. *Global Aging: The Challenge of Success*, Population Bulletin, Vol.60,Nº1, março 2005. Washington. Disponível em: <http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf> (Consultado em janeiro 2010)

Population Reference Bureau Staff, 2004. *Transitions in World Population*. Population Bulletin, Vol.59,Nº1, março 2004. Washington. Disponível em: <http://www.prb.org/source/ACFFF4.pdf> (Consultado em janeiro 2010)

Population Reference Bureau Staff, 1999, *World Population Beyond Six Billion*. Population Bulletin, Vol.54, Nº1, março 1999. Washington. Disponível em: <http://www.prb.org/Source/ACFAC54.pdf> (Consultado em janeiro 2010)

Population Reference Bureau Staff, 1999. *Population and Health: An Introduction to Epidemiology*, Population Bulletin, Vol.54,Nº4, dezembro 1999. Washington. Disponível em: <http://www.prb.org/source/54.4pophealthepidemiology.pdf> (Consultado em janeiro 2010)

- PORDATA, 2014, *Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (Consultado em dezembro 2014)
- PORDATA, 2014, *Taxa real de escolarização em Portugal*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+real+de+escolariza%C3%A7%C3%A3o-987> (Consultado em janeiro 2014)
- PORDATA, 2014, *Índice sintético de fecundidade*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (Consultado em: janeiro de 2014)
- PORDATA, 2013, *Glossário*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/> (Consultado em: janeiro 2014)
- PORDATA, 2013, *Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade*. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (Consultado em janeiro 2014)
- PORDATA, 2013, *Óbitos por algumas causas de morte (%) em Portugal*. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentagem\)-758](http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentagem)-758) (Consultado em setembro 2013)
- Portal da Saúde, 2013, *Nota do Ministério da Saúde sobre o relatório da OCDE "Health at a Glance 2013"*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/relatorio+ocde+mmxiii.htm> (Consultado em março de 2014)
- Portal da Saúde, 2010, *OMS avalia Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/3/oms+pns.htm> (Consultado em maio de 2013)
- PRAÇA, Maria Isabel Fernandes, 2012, *Qualidade de vida relacionada com a saúde: a perspetiva dos utentes que frequentam os Centros de Saúde do ACES Trás-os-Montes I Nordeste*, Dissertação apresentado no âmbito do Mestrado Gestão das Organizações Ramo da Saúde, APNOR-Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3612/1/tese%20final%20Fevereiro.pdf> (Consultado em julho 2013)
- RAMOS, Francisco, 2005, *EPE ou SA – Descodificar os Hospitais*, Artigo de opinião do Secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, publicado no jornal Expresso, de 10 de Abril de 2005, Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigo+s+de+imprensa/epeousa.htm> (Consultado em fevereiro de 2011)
- RAMOS, Vítor, 1987, *O ressurgimento da medicina familiar*, Revista Crítica de Ciências Sociais nº 23. Disponível em: <http://www.ces.fe.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/23/Vitor%20Ramos%20-%20O%20Ressurgimento%20da%20Medicina%20Familiar.pdf> (Consultado em fevereiro 2013)
- RECHEL, Bernd; DOYLE, Yvonne; GRUNDY, Emily; MCKEE, Martin, 2009, *How can health systems respond to population ageing?*, World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf?ua=1 (Consultado em maio de 2010)
- RIBEIRO, J. M. Félix, 2007, *A globalização, os EUA e a Ásia*, Janus 2007. Disponível em: http://janusonline.pt/2007/2007_2_3.html#dados (Consultado em: 05/01/2011)
- RODRIGUES, Ana Paula Gato R. Polido, 2013, *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: o papel da enfermagem 1926-2002*, Tese de Doutoramento em Saúde Pública Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Publica-Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <file:///C:/Users/FRANCISCO/Downloads/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Ana%20Paula%20Gato.pdf> (Consultado em janeiro 2014)

ROSEIRA, Maria de Belém, 1999, *Saúde um compromisso. Estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Introdução, Revisão de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/saude%20um%20compromisso/saude%20um%20compromisso%20pag%20008-020.pdf> (Consultado em março de 2013)

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2012, *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. História*. Disponível em: http://www.scml.pt/pt-PT/areas_de_intervencao/saude/centro_de_medicina_de_reabilitacao_de_alcoitao/historia/ (Consultado em abril de 2011)

SANTOS, Boaventura de Sousa, 2012, *O Estado social, Estado providência e de bem-estar*. Disponível em: <http://www.dn.pt/opiniao/opiniao-dn/convidados/interior/o-estado-social-estado-providencia-e-de-bemestar-2968300.html> (Consultado em janeiro 2013)

SANTOS, Boaventura de Sousa, 1987, *O Estado, a sociedade e as políticas sociais. O caso das políticas de saúde*, Revista Crítica de Ciências Sociais, nº23. http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/Estado_Sociedade_Politicais_Sociais_RCCS23.PDF (Consultado em dezembro 2012)

SARAIVA, 2005 *Revolução Industrial e Crescimento Demográfico*. Disponível em <http://www.geomundo.com.br/geografia-30184.htm> (Consultado em janeiro de 2010)

Serviço Regional de Estatística dos Açores, 2013, *Estatísticas da Saúde*. Disponível em: <http://estatistica.azores.gov.pt/upl/%7Bc31c3f33-8ea2-4719-a82b-368fe30d46c1%7D.pdf> (Consultado em janeiro 2014)

SKULMOSKI, Gregory J.; HARTMAN, Francis T.; KRAHN, Jennifer, 2007, *The Delphi Method for Graduate Research*, Journal of Information Technology Education vol. 6. Disponível em: <http://www.jite.org/documents/Vol6/JITEv6p001-021Skulmoski212.pdf> (Consultado em dezembro 2010)

SOMOS, SUCH, 2010, *SUCH Serviço de Utilização Comum dos Hospitais 40 anos*. Disponível em: http://www.somos.pt/Publicdocs/publications/Livro_40_Anos_do_SUCH.pdf (Consultado em abril de 2010)

SOUSA, Fernando Alberto Pereira de, 1979, *A população portuguesa nos inícios do século XIX*, Dissertação de Doutoramento em História moderna e contemporânea, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10839/2/N566TD01PFERNANDOSOUSA000068919.pdf>

SOUSA, Rainer. *Primeira Guerra Mundial - História da Primeira Guerra Mundial*. Disponível em: <http://www.historiadomundo.com.br/idade-contemporanea/primeira-guerra-mundial.htm> (Consultado em janeiro de 2010)

SUBTIL, Carlos Lousada; VIEIRA, Margarida, 2012, *Os Tratados de Polícia, fundadores da moderna saúde pública (1707-1856)*, Revista de Enfermagem Referência vol.serIII nº7. Coimbra. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832012000200019&script=sci_arttext (Consultado em novembro 2013)

SWEDEN.SE,(sd), *Elderly care in Sweden*. Disponível em: <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/> (Consultado em janeiro 2014)

The National Board of Health and Welfare, (sd), *The Swedish Disability Policy*. Disponível em: <http://www.socialstyrelsen.se/disability> (Consultado em janeiro 2014)

TORRES, Adelino, 1995. *Demografia e Desenvolvimento: Elementos Básicos*. Gradiva. Lisboa. Disponível em: <http://www.adelinotorres.com/trabalhos/Demografia%20e%20Desenvolvimento.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

União Europeia. *A História da união europeia*. Disponível em: http://europa.eu/abc/history/index_pt.htm (Consultado em janeiro de 2008)

União Europeia. *Uma Europa pacífica – Início da cooperação*. Disponível em: http://europa.eu/abc/history/1945-1959/index_pt.htm – 1945 -1959 (Consultado em janeiro de 2008)

União Europeia. *Tratado que institui a Comunidade Económica Europeia ou Tratado CEE – texto original*. Disponível em: http://europa.eu/scadplus/treaties/eec_pt.htm (Consultado em janeiro de 2008)

União Europeia, *Uma Europa sem fronteiras*. Disponível em: http://europa.eu/abc/history/1990-1999/index_pt.htm – 1990 – 1999. (Consultado em janeiro de 2008)

União Europeia, *O Tratado em poucas palavras*. Disponível em: http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/index_pt.htm (Consultado em janeiro de 2008)

United Nations Human Rights, 2014, *Human rights of older persons*. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/Pages/OlderPersonsIndex.aspx> (Consultado em Novembro de 2009)

VIEGAS, Valentino; FRADA, João; MIGUEL, José Pereira, 2006, *A Direção-Geral da Saúde. Notas Históricas*, Direção-Geral da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-direccao-geral-da-saude-notas-historicas.aspx> (Consultado em dezembro 2013)

ZWEIFEL, P.; FELDER, S.; MEIERS, M., 1999, *Ageing of Population and health care expenditures: a red herring?* Health Economics, 8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10544314> (Consultado em janeiro 2012)

Legislação

Diário da República, 1911, *Decreto com força de Lei de 9 de fevereiro de 1911*, Ministério do Interior. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s%5C1911%5C02%5C03300%5C04850486.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1911, *Decreto de 22 de fevereiro de 1911*, Ministério do Interior. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1911/02/04500.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1911, *Decreto de 25 de maio de 1911*, Governo Provisório da Republica, Ministério do Interior. Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1911/05/12200.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1914, *Decreto nº 1137 de dezembro de 1914*, Ministério do Interior - Direção Geral de Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1914/12/22600/13541355.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1916, *Lei nº 494 de 16 de março de 1916*, Presidência da Republica. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1916/03/05103/02630264.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1918, *Decreto nº 4:563 de 9 de julho de 1918*, Secretaria de Estado do Interior. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1918/07/15500.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1919, *Decreto nº 5636 de 10 de maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10251034.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1919, *Decreto 5637 de 10 de maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10341039.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1919, *Decreto nº 5638 de 10 de maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10391044.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1919, *Decreto nº 5640 de 10 de maio de 1919*, Ministério do Trabalho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09808/10471060.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1919, *Decreto nº 5727 de 10 de maio de 1919*, Ministério das Colónias - Direção Geral Militar. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1919/05/09811/11431145.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1922, *Decreto nº 8364 de 25 de agosto de 1922*, Ministério do Trabalho - Direção Geral do Trabalho - Repartição Técnica do Trabalho - 1.ª Secção. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1922/09/18100/09320946.pdf> Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1925, *Decreto 11267 de 25 de novembro de 1925*, Presidência do Ministério. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1925/11/25500/16191627.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1926, *Decreto 12371 de 24 de setembro de 1926*, Ministério da Instrução Pública - Direção Geral da Saúde. Disponível em : <https://dre.pt/pdf1sdip/1926/09/21300/14091410.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1926, *Decreto 12477 de 12 de outubro de 1926*, Ministério da Instrução Pública - Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1926/10/22700.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1927, *Decreto 13166 de 28 de janeiro de 1927*, Ministério da Instrução Pública - Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1927/02/03400/02370241.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1927, *Decreto 13700 de 31 de maio de 1927*, Presidência do Ministério. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1927/05/11100/08650865.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1928, *Decreto 16265 de 18 de dezembro de 1928*, Ministério do Interior - Direção Geral de Saúde - Repartição de Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1928/12/29400/25692570.pdf> (Consultado em setembro de 2013)

Diário da República, 1935, *Decreto-Lei 25936 de 12 de outubro de 1935*, Ministério do Interior - Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1935/10/23700/14771478.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1937, *Decreto-Lei 27610 de 1 de abril de 1937*, Ministério do Interior - Direção Geral de Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1937/04/07500/02960297.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1940, *Diário do Governo de 10 de julho de 1940. Série I, nº158*, Ministério dos Negócios Estrangeiros-Secretaria Geral. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1940/07/15800.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1941, *Decreto-Lei 31666 de 22 de novembro de 1941*, Ministério do Interior - Secretaria Geral. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1941/11/27302/11341137.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1942, *Decreto-Lei 31913 de 12 de março de 1942*, Ministério do Interior - Secretaria Geral. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1942/03/05800/02280230.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1944, *Lei nº 1998 de 15 de maio de 1944*, Ministério do Interior. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1944/05/10200/04330437.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1945, *Lei n.º 2006 de 11 de abril de 1945*, Presidência da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1945/04/07700/02410243.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1945, *Decreto-Lei n.º 35108 de novembro de 1945*, Ministério do Interior - Subsecretariado de Estado da Assistência Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1945/11/24700/08990922.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1946, *Lei n.º 2011 de 11 de abril de 1946*, Presidência da República - Secretaria. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1946/04/07000/02010204.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1946, *Decreto-Lei n.º 35611 de 25 de abril de 1946*, Presidência do Conselho - Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1946/04/08900/03010304.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1947, *Decreto-Lei n.º 36406 de 10 de julho de 1947*, Ministério dos Negócios Estrangeiros - Direção Geral dos Negócios Económicos e Consulares. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1947/07/15700/06430644.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1948, *Aviso de 1 de julho de 1948*, Ministério dos Negócios Estrangeiros - Direção-Geral dos Negócios Económicos e Consulares. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1948/07/15100.pdf> (Consultado em agosto de 2013)

Diário da República, 1953, *Decreto-Lei n.º 39:143 de 2 de maio de 1953*, Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1953/05/09000.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1958, *Decreto-Lei n.º 41825 de 13 de agosto de 1958*, Presidência do Conselho. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1958/08/17700/08900890.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1961, *Decreto n.º 43853 de 10 de agosto de 1961*, Ministério da Saúde e Assistência - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1961/08/18500/09950996.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1962, *Lei n.º 2115 de 18 de junho de 1962*, Presidência da República - Secretaria. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1962/06/13800/08290833.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1963, *Decreto-Lei n.º 45002 de 27 de abril de 1963*, Ministério das Finanças - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1963/04/10000/04290431.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1963, *Lei n.º 2120 de 19 de julho de 1963*, Presidência da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1963/07/16900/09690973.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1964, *Lei n.º 2123 de 14 de dezembro de 1964*, Presidência da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1964/12/29100/17731775.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1965, *Decreto-Lei n.º 46668, de 24 de novembro de 1965*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1965/11/26700/15311532.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1968, *Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1968/04/10100/05990612.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1968, *Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1968/04/10100/06120626.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1970, *Decreto-Lei n.º 265/70 de 12 de junho de 1970*, Ministérios do Interior e das Comunicações. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1970/06/13600/07700771.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1970, *Decreto-Lei n.º 446/70, de 23 de setembro de 1970*, Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1970/09/22101/00190023.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1971, *Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro de 1971*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <http://www.dre.pt/sug/1s/diplomas-lista.asp> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 1971, *Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro de 1971*, Ministério da Saúde e Assistência. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1971/09/22800/14341445.pdf>. (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 1971, *Decreto-Lei n.º 511/71 de 22 de novembro de 1971*, Ministérios do Interior e da Saúde e Assistência. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1971/11/27400/17881790.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 1973, *Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro de 1973*, Presidência do Conselho. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1973/11/25901/00010001.pdf>. (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 1974, *Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio de 1974*, Junta de Salvação Nacional. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1974/05/11300/06230627.pdf> (Consultado em dezembro de 2012)

Diário da República, 1974, *Decreto-Lei n.º 589/74, de 6 de novembro de 1974*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1974/11/25800/13381339.pdf> (Consultado em dezembro de 2012)

Diário da República, 1974, *Decreto-Lei n.º 704/74 de 7 de dezembro de 1974*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1974/12/28501/00050006.pdf> (Consultado em dezembro de 2012)

Diário da República, 1975, *Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de setembro de 1975*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1975/09/20400/13051306.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1975, *Decreto-Lei n.º 618/75, de 11 de novembro de 1975*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1975/11/26100/17881788.pdf> (Consultado em dezembro de 2012)

Diário da República, 1976, *Decreto n.º 534/76 de 8 de julho de 1976*, Ministérios da Administração Interna, das Finanças e dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1976/07/15800/14961497.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 1976, *Decreto-Lei n.º 580/76 de 21 de julho de 1976*, Ministério dos Assuntos Sociais - Gabinete do Ministro. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1976/07/16900/16271627.pdf> (Consultado em dezembro de 2012)

Diário da República, 1977, *Decreto-Lei n.º 129/77 de 2 de abril de 1977*. Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1977/04/07800/06830686.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1977, *Decreto Regulamentar n.º 30/77 de 20 de maio de 1977*. Ministério dos Assuntos Sociais - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1977/05/11700/11531160.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1979, *Decreto-Lei n.º 266/79 de 2 de agosto de 1979*. Conselho da Revolução. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1979/08/17700/17711774.pdf> (Consultado em dezembro de 2009)

Diário da República, 1979, *Decreto-Lei n.º 373/79 de 8 de setembro de 1979*. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios da Administração Interna, das Finanças, da Coordenação Social e dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1979/09/20800/22402244.pdf> (Consultado em outubro de 2013)

Diário da República, 1979, *Lei n.º56/79, de 15 de setembro de 1979*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1979/09/21400/23572363.pdf> (Consultado em dezembro de 2009)

Diário da República, 1979, *Despacho Normativo n.º 386/79 de 31 de dezembro de 1979*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1979/12/30008/01900193.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1980, *Resolução n.º1/80 de 10 de janeiro de 1980*, Presidência do Conselho de Ministros - Gabinete do Primeiro-Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1980/01/00800/00270027.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 1980, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/80 de 11 de março de 1980*, Presidência do Conselho de Ministros - Gabinete do Primeiro-Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdfgratis/1980/03/05900.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 1980, *Decreto-Lei n.º81/80 de 19 de abril de 1980*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1980/04/09200/07830784.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 1980, *Decreto-Lei n.º 248/80 de 24 de julho de 1980*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1980/07/16900/18411842.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1980, *Portaria n.º709/80 de 23 de setembro de 1980*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Departamento de Recursos Humanos. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1980/09/22000/28812885.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1981, *Decreto-Lei n.º 234/81 de 3 de agosto de 1981*, Ministérios da Defesa Nacional, das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1981/08/17600/19831995.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 1981, *Portaria n.º767/81 de 7 de setembro de 1981*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1981/09/20500/23882390.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1981, *Decreto-Lei n.º305/81 de 12 de novembro de 1981*, Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1981/11/26100/29983004.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 1982, *Lei Constitucional n.º1/82 de 30 de setembro de 1982*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1982/09/22700/31353206.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n.º371/82 de 19 de setembro de 1982*, Ministérios das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/375686> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n.º357/82 de 6 de setembro de 1982*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1982/09/20600/26452645.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n.º310/82 de 3 de agosto de 1982*, Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1982/08/17700/22832298.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1982, *Decreto-Lei n.º254/82 de 29 de junho de 1982*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1982/06/14700/18971900.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1982, *Portaria n.º539/82 de 29 de maio de 1982*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1982/05/12200/14731474.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1983, *Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro de 1983*, Ministério dos Assuntos Sociais, Secretaria de Estado da Segurança Social. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1983/02/04600/06430656.pdf> (Consultado em dezembro de 2010)

Diário da República, 1983, *Decreto-Lei n.º 139/83 de 28 de março de 1983*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1983/03/07200/10371037.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1983, *Despacho Normativo n.º97/83 de 22 de abril de 1983*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1983/04/09300/14391453.pdf> (Consultado em setembro 2010)

Diário da República, 1983, *Portaria n.º520/83 de 4 de maio de 1983*, Ministério dos Assuntos Sociais. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1983/05/10200/15841585.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1983, *Portaria n.º 778/83 de 23 de julho de 1983*, Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1983/07/16800/27302734.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1983, *Decreto-Lei n.º344-A/83 de 25 de julho de 1983*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1983/07/16901/00010007.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1984, *Decreto-Lei n.º68/84 de 2 de fevereiro de 1984*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1984/02/04900/06540656.pdf> (Consultado em janeiro de 2012)

Diário da República, 1984, *Decreto-Lei n.º74-C/84 de 2 de março de 1984*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/05302/00050022.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1984, *Decreto-Lei n.º103-A/84 de 30 de março de 1984*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e do Plano, da Saúde, da Indústria e Energia e do Comércio e Turismo. Suplemento disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/07601/00010010.pdf>; 2º Suplemento disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/03/07602/00170026.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1984, *Acórdão n.º39/84 de 5 de maio de 1984*, Tribunal Constitucional. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1984/05/10400/14551468.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 1985, *Decreto-Lei n.º 384-B/85 de 30 de setembro de 1985*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1985/09/22502/00050009.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1986, *Decreto-Lei n.º57/86 de 20 de março de 1986*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1986/03/06600/06690671.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1986, *Portaria n.º 256-A/86 de 28 de maio de 1986*, Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1986/05/12201/00010004.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1986, *Portaria 344-A/86 de 5 de julho de 1986*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1986/07/15201/00010002.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1986, *Portaria 344-B/86 de 5 de julho de 1986*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1986/07/15201/00020003.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1986, *Portaria 466/86 de 25 de agosto de 1986*, Ministérios da Saúde e do Trabalho e Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1986/08/19400/21932193.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1986, *Portaria n.º549/86 de 24 de Setembro de 1986*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1986/09/22000/27092713.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1988, *Decreto-Lei n.º19/88 de 21 de janeiro de 1988*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1988/01/01703/00200023.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1988, *Decreto regulamentar n.º3/88 de 22 de janeiro de 1988*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1988/01/01801/00020011.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1988, *Decreto-Lei n.º157/88 de 4 de maio de 1988*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1988/05/10300/18601863.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1989, *Lei Constitucional n.º1/89 de 8 de julho de 1989*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1989/07/15501/00020069.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1990, *Decreto-Lei n.º 73/90 de 6 de março de 1990*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/03/05400/09580970.pdf> (Consultado em setembro de 2012)

Diário da República, 1990, *Decreto-Lei n.º 81/90 de 12 de março de 1990*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1990/03/05900/11381140.pdf> (Consultado em setembro de 2012)

Diário da República, 1990, *Decreto-Lei n.º 231/90 de 14 de julho de 1990*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/07/16100/29602961.pdf> (Consultado em setembro de 2012)

Diário da República, 1990, *Lei n.º 48/90 de 24 de agosto de 1990*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1990/08/19500/34523459.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1991, *Decreto-Lei n.º 72/91 de 8 de fevereiro de 1991*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1991/02/033A00/06180635.pdf> (Consultado em setembro de 2012)

Diário da República, 1991, *Decreto-Lei 326/91 de 31 de agosto de 1991*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1991/08/200A00/46214623.pdf> (Consultado em setembro de 2012)

Diário da República, 1991, *Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro de 1991*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1991/11/257A00/57235741.pdf> (Consultado em setembro de 2012)

Diário da República, 1992, *Decreto-Lei n.º 38/92 de 28 de março de 1992*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1992/03/074A00/14861488.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1992, *Decreto-Lei n.º54/92 de 11 de abril de 1992*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1992/04/086A00/17251726.pdf> (Consultado em abril de 2011)

Diário da República, 1992, *Decreto-Lei n.º 118/92 de 25 de junho de 1992*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1992/06/144A00/30253027.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 1992, *Decreto-Lei n.º 177/92 de 13 de agosto de 1992*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1992/08/186A00/39263928.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 10/93 de 15 de janeiro de 1993*. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/585934> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro de 1993*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1993/01/012A00/01290134.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 1993, *Portaria n.º 439/93 de 27 de abril de 1993*, Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1993/04/098B00/20762079.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 1993, *Portaria n.º 720/93 de 6 de agosto de 1993*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1993/08/183B00/42224235.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 1993, *Portaria n.º 945/93 de 28 de setembro de 1993*. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/652025> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de setembro de 1993*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1993/09/229A00/54605466.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1993, *Decreto-Lei n.º 336/93 de 29 de setembro de 1993*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1993/09/229A00/54665469.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1993, *Decreto-lei n.º 415/93 de 23 de dezembro de 1993*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1993/12/298A00/71367137.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1994, *Portaria n.º 185/94 de 31 de março de 1994*, Ministério da Educação e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1994/03/076B00/15821583.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1994, *Portaria n.º 388/94 de 16 de junho de 1994*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1994/06/137B00/31333147.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 1995, *Decreto-lei n.º 198/95 de 29 de junho de 1995*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1995/07/174A00/48754879.pdf> (Consultado em março de 2010)

Diário da República, 1995, *Decreto-lei n.º 287/95 de 30 de outubro de 1995*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1995/10/251A00/67556755.pdf> (Consultado em março de 2010)

Diário da República, 1996, *Decreto-Lei n.º 77/96 de 18 de junho de 1996*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1996/06/139A00/15651565.pdf> (Consultado em janeiro 2012)

Diário da República, 1996, *Portaria n.º 349/96 de 8 de agosto de 1996*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1996/08/183B00/24122413.pdf> (Consultado em março de 2010)

Diário da República, 1996, *Portaria n.º 756/96 de 24 de dezembro de 1996*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1996/12/297B00/46054639.pdf> (Consultado em março 2010)

Diário da República, 1997, *Decreto-Lei n.º 73/97 de 3 de abril de 1997*, Ministério da Administração Interna. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1997/04/078A00/14971498.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 1997, *Lei n.º 12/97 de 21 de maio de 1997*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1997/05/117A00/25112511.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 1997, *Portaria n.º 355/97 de 28 de maio de 1997*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1997/05/123B00/25972598.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 1997, *Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de agosto de 1997*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1997/08/182B00/41374138.pdf> (Consultado em março 2010)

Diário da República, 1998, *Despacho Normativo n.º 10/98 de 5 de fevereiro de 1998*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/02/030B00/04780479.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 1998, *Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro de 1998*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1998/02/047B00/07660774.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 1998, *Decreto-lei n.º 53/98 de 11 de março de 1998*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/03/059A00/09610962.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 1998, *Decreto-lei n.º 97/98 de 18 de abril de 1998*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/04/091A00/17091711.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 1998, *Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril de 1998*. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/175644> (Consultado em setembro 2010)

Diário da República, 1998, *Decreto-Lei 117/98 de 5 de maio de 1998*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1998/05/103A00/19911995.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 1998, *Decreto-Lei n.º 151/98 de 5 de junho de 1998*. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/476016> (Consultado em janeiro 2011)

Diário da República, 1998, *Portaria n.º 348-B/98 de 18 de junho de 1998*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/06/138B02/00080059.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 1998, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 de 4 de dezembro de 1998*, Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/12/280B00/66926696.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 1998, *Decreto-Lei n.º 401/98 de 17 de dezembro de 1998*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1998/12/290A00/68986899.pdf> (Consultado em abril de /04/2011)

Diário da República, 1999, *Despacho Normativo n.º 61/99 de 22 de abril de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1997/08/182B00/41374138.pdf> (Consultado em março 2010)

Diário da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 285/99 de 26 de abril de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/172A00/46874687.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de abril de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/173A00/46904695.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 1999, *Portaria 288/99 de 27 de abril de 1999*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/1999/04/098B00/22582261.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de maio de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/05/108A00/24212424.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/05/108A00/24242435.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de julho de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/07/172A00/46834687.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 1999, *Lei n.º 159/99 de 14 de Setembro de 1999*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/570594> (Consultado em Novembro 2013)

Diário da República, 1999, *Decreto-Lei n.º 374/99 de 18 de setembro de 1999*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1999/09/219A00/64896493.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2000, *Decreto-Lei n.º 68/2000 de 26 de abril de 2000*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2000/04/097A00/17281729.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2000, *Decreto-Lei n.º 205/2000 de 1 de setembro de 2000*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2000/09/202A00/46054610.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2000, *Decreto-Lei n.º 206/2000 de 1 de setembro de 2000*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2000/09/202A00/46114611.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2001, *Portaria n.º 189/2001 de 9 de março de 2001*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/03/058B00/12991368.pdf> (Consultado em fevereiro de 2010)

Diário da República, 2001, *Portaria n.º 1147/2001 de 28 de setembro de 2001*, Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2001/09/226B00/61706175.pdf> (Consultado em fevereiro de 2010)

Diário da República, 2001, *Resolução do Conselho de Ministros 162/2001 de 16 de novembro de 2001*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2001/11/266B00/73387339.pdf> (Consultado em outubro de 2009)

Diário da República, 2002, *Decreto-Lei n.º 39/2002 de 26 de fevereiro de 2002*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2002/02/048A00/16231625.pdf> (Consultado em fevereiro de 2010)

Diário da República, 2002, *Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de agosto de 2002*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2002/08/191A00/58525859.pdf> (Consultado em fevereiro de 2010)

Diário da República, 2002, *Despacho n.º 19 946/2002 de 10 de Setembro de 2002*, Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/2755759> (Consultado em fevereiro de 2010)

Diário da República, 2002, *Portaria n.º 1301-A/2002 de 28 de setembro de 2002*, Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2002/09/225B01/00020003.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2002, *Despacho n.º 21866/2002 de 10 de outubro de 2002*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2002/10/234000000/1688016881.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2002, *Lei n.º 27/2002 de 8 de novembro de 2002*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2002/11/258A00/71507154.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2002, *Decreto-Lei n.º 270/2002 de 2 de dezembro de 2002*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2002/12/278A00/75207522.pdf> (Consultado em janeiro de 2010)

Diário da República, 2003, *Portaria n.º 132/2003 de 5 de fevereiro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/02/030B00/07430806.pdf> (Consultado em março de 2010)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de abril de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/04/077A00/21182127.pdf> (Consultado em março de 2010)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 167/2003 de 29 de julho de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2003/07/173A00/43924398.pdf> (Consultado em junho de 2010)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de agosto de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/08/176A00/45374538.pdf> Consultado em junho de 2010)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de agosto de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2003/08/191A00/52195231.pdf> (Consultado em junho de 2010)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 206/2003 de 12 de setembro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/09/211A00/59885988.pdf> (Consultado em julho de 2010)

Diário da República, 2003, *Portaria n.º 985/2003 de 13 de setembro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2003/09/212B00/60086011.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 249/2003 de 11 de outubro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2003/10/236A00/66936695.pdf> (Consultado em julho de 2010)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de novembro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/11/259A00/74927499.pdf> (Consultado em novembro de 2009)

Diário da República, 2003, *Decreto-Lei n.º 309/2003 de 10 de dezembro de 2003*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2003/12/284A00/83298338.pdf> (Consultado em dezembro de 2009)

Diário da República, 2004, *Portaria n.º 103/2004 de 23 de janeiro de 2004*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2004/01/019B00/04730477.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2004, *Decreto-Lei n.º 81/2004 de 10 de abril de 2004*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2004/04/085A00/22202221.pdf> (Consultado em junho de 2010)

Diário da República, 2004, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 3 de Junho de 2004*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2004/06/147B00/38463848.pdf> (Consultado em junho de 2010)

Diário da República, 2004, *Lei n.º 38/2004 de 18 de agosto de 2004*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2004/08/194A00/52325236.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2004, *Decreto-Lei n.º 223/2004 de 3 de dezembro de 2004*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2004/12/283A00/69626963.pdf> (Consultado em janeiro de 2011)

Diário da República, 2005, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005 de 27 de abril de 2005*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/04/081B00/32003201.pdf> (Consultado em dezembro de 2009)

Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de junho de 2005*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/06/107A00/36063606.pdf> (Consultado em fevereiro de 2011)

Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de junho de 2005*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/06/109A00/36363637.pdf> (Consultado em fevereiro de 2011)

Diário da República, 2005, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005 de 24 de junho de 2005*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2005/06/120B00/39513955.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2005, *Portaria n.º 618-A/2005 de 27 de julho de 2005*, Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/07/143B01/00020003.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2005, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005 de 4 de agosto de 2005*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/08/149B00/45024504.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 129/2005 de 11 de agosto de 2005*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/08/154A00/46314636.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de agosto de 2005*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/08/156A00/47634765.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 2005, *Portaria n.º 826/2005 de 14 de setembro de 2005*, Ministérios da Economia e da Inovação e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/09/177B00/55735574.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 232/2005 de 29 de dezembro de 2005*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/12/249A00/73197323.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 2005, *Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro de 2005*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2005/12/249A00/73237333.pdf> (Consultado em setembro de 2010)

Diário da República, 2006, *Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/02/034B00/12561258.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2006, *Portaria n.º 219/2006 de 7 de março de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/03/047B00/17061710.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2006, *Despacho Normativo n.º 30/2006 de 31 de março de 2006*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/05/088B00/32593259.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2006, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006 de 21 de abril de 2006*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/04/079B00/28342866.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2006/06/109A00/38563865.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2006, *Portaria n.º 567/2006 de 12 de junho de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/113B00/41734267.pdf> (Consultado em novembro de 2010)

Diário da República, 2006, *Despacho n.º 12045/2006 de 2 de julho de 2006*, Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2006/06/110000000/0825008250.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2006, *Despacho n.º 17516/2006 de 3 de julho de 2006*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2006/08/166000000/1679816800.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2006, *Portaria n.º 994/2006 de 6 de setembro de 2006*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/09/18100/68926893.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 185/2006 de 12 de setembro de 2006*, Ministério das Finanças e da Administração Pública. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/09/17600/66926693.pdf> (Consultado em novembro de 2010)

Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 186/2006 de 12 de setembro de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2006/09/17600/66966698.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 200/2006 de 25 de outubro de 2006*, Ministério das Finanças e da Administração Pública. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20600/73897393.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 212/2006 de 27 de outubro de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20800/75177525.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2006, *Lei n.º 53-A/2006 de 29 de dezembro de 2006*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/12/24901/00020379.pdf> (Consultado em novembro de 2011)

Diário da República, 2006, *Lei n.º 53-B/2006 de 29 de dezembro de 2006*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/12/24904/03880390.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2006, *Lei n.º 53-D/2006 de 29 de dezembro de 2006*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2006/12/24904/03900393.pdf> (Consultado em novembro de 2011)

Diário da República, 2006, *Decreto-Lei n.º 242-B/2006 de 29 de dezembro de 2006*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/12/24904/04030405.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 3-B/2007 de 2 de janeiro de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/01/00102/00040006.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2007, *Despacho n.º 727/2007 de 15 de janeiro 2007*, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2007/01/010000000/0112301124.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 110-A/2007 de 23 de janeiro de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/01/01601/00020124.pdf> (Consultado em novembro de 2010)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 28 de fevereiro de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/02/04202/00260029.pdf> (Consultado em fevereiro de 2012)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 395-A/2007 de 30 de março de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/03/06401/00020005.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 402/2007 de 10 de abril de 2007*, Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2007/04/07000/22352235.pdf> (Consultado em novembro de 2011)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 218/2007 de 29 de maio de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10300/35003502.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 219/2007 de 29 de maio de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2007/05/10300/35093512.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 220/2007 de 29 de maio de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10300/35133516.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de maio de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2007/05/10300/35193523.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 646/2007 de 30 de maio de 2007*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10400/35783585.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 647/2007 de 30 de maio de 2007*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10400/35853588.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 238/2007 de 19 de junho de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/06/11600/38983900.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de junho de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2007/08/16100/0558705596.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 252/2007 de 5 de julho de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/07/12800/43464347.pdf> (Consultado em maio de 2011)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 276-A/2007 de 31 de julho de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/07/14601/0000200003.pdf> (Consultado em março de 2012)

Diário da República, 2007, *Lei n.º 41/2007 de 24 de agosto de 2007*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/08/16300/0566405665.pdf> (Consultado em janeiro de 2012)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 1087-A/2007 de 5 de setembro de 2007*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2007/09/17101/0000200005.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2007, *Despacho Normativo n.º 34/2007 de 19 de setembro de 2007*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2007/09/181000000/2741227414.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2007, *Decreto-Lei n.º 326/2007 de 28 de setembro de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/09/18800/0699606998.pdf> (Consultado em fevereiro de 2012)

Diário da República, 2007, *Despacho n.º 24101/2007 de 22 de outubro de 2007*, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2007/10/203000000/3041930419.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2007, *Despacho n.º 1281/2007 de 1 de dezembro de 2007*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2007/01/019000000/0223502237.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2007, *Portaria n.º 1637/2007 de 31 de dezembro de 2007*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/12/25100/0917309177.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2008, *Despacho n.º 1408/2008 de 11 de janeiro de 2008*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2008/01/008000000/0149101493.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2008, *Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2008/01/01000/0052600536.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2008, *Aviso n.º 12/2008 de 23 de janeiro de 2008*, Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/01/01600/0063800687.pdf> (Consultado em fevereiro de 2011)

Diário da República, 2008, *Despacho 5414/2008 de 28 de janeiro de 2008*, Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2008/02/042000000/0808308085.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 23/2008 de 8 de fevereiro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/02800/0094600947.pdf> (Consultado em fevereiro de 2012)

Diário da República, 2008, *Portaria n.º 189/2008 de 19 de fevereiro de 2008*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03500/0111401115.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03800/0118201189.pdf> (Consultado em fevereiro de 2012)

Diário da República, 2008, *Lei n.º 12-A/2008 de 27 de fevereiro de 2008*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2008/02/04101/0000200027.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de março de 2008*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/03/04700/0139501409.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 48/2008 de 13 de março de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2008/03/05200/0158101582.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Portaria n.º 301/2008 de 18 de abril de 2008*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2008/04/07700/0227802281.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 79/2008 de 8 de maio de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/2008/05/08900/0250902510.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Portaria n.º 376/2008 de 23 de maio de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/05/09900/0291702928.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Portaria n.º 615/2008 de 11 de julho de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/07/13300/0440804414.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 180/2008 de 26 de agosto de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/08/16400/0599906000.pdf> (Consultado em janeiro de 2012)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de setembro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/09/17100/0622506233.pdf> (Consultado em janeiro de 2012)

Diário da República, 2008, *Lei n.º 59/2008 de 11 de setembro de 2008*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2008/09/17600/0652406630.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 203/2008 de 10 de outubro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/10/19700/0725507257.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2008, *Despacho n.º 29533/2008 de 17 de novembro de 2008*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2008/11/223000000/4696646967.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 228/2008 de 25 de novembro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/11/22900/0847208472.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Decreto-Lei n.º 234/2008 de 2 de dezembro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2008/12/23300/0860008608.pdf> (Consultado em maio de 2010)

Diário da República, 2008, *Despacho n.º 32042/2008 de 16 de dezembro de 2008*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2008/12/242000000/5027150272.pdf> (Consultado em abril de 2012)

Diário da República, 2008, *Portaria n.º 1529/2008 de 26 de dezembro de 2008*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/12/24900/0904009044.pdf> (Consultado em janeiro de 2012)

Diário da República, 2009, *Despacho n.º 693/2009 de 9 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2009/01/006000000/0086900870.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 12/2009 de 12 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/09/17100/0622506233.pdf> (Consultado em janeiro de 2012)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 34/2009 de 15 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/01000/0034400347.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2009, *Despacho n.º 2732/2009 de 21 de janeiro de 2009*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2009/01/014000000/0305403057.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 83/2009 de 22 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/01500/0048800489.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2009, *Despacho 3003/2009 de 23 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/01/016000000/0340703410.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 27/2009 de 27 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/01800/0056500566.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2009, *Despacho 3673/2009 de 29 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/01/020000000/0436804370.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 132/2009 de 30 de janeiro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/01/02100/0066000758.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 31/2009 de 4 de fevereiro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/02/02400/0082400825.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 272/2009 de 18 de março de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0171001711.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 273/2009 de 18 de março de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0171201720.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 274/2009 de 18 de março de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0172001726.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 275/2009 de 18 de março de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0172701728.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 276/2009 de 18 de março de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0172801737.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/04/06500/0205802062.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 82/2009 de 2 de abril de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/04/06500/0206202065.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2009, *Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril de 2009*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2009/04/074000000/1543815440.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 102/2009 de 11 de maio de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/09000/0281202813.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Diário da República, 2009, *Declaração de Retificação n.º 29/2009 de 15 de maio de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros - Centro Jurídico. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/09400/0300303003.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Declaração de Retificação n.º 30/2009 de 15 de maio de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros - Centro Jurídico. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/09400/0300403005.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Declaração de Retificação n.º 31/2009 de 15 de maio de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros - Centro Jurídico. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/09400/0300503010.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Declaração de Retificação n.º 32/2009 de 15 de maio de 2009*, Presidência do Conselho de Ministros - Centro Jurídico. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/09400/0301003013.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Portaria 535/2009 de 18 de maio de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/09500/0314903150.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 127/2009 de 27 de maio de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/05/10200/0332103331.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Diário da República, 2009, *Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho de 2009*, Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/06/120000000/2466724669.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Diário da República, 2009, *Lei n.º 33/2009 de 14 de julho de 2009*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/13400/0446704467.pdf> (Consultado em julho de 2013)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 839-A/2009 de 31 de julho de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/07/14701/0000200124.pdf> (Consultado em maio de 2012)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 176/2009 de 4 de agosto de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/08/14900/0504305047.pdf> (Consultado em agosto de 2012)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 177/2009 de 4 de agosto de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/08/14900/0504705053.pdf> (Consultado em agosto de 2012)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de agosto de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/08/15500/0524705252.pdf> (Consultado em agosto de 2012)

Diário da República, 2009, *Despacho n.º 18846/2009 de 14 de agosto de 2009*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/08/157000000/3314333143.pdf> (Consultado em agosto de 2012)

Diário da República, 2009, *Lei n.º 85/2009 de 27 de agosto*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1s/2009/08/16600/0563505636.pdf> (Consultado em novembro 2013)

Diário da República, 2009, *Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro de 2009*, Assembleia da República. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/17800/0625406255.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 279/2009 de 6 de outubro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2009/10/19300/0729107296.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 280/2009 de 6 de outubro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/10/19300/0729607297.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 303/2009 de 22 de outubro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/10/20500/0793207933.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de novembro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/11/21200/0831008317.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2009, *Portaria n.º 1391/2009 de 17 de novembro de 2009*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/11/22300/0841608416.pdf> (Consultado em março de 2013)

Diário da República, 2009, *Decreto-Lei n.º 322/2009 de 14 de dezembro de 2009*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2009/12/24000/0864308644.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2009, *Despacho n.º 27731/2009 de 29 de dezembro de 2009*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2009/12/250000000/5241552415.pdf> (Consultado em abril de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de janeiro de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/01/01900/0025700263.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 19/2010 de 22 de março de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/03/05600/0090000906.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 21/2010 de 24 de março de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/03/05800/0092500926.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 25/2010 de 29 de março de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2010/03/06100/0098000981.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 5599/2010 de 29 de março de 2010*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2010/03/061000000/1602116022.pdf> (Consultado em maio de 2013)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 6132/2010 de 7 de abril de 2010*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/04/067000000/1771017713.pdf> (Consultado em outubro de 2010)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 7238 de 26 de abril de 2010*, Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/04/080000000/2190521907.pdf> (Consultado em março de 2011)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 70/2010 de 16 de junho de 2010*, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/06/11500/0208102089.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 10760/2010 de 29 de junho de 2010*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/06/124000000/3545035450.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 10761/2010 de 29 de junho de 2010*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2010/06/124000000/3545035451.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Portaria n.º 455-A/2010 de 30 de junho de 2010*, Ministérios da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/06/12502/0001600018.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 89/2010 de 21 de julho de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/07/14000/0276902771.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 91/2010 de 22 de julho de 2010*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/07/14100/0279502796.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Portaria n.º 801/2010 de 23 de agosto de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/08/16300/0367503678.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2010, *Portaria n.º 1212/2010 de 30 de novembro de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/11/23200/0540905418.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 19070-C/2010 de 23 de dezembro de 2010*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/12/247000001/0000400004.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 136/2010 de 27 de dezembro de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/24900/0593405935.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Portaria n.º 1319/2010 de 28 de dezembro de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/25000/0596305964.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Portaria n.º 1320/2010 de 28 de dezembro de 2010*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/25000/0596405967.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Decreto-Lei n.º 137/2010 de 28 de dezembro de 2010*, Ministério das Finanças e da Administração Pública. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/25000/0594005943.pdf> (Consultado em junho de 2013)

Diário da República, 2010, *Despacho n.º 19264/2010 de 29 de dezembro de 2010*, Ministério da Saúde. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2010/12/251000000/6304963049.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2010, *Lei n.º 55-A/2010 de 31 de dezembro de 2010*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2010/12/25301/0000200322.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Portaria n.º 52/2011 de 27 de janeiro de 2011*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/01/01900/0056700570.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Despacho n.º 3020/2011 de 11 de fevereiro de 2011*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/030000000/0776107762.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Despacho n.º 3730/2011 de 25 de fevereiro de 2011*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/040000000/0984509849.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março de 2011*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/03/04300/0127401277.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Lei n.º 10/2011 de 21 de abril de 2011*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/04/07900/0237602376.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Portaria n.º 172/2011 de 27 de abril de 2011*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/04/08100/0245602458.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Portaria n.º 193/2011 de 13 de maio de 2011*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2011/05/09300/0271702717.pdf> (Consultada em janeiro de 2012)

Diário da República, 2011, *Portaria n.º 220/2011 de 1 de junho de 2011*, Ministérios das Finanças e da Administração Pública, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/06/10600/0302003022.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho n.º 7968/2011 de 2 de junho de 2011*, Ministério da Saúde - Gabinete da Ministra. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/06/107000000/2383823838.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Decreto-Lei n.º 67/2011 de 2 de junho de 2011*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/06/10700/0303203041.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho n.º 8677/2011 de 28 de junho de 2011*, Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/06/122000000/2704927050.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Decreto-Lei n.º 93/2011 de 27 de julho de 2011*, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/07/14300/0407104071.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 10161/2011 de 12 de agosto de 2011*, Ministério das Finanças - Gabinete do Ministro. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/08/155000000/3333433334.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 10430/2011 de 18 de agosto de 2011*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/08/158000000/3387033871.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 10429/2011 de 18 de agosto de 2011*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/08/158000000/3387133871.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 12083/2011 de 15 de setembro de 2011*, Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/09/178000000/3720537205.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 12950/2011 de 28 de setembro de 2011*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/09/187000000/3863738637.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 14898/2011 de 3 de novembro de 2011*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/11/211000000/4356343564.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Decreto-Lei nº 113/2011 de 29 de novembro de 2011*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/11/22900/0510805110.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Portaria 306-A/2011 de 20 de dezembro de 2011*, Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24201/0000200004.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Despacho nº 17067/2011 de 21 de dezembro de 2011*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2011/12/243000000/4951149511.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Resolução do Conselho de Ministros nº 61/2011 de 22 de Dezembro de 2011*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24400/0539105393.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Portaria 311-D/2011 de 27 de dezembro de 2011*, Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24702/0002400027.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro de 2011*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24900/0549105498.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2011, *Lei nº 64-B/2011 de 30 de dezembro de 2011*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/25001/0004800244.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria nº 4/2012 de 2 de janeiro de 2012*, Ministérios da Economia e do Emprego e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/01/00100/0000800011.pdf> (Consultado em Novembro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria 19/2012 de 20 de janeiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/01/01500/0035100352.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de janeiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/01/01900/0048000482.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 22/2012 de 30 de janeiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/01/02100/0051300516.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto Regulamentar nº 23/2012 de 9 de fevereiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/02900/0064900651.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 32/2012 de 13 de fevereiro de 2012*, Ministério das Finanças. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/03100/0069900725.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 33/2012 de 13 de fevereiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/03100/0073200735.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 34/2012 de 14 de fevereiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2011/12/24900/0549105498.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 35/2012 de 15 de fevereiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/03300/0076000763.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei nº 46/2012 de 24 de fevereiro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/02/04000/0088400890.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho nº 2991/2012 de 29 de fevereiro de 2012*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/02/043000000/0734107341.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho nº 3402/2012 de 7 de março de 2012*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/03/048000000/0843308433.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Resolução do Conselho de Ministros nº 22/2012 de 9 de março de 2012*, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/03/05000/0106301064.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria nº 67/2012 de 21 de março de 2012*, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/03/05800/0132401329.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Resolução da Assembleia da República nº 61/2012 de 4 de maio de 2012*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/08700/0236002360.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria nº 142-A/2012 de 15 de maio de 2012*, Ministérios da Administração Interna e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09401/0000200003.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria nº 142-B/2012 de 15 de maio de 2012*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09401/0000300006.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria nº 158/2012 de 22 de maio de 2012*, Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/05/09900/0266802672.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho nº 7702-A/2012 de 4 de junho de 2012*, Ministérios da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/06/108000001/0000200002.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho n.º 7702-C/2012 de 4 de junho de 2012*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/06/10800001/0000300006.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei n.º 128/2012 de 21 de junho de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/06/11900/0307903083.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho n.º 9999/2012 de 25 de junho de 2012*, Ministérios das Finanças e da Saúde - Gabinetes dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/07/143000000/2640726408.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Declaração de Retificação n.º 36/2012 de 13 de julho de 2012*, Presidência do Conselho de Ministros - Secretaria-Geral. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2012/07/13500/0365703664.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Lei n.º 25/2012 de 16 de julho de 2012*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/07/13600/0372803730.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho n.º 9901/2012 de 23 de julho de 2012*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/07/141000000/2603326034.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei n.º 184/2012 de 8 de agosto de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/08/15300/0418204183.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/09/17200/0511905124.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Despacho n.º 14041/2012 de 29 de outubro de 2012*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2012/10/209000000/3554435545.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro de 2012*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/11/22900/0675706767.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro de 2012*, Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/11/23101/0000200005.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2012, *Lei n.º 66-B/2012 de 31 de dezembro de 2012*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2012/12/25201/0004200240.pdf> (Consultado em janeiro de 2013)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 13/2013 de 25 de janeiro de 2013*, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/256904> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro de 2013*, Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/01/02100/0060500608.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Despacho n.º 2061-C/2013 de 1 de fevereiro de 2013*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/02/024000001/0000200003.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 34/2013 de 27 de fevereiro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/02/04100/0114101143.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Despacho n.º 3209/2013 de 28 de fevereiro de 2013*, Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social - Gabinetes dos Secretários de Estado do Orçamento, Adjunto do Ministro da Saúde e da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/02/042000000/0774507747.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Despacho n.º 4631/2013 de 3 de abril de 2013*, Ministérios das Finanças e da Saúde - Gabinetes dos Secretários de Estado do Orçamento e da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/04/065000000/1103711037.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 163/2013 de 24 de abril de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/04/08000/0249502606.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 168/2013 de 30 de abril de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/04/08300/0263402635.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Despacho n.º 7841-B/2013 de 17 de julho de 2013*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/06/114000001/0000200003.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Lei n.º 51/2013 de 24 de julho de 2013*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/07/14100/0428204331.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Despacho n.º 5456-B/2013 de 25 de julho de 2013*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/04/079000001/0000200003.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 103/2013 de 26 de julho de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/07/14300/0442704428.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 248/2013 de 5 de agosto de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/08/14900/0462404627.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 258/2013 de 13 de agosto de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/08/15500/0482504832.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto de 2009*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2009/08/16200/0549105495.pdf> (Consultado em agosto de 2012)

Diário da República, 2013, *Despacho n.º 12011/2013 de 18 de setembro de 2013*, Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf2sdip/2013/09/180000000/2900229003.pdf> (Consultado em novembro de 2013)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 135/2013 de 4 de outubro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19200/0601206018.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19300/0605006061.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de outubro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19500/0606806071.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Decreto-Lei n.º 139/2013 de 9 de outubro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/10/19500/0607106075.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 335-A/2013 de 15 de novembro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/11/22202/0000400004.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Portaria n.º 367/2013 de 23 de dezembro de 2013*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2013/12/24800/0693806938.pdf> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2013, *Lei n.º 83-C/2013 de 31 de dezembro de 2013*, Assembleia da República. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/164366> (Consultado em fevereiro de 2014)

Diário da República, 2014, *Portaria n.º 20/2014 de 29 de janeiro de 2014*, Ministério da Saúde. Disponível em: <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/01/02000/0059700703.pdf> (Consultado em março de 2014)

ANEXOS

ANEXO I

Tabelas representativas das taxas de mortalidade

Tabela 1: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por algumas doenças infecciosas e parasitárias por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	66,6	78,8	57,6	61,5	70,5	54,9	80	96,1	68,3	77	90,4	67,3
Continente	66,2	79,2	56,6	61	69,7	54,6	78,6	94,7	66,7	75,7	89,6	65,7
Norte	66,9	79,1	58,2	64,1	75,5	55,9	82,8	103,9	67,8	73,8	89,7	62,1
Centro	59,1	68,3	52,1	59,7	66,5	54,3	75,7	90,7	64,5	75,8	89,1	66,2
Lisboa	71,9	88,8	58,7	60,1	72,6	51,7	77,2	97,4	63,4	75,8	86,1	68,8
Alentejo	66,1	81,7	55,3	56,1	50,7	60	75,9	81,5	71,1	71,4	85,6	60,8
Algarve	69,1	74,1	63,8	61,9	74	52,1	80,2	75,6	82,9	96	116,8	79,3
RAA	94,1	76,4	108	94,9	112,8	85,2	161	158,6	161,9	113,3	69,1	138,8
RAM	64,7	62,1	65,8	56,2	74,4	46,3	83,8	112,5	68,5	118,5	173,4	90,5

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por algumas doenças infecciosas e parasitárias por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.

Tabela 2: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por diabetes mellitus por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	186,8	202,1	175,2	177,5	184,7	171,7	197,1	205,2	190,1	194,2	201,9	188
Continente	184,1	199,1	172,8	172,1	181,2	165	191,1	200,8	183	186,4	194,1	180,1
Norte	179,3	186,5	173,2	171,7	169,4	171,9	181,7	183,5	178,3	175,6	179,8	172,1
Centro	186,3	197,1	177,7	170,9	193,7	154,6	188,6	202,8	178	194,2	196,6	191
Lisboa	173,3	200,6	153,9	158,9	170,8	149,3	185,9	198,2	176,3	170,8	191,1	156,7
Alentejo	245,2	251,8	240,1	238,9	238,6	238,9	272	281,4	263,8	248,4	259	239,6
Algarve	136,8	169,8	112,2	121	123,1	118,6	134,1	157,1	117,2	170,7	159,1	180,5
RAA	262	288,4	250,1	369,9	306,8	407,6	375,9	370,1	379,4	383,2	379,9	384,4
RAM	259,1	298,8	230,2	289,7	279,9	295	377,1	331	392	463,6	553,1	420

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por diabetes mellitus por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 3: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	505	548	472,5	507,3	538,4	482,6	581,3	616,2	553,1	588,1	625,3	558,2
Continente	503,4	544,2	472,3	504,7	534,6	480,7	580,6	613,4	553,8	585,4	620,3	557,1
Norte	543,1	604,1	500,2	534,5	575,2	504,5	622,2	671,7	584,6	627,6	661,8	600,6
Centro	530,1	575,3	494,7	528,7	557,7	505	585,8	632,7	549,4	597,3	647,3	559,4
Lisboa	446,6	458,7	434,1	463,4	468,1	454,3	544,9	542,8	540,5	536,1	544,3	523
Alentejo	505,1	541,8	475,9	490,9	551,3	445,2	585,6	608,3	566,8	594,2	652,1	549,5
Algarve	404,3	463,9	359	439,8	481,9	406,7	464,1	522,7	414,1	490,4	531,3	454,3
RAA	560,1	669,8	478,3	607,6	713,1	541	633,3	668,5	605,7	698,2	792	621,4
RAM	531,3	648,6	468,6	553,3	600,1	524,3	565,8	756,9	466,7	633,1	776,8	558,1

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 4: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	1213,4	1317,7	1132,6	1194,2	1290,8	1118,3	1348	1462,4	1259,1	1362,1	1476,8	1271,3
Continente	1202,8	1301,3	1125,6	1180,2	1275,5	1104,7	1331,5	1438,5	1247,1	1344,2	1453,2	1257
Norte	1161,9	1262,2	1086,4	1105,8	1202,6	1033,9	1253,9	1373,8	1164,8	1260,2	1360,6	1183,2
Centro	1226	1331,7	1144,3	1167,2	1266,8	1089,6	1308,9	1445	1206	1313,4	1415,9	1232,9
Lisboa	1205,5	1291,4	1134,1	1227,8	1294,8	1167	1408,5	1453,6	1361,9	1446	1538,6	1362,3
Alentejo	1338,7	1443,2	1255,2	1380,3	1501,9	1283	1530	1648	1433,8	1513,2	1672,4	1389
Algarve	1059,8	1166,8	971,9	1089,2	1257,8	952	1155,6	1336,3	1003,3	1180,1	1351,7	1035,3
RAA	1709,7	2065,9	1465,1	1873,8	2054,2	1741,6	2014,4	2273,2	1836,6	2087,6	2355,9	1891
RAM	1338,5	1596,3	1195,9	1342,6	1492,5	1260,4	1672,6	2275,8	1373,2	1697,2	2157,3	1463,6

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 5: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	252,9	320,7	204,2	255,8	329,2	203,2	290,4	362,1	238,7	300,2	371,5	248,1
Continente	250	316,6	201,8	251,9	323,8	200,1	285,1	354,5	234,8	295,2	363,5	244,8
Norte	181,7	244,3	137,5	185,3	252,7	139,4	202,5	270,3	156,3	212,7	278,4	166,6
Centro	200,8	260,7	157,4	187,4	253,7	139,9	222,4	286,2	176,5	221,6	268,4	186,8
Lisboa	358,4	437,4	300,9	360	437,7	303,5	423,6	492,8	372,6	451,6	541,4	385,2
Alentejo	330,1	399,4	279,1	345,2	430,2	279,6	372	472,5	295,3	374,9	465,9	306,1
Algarve	221,1	279,1	174,6	284,7	374,3	211,8	266,3	331,3	209,8	259,1	320,6	207,9
RAA	491,6	610,6	413	534,3	668,6	436,2	507,6	681,7	390,6	598,5	799,1	460,2
RAM	201,4	295,8	154,5	218,1	328,4	164	387,9	546,3	305,7	303,5	447,4	229,7

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.

Tabela 6: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho digestivo por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTSII) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	145,6	187,3	114,7	145,7	192,3	111,9	154,4	204,9	117,2	155,1	200,3	121,8
Continente	145	186,1	114,4	144,6	190,9	110,7	152,3	201,3	116	153,8	197,9	121,1
Norte	143,8	179,6	117,4	141	182,1	111,8	148,9	197,8	112,9	157,5	193,3	130,5
Centro	157,3	205,7	121,2	155,9	203,7	120	164	219,5	122,7	168,1	222,1	127,7
Lisboa	127,5	163,2	101,2	125,9	172,1	92,9	135,5	182,1	101,8	131,2	173,9	100,9
Alentejo	163,2	208,3	129,4	167,2	234,2	117,2	182,1	217,5	154,5	162,6	215,8	122,4
Algarve	143,8	204,1	95,6	170	205,4	141,2	139,4	193,6	95,7	154,8	187	128,7
RAA	160,5	208,4	119,3	130,8	144,5	117,7	205,5	333,5	117	170	231,9	126,4
RAM	164,5	235,2	125,6	215,8	324,5	157,9	227,7	314,7	180,7	214,8	330,5	154,9

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho digestivo por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 7: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTSII) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	522	672,6	421,2	451,9	600,3	353,6	473,5	627,1	370,5	498,9	658,6	391,5
Continente	509,8	658,1	410,3	438,9	583,8	342,3	457	608,3	355	482,7	635,4	379,6
Norte	522,4	682,8	416,1	465,5	630,2	357,2	486,8	656,2	375,9	503,7	665,9	396,9
Centro	561,1	690,2	472,9	479,8	632,3	376,9	479	620,1	381,8	506,5	649,2	408,1
Lisboa	425,7	578,4	327	369,3	497	287,8	399,5	553,3	300,5	423,8	577,3	324,4
Alentejo	540,7	711,2	420,8	432,8	561	341	473,5	626,9	362,4	497,8	676,3	369,7
Algarve	528,8	620,1	460,4	418,9	516,4	346,5	403,2	488,1	338,1	493,5	576	429,5
RAA	722,9	1075,6	498,1	825,5	1148,9	625,7	882,1	1130,5	720,5	723,2	1041,6	509,4
RAM	989,8	1181,4	880,6	816,1	1100,7	675,4	1049,3	1408	871,6	1225,1	1868,6	905

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 8: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por pneumonia por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	254	310,1	216,6	205,7	261,9	168,6	202,1	255,5	166,6	212,5	260,5	179,8
Continente	245,4	303,1	207,1	198,5	253,6	162	192,9	247,7	156,3	202,4	247,9	171,4
Norte	219,4	272,3	185,3	185,7	238,5	151,1	187,9	242,2	152,4	181,9	220,4	156,2
Centro	307	368,8	264,4	238,6	313,2	188,3	221,7	286	178,4	243,8	307,2	200,4
Lisboa	207	264	170,2	169,9	215,1	142,2	166,2	215,4	135	176,2	214,4	151
Alentejo	246,2	332,4	186,5	195,6	238,1	164,1	192	242,9	154,5	197	246,3	161,1
Algarve	283,1	284,8	280,2	219,5	262,9	185,7	205,7	245,4	175,1	254	260,5	248,8
RAA	328,3	366,4	298,3	388	502,2	319,2	358,7	323,8	374,9	292,3	330,8	261,6
RAM	639,6	686,3	608,6	427,5	558,2	364,7	597	748,9	521	719,1	1074	543,3

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por pneumonia por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.

Tabela 9: Taxa de mortalidade padronizada(65 e mais anos)por bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma por 100000 habitantes(N.º)por Local de residência (NUTSII) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	29,5	42,3	21	26,8	37,7	19,7	28,3	39,9	20,7	29,7	42,2	21,3
Continente	29,5	42	21,1	26,8	37	20,1	28,2	39,8	20,6	29,1	41,6	20,7
Norte	37,1	52,4	27,1	35,5	49	26,9	34,8	51,6	24	40,9	56,7	30,5
Centro	34,4	45,4	26,9	67,7	88,3	54,8	71,6	83,4	64,1	28,8	39,3	21,4
Lisboa	20,4	32	12,9	16,8	25,5	11,3	22,4	34,9	14,5	21	31,5	14
Alentejo	16,3	23,2	11,5	17,2	25	11,7	23,1	37	13	19,4	33,9	9,6
Algarve	26,3	47,3	11,1	22,1	27,1	18,4	17,6	19,4	16,6	16,6	24,4	9,5
RAA	35,5	66,1	15,1	41,9	83,8	18,2	37,4	58,4	25,8	49,6	67,6	37,2
RAM	25,7	34,3	20,9	15,7	34,8	6,1	23,3	27,7	20	44,5	58,4	39

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.*

Tabela 10: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumores malignos por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	840,3	1223,6	573,1	844,5	1222,7	581,3	878,3	1269,5	603,6	851,3	1215,2	595,7
Continente	834,8	1213,2	569,8	841,2	1215,6	579,1	869	1254,5	597	844,8	1203	591,6
Norte	817,4	1174,8	569	819,8	1174,8	574,1	856,6	1240,7	590,3	828,7	1185	581,3
Centro	804,2	1167,9	549,2	812,9	1167,2	565,6	815	1162,6	570,1	800,5	1139,4	559,7
Lisboa	874,8	1299,4	584	884,6	1292,2	604,6	943,6	1387	638,9	909,9	1297,5	643,4
Alentejo	849,2	1213,8	584,4	864	1279,8	560,4	860,9	1226,8	590,3	834,1	1203,7	561
Algarve	865,7	1236,8	585,5	849,4	1195,8	583	842,6	1184,8	569,4	836,3	1135,6	599
RAA	1113	1762,4	663,2	1054,7	1603,7	688,3	1158,5	1780,4	730,6	1148,7	1798,5	712,6
RAM	886,9	1326,1	657,6	831	1270,7	597,7	1137,5	1724,4	828	938	1404,3	698,5

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumores malignos por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.*

Tabela 11: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da próstata por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II); Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados			
	2012	2011	2010	2009
Portugal	176,5	186,1	186,2	185,6
Continente	175,8	186,5	185,1	183,6
Norte	151,5	150,9	165,3	157,8
Centro	201,5	215,3	198,2	220,3
Lisboa	165,2	190,7	198,1	182,2
Alentejo	208,3	217,1	191,1	187,2
Algarve	186,4	176,3	160,9	134,1
RAA	193,4	167,5	209,9	358
RAM	204,3	180,8	243,2	136,2

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da próstata por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.*

Tabela 12: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumores malignos dos órgãos geniturinários por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	156,8	268,3	84,3	160,4	271,7	88	159,8	272	87,1	163,1	273,6	90,2
Continente	155,9	267,5	83	160,5	271,6	87,6	158,4	270	85,6	161,4	270,6	88,8
Norte	138,2	228,8	80,6	137,7	229,2	78,6	145,6	248,9	79,5	143,4	244,9	77,4
Centro	160,8	282,9	80,4	163,7	285,9	82,7	160	279	81	168	287,7	86,7
Lisboa	158,7	281	81,5	175,5	298,6	98,2	165,7	285,7	91	168,4	286,1	92,9
Alentejo	183,8	298,2	102,9	178,5	298,6	94,4	174,4	274,8	104,5	177,8	283,1	103,8
Algarve	180,1	310	84,3	176,2	272,2	106,4	160,5	260,6	85,1	166,9	220,3	129,4
RAA	187,5	323,9	100,4	194,9	310,4	127,9	215,5	347,2	136,9	279,9	520,8	132,7
RAM	172,8	263,1	129,8	128,2	238,8	74,6	188,4	331,2	122,4	150,5	205,9	124,3

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumores malignos dos órgãos geniturinários por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.*

Tabela 13: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno do cólon e reto por 100000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTSII) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	132,8	196	88,9	137	192,5	98	140,4	205,3	94,6	138,5	195,5	98,9
Continente	134,2	197,4	90	137,8	193,6	98,4	141,1	206	95,1	138,9	196,2	98,9
Norte	118,1	163,4	87,5	132,7	175,9	102,8	132,2	187,1	93,5	130,8	181,5	95,1
Centro	138,2	206,4	90,6	144,6	215,7	94,1	137,8	202,9	91,6	133,5	199,5	87,9
Lisboa	142,9	216,6	90,9	134,1	188,6	96,6	146,6	218,5	97,3	153,8	208,6	116,2
Alentejo	148,8	222,6	95,3	153,5	231,1	96,3	170,6	250,9	111,4	137,5	199,5	91,5
Algarve	143,4	212,2	92,6	132	156,4	112,1	126,5	185,9	78,5	139,2	188,3	102,6
RAA	104,3	147,5	77,7	88,9	129,2	61,1	128,4	184,6	91,1	118,3	147,3	95,8
RAM	84,3	161,7	43,8	133,2	183,6	106,8	111,6	177,4	69,8	135,5	199,3	104

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno do cólon e reto por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 14: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTSII) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	113,8	212,8	42,1	113,7	216,3	39,9	121,7	228,7	43,8	110,6	210,2	38
Continente	111	206,4	41,6	112,3	212,1	40,1	118,3	220,5	43,5	108,3	205,3	37,2
Norte	122,5	228,6	46,3	125,7	235,2	48	124,2	233,6	45,6	117,3	219,3	44
Centro	78,5	141,4	32,2	78,7	138,6	35,6	84,4	146,6	39,4	80,1	147,1	30,6
Lisboa	127	239,3	47	127	246,6	40,5	143,3	271,9	50,5	125	240,6	41,8
Alentejo	109,7	217,6	29,4	111,4	224,3	28,2	107,1	212,7	28	100,5	205,6	21,8
Algarve	120,5	207,3	53,7	123,9	235,5	35	141,8	261,3	42,7	123,5	237,3	29,1
RAA	281,1	599,5	53,1	208,9	465,3	31,5	261,8	580,7	40,7	239,7	477,4	75,4
RAM	114,4	220,4	56,9	103	228,2	36,3	182,2	407,3	63,3	119	255,9	48,4

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 15: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da mama feminina por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II); Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados			
	2012	2011	2010	2009
Portugal	83,2	78,9	83,2	80,3
Continente	81,6	77,7	81,4	79,6
Norte	66,6	65,3	66,6	57,7
Centro	76,1	78,1	76,4	82,7
Lisboa	99,7	93,4	104,7	96,2
Alentejo	91,7	69,3	73,8	92,2
Algarve	89,7	83,9	87,3	90,6
RAA	132,6	121,2	142,8	91,6
RAM	118,9	101	124,3	105,2

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por tumor maligno da mama feminina por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002); Anual.

Tabela 16: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doença de Alzheimer por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	66,6	61	70	65,8	62,7	67,6	70,7	66,6	73	68,1	65,8	69,3
Continente	66,7	60,6	70,6	66,3	63,1	68,1	71,2	67	73,6	68,7	66,1	70,1
Norte	60,1	53,1	64,2	70,3	68,4	71,2	65,9	64,1	66,6	57,4	57,5	57
Centro	70,1	66,1	72,6	57,5	50,4	62,1	70	69,1	70,9	71	70,8	70,6
Lisboa	71,6	62,8	77,3	67,3	63,8	68,8	82,1	67,5	90,4	76,4	78,6	74,7
Alentejo	70,3	63,4	74,9	79,8	85,2	76,6	77,7	73,9	80	88,5	69,9	101,6
Algarve	59,7	65,8	55,5	55,7	46,9	60,8	43	56,8	32,3	48,7	24,9	65,7
RAA	70,8	93,3	55,9	60,4	58	60,4	80,1	54,4	92,7	51	44,6	53,7
RAM	56,5	55,6	55,8	47	41,5	49,7	33,4	57,2	23,6	48,5	73,1	39

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por doença de Alzheimer por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual - INE, Óbitos por Causas de Morte.

Tabela 17: Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS II) e Sexo; Anual

Local de residência (NUTS II)	Período de referência dos dados											
	2012			2011			2010			2009		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	21,1	38,5	9,1	18,6	35,7	6,7	22,9	42,6	9,4	20,7	37,9	8,8
Continente	21,3	38,6	9,4	18,7	35,7	6,8	23,1	42,5	9,8	21,2	38,9	8,9
Norte	10,5	16,9	6,3	9,5	16,8	4,1	9,7	18,9	3,2	8,9	16,4	3,5
Centro	22,3	43,8	7,4	20,8	40,7	6,4	24	43,2	10,4	24,6	44	10,5
Lisboa	20,2	39,6	7,3	15,8	32,4	4,6	24,2	43,1	12,2	14,8	28,7	5,4
Alentejo	55,2	89,6	30,3	49,4	91,9	19,1	57,9	106	23,2	61,2	104,9	30,5
Algarve	29,9	49,4	15,2	26,1	39,6	16,7	35	65,5	10,5	38,4	69,3	14,8
RAA	6,2	8,5	3,8	19,7	51,1	0	10,2	24,4	0	10,5	7,2	12,4
RAM	21,7	60,4	0	12,5	20	10	23,2	65,1	0	2,5	8,1	0

Elaboração própria. Fonte: INE, 2014, *Base de dados. Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002) e Sexo; Anual.*

ANEXO II
Indicadores da população. 1991-2001-2011

Tabela 2.1: População residente (número), Portugal/NUTS II, 1991, 2001, 2011 por sexo e grupo etário.

Ano	Local de residência Portugal/NUTS II	Homens e Mulheres					Homens			Mulheres		
		Total	0-14	65 e +	65-74	75 e +	65 e +	65-74	75 e +	65 e +	65-74	75 e +
2011	Portugal	10562178	1572329	2010064	1048139	961925	842324	473465	368859	1167740	574674	593066
	Norte	3689682	557233	631439	336252	295187	263910	151419	112491	367529	184833	182696
	Centro	2327755	319258	521750	261599	260151	220317	118793	101524	301433	142806	158627
	Lisboa	2821876	437881	513842	278822	235020	213260	126145	87115	300582	152677	147905
	Alentejo	757302	102774	182988	87982	95006	78167	39505	38662	104821	48477	56344
	Algarve	451006	66974	87769	44936	42833	39300	21646	17654	48469	23290	25179
	RAA	246772	44197	32378	17223	15155	13119	7667	5452	19259	9556	9703
	RAM	267785	44012	39898	21325	18573	14251	8290	5961	25647	13035	12612
2001	Portugal	10356117	1656602	1693493	992127	701366	708218	440845	267373	985275	551282	433993
	Norte	3687293	644948	514758	306679	208079	212830	134713	78117	301928	171966	129962
	Centro	2348397	352388	456678	259147	197531	194396	117061	77335	262282	142086	120196
	Lisboa	2661850	396221	410046	247115	162931	166026	107895	58131	244020	139220	104800
	Alentejo	776585	106645	173501	99349	74152	76452	45788	30664	97049	53561	43488
	Algarve	395218	57732	73613	41268	32345	32977	19371	13606	40636	21897	18739
	RAA	241763	51767	31319	18155	13164	12945	7976	4969	18374	10179	8195
	RAM	245011	46901	33578	20414	13164	12592	8041	4551	20986	12373	8613
1991	Portugal	9867147	1928527	1388040	846281	541759	576484	374831	201653	811556	471450	340106
	Norte	3472715	752095	411956	253656	158300	168004	110892	57112	243952	142764	101188
	Centro	2258768	416328	384518	230031	154487	163370	103590	59780	221148	126441	94707
	Lisboa	2520708	448083	398854	202878	195976	129156	87298	41858	269698	115580	154118
	Alentejo	782331	130790	146406	87960	58446	64829	40700	24129	81577	47260	34317
	Algarve	341404	59362	59915	35236	24679	26824	16667	10157	33091	18569	14522
	RAA	237795	61911	30036	18481	11555	12740	8393	4347	17296	10088	7208
	RAM	253426	59958	29964	18038	11926	11551	7292	4259	18413	10746	7667

Elaboração própria. Fonte: INE, 2013, *Base de dados. CENSOS 1991; CENSOS 2001; CENSOS 2011*

Tabela 2.2: Índices resumo de Portugal/NUTS II: Percentagem de idosos; índice de envelhecimento; índice de longevidade. 1991, 2001, 2011

Ano	Local de residência Portugal/NUTS II	Homens e Mulheres		
		Perc. de idosos ⁹⁶⁹	Índice de envelh. ⁹⁷⁰	Índice de longe. ⁹⁷¹
2011	Portugal	19	128	48
	Norte	17	113	47
	Centro	22	163	50
	Lisboa	18	117	46
	Alentejo	24	178	52
	Algarve	19	131	49
	RAA	13	73	47
	RAM	15	91	47
2001	Portugal	16	102	41
	Norte	14	79	40
	Centro	19	130	43
	Lisboa	15	103	40
	Alentejo	22	163	43
	Algarve	19	128	44
	RAA	13	60	42
	RAM	14	72	39
1991	Portugal	14	72	39
	Norte	12	55	38
	Centro	17	92	40
	Lisboa	16	89	49
	Alentejo	19	112	40
	Algarve	18	101	41
	RAA	13	49	38
	RAM	12	50	40

Elaboração própria. Fonte: Tabela 2.1 (Anexo II)

⁹⁶⁹ Percentagem de idosos= (População com 65 e + anos / População Total) x 100

⁹⁷⁰ Índice de Envelhecimento ou Índice de Vitalidade= (População com 65 e + anos / População com 0 - 14 anos) x 100

⁹⁷¹ Índice de longevidade= (População com 75 e + anos / População com 65 e + anos) x 100

ANEXO III

Serviços de saúde: Centros de saúde; extensões de centros de saúde; hospitais

Tabela 3.1: Centros de saúde (N.º) por localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III) e Tipo de serviço (com internamento/sem internamento), 1993-2012.

Portugal. NUTS II e NUTS III	2012			2011			2010			2009		
	Total	Com inte.	Sem inte.									
Portugal	387	17	370	388	18	370	376	24	352	375	29	346
Norte	120	1	119	120	2	118	108	4	104	107	5	102
Mínho-Lima	12	0	12	12	1	11	12	1	11	12	1	11
Cávado	9	0	9	9	0	9	6	0	6	6	0	6
Ave	11	0	11	11	0	11	10	0	10	10	0	10
Grande Porto	31	0	31	31	0	31	25	0	25	24	0	24
Tâmega	17	0	17	17	0	17	15	2	13	15	2	13
Entre Douro e Vouga	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5
Douro	20	0	20	20	0	20	20	0	20	20	1	19
Alto Trás-os-Montes	15	1	14	15	1	14	15	1	14	15	1	14
Centro	108	2	106	109	2	107	109	2	107	109	4	105
Baixo Vouga	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12
Baixo Mondego	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13
Pinhal Litoral	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
Pinhal Interior Norte	14	1	13	14	1	13	14	1	13	14	2	12
Dão-Lafões	16	0	16	17	0	17	17	0	17	17	0	17
Pinhal Interior Sul	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	1	4
Serra da Estrela	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Beira Interior Norte	9	1	8	9	1	8	9	1	8	9	1	8
Beira Interior Sul	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4
Cova da Beira	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Oeste	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12
Médio Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
Lisboa	54	0	54	54	0	54	54	0	54	54	0	54
Grande Lisboa	38	0	38	38	0	38	38	0	38	38	0	38
Península de Setúbal	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16
Alentejo	59	0	59	59	0	59	59	3	56	59	4	55
Alentejo Litoral	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5
Alto Alentejo	16	0	16	16	0	16	16	1	15	16	1	15
Alentejo Central	14	0	14	14	0	14	14	1	13	14	2	12
Baixo Alentejo	13	0	13	13	0	13	13	1	12	13	1	12
Lezíria do Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
Algarve	16	0	16	16	0	16	16	1	15	16	2	14
RAA	17	12	5	17	12	5	17	12	5	17	12	5
RAM	13	2	11	13	2	11	13	2	11	13	2	11
Portugal. NUTS II e NUTS III	2008			2007			2006			2005		
	Total	Com inte.	Sem inte.									
Portugal	377	34	343	377	44	333	378	56	322	379	60	319
Norte	108	6	102	108	10	98	109	15	94	110	17	93
Mínho-Lima	12	1	11	12	1	11	12	3	9	12	3	9
Cávado	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
Ave	10	0	10	10	0	10	10	0	10	10	0	10
Grande Porto	25	0	25	25	0	25	26	0	26	27	0	27
Tâmega	15	2	13	15	3	12	15	4	11	15	4	11
Entre Douro e Vouga	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5
Douro	20	2	18	20	4	16	20	4	16	20	5	15
Alto Trás-os-Montes	15	1	14	15	2	13	15	4	11	15	5	10
Centro	109	5	104	109	7	102	109	9	100	109	11	98
Baixo Vouga	12	0	12	12	1	11	12	2	10	12	2	10
Baixo Mondego	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13
Pinhal Litoral	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
Pinhal Interior Norte	14	2	12	14	2	12	14	3	11	14	4	10
Dão-Lafões	17	0	17	17	0	17	17	0	17	17	0	17
Pinhal Interior Sul	5	1	4	5	1	4	5	1	4	5	1	4
Serra da Estrela	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Beira Interior Norte	9	1	8	9	2	7	9	2	7	9	3	6
Beira Interior Sul	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4
Cova da Beira	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Oeste	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12

Médio Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
Lisboa	54	0	54	54	0	54	54	0	54	54	0	54
Grande Lisboa	38	0	38	38	0	38	38	0	38	38	0	38
Península de Setúbal	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16
Alentejo	59	5	54	59	7	52	59	9	50	59	9	50
Alentejo Litoral	5	0	5	5	1	4	5	2	3	5	2	3
Alto Alentejo	16	1	15	16	1	15	16	2	14	16	2	14
Alentejo Central	14	2	12	14	2	12	14	2	12	14	2	12
Baixo Alentejo	13	2	11	13	3	10	13	3	10	13	3	10
Lezíria do Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
Algarve	16	3	13	16	5	11	16	8	8	16	8	8
RAA	17	12	5	17	12	5	17	12	5	17	12	5
RAM	14	3	11	14	3	11	14	3	11	14	3	11
Portugal. NUTS II e NUTS III	2004			2003			2002			2001		
	Total	Com inte.	Sem inte.									
Portugal	377	66	311	393	70	323	391	76	315	392	79	313
Norte	108	19	89	125	21	104	124	21	103	124	21	103
Mínho-Lima	12	3	9	13	3	10	13	3	10	13	3	10
Cávado	6	0	6	9	0	9	9	0	9	9	0	9
Ave	10	1	9	11	1	10	11	1	10	11	1	10
Grande Porto	25	0	25	35	0	35	34	0	34	34	0	34
Tâmega	15	4	11	17	5	12	17	5	12	17	5	12
Entre Douro e Vouga	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5
Douro	20	5	15	20	5	15	20	5	15	20	5	15
Alto Trás-os-Montes	15	6	9	15	7	8	15	7	8	15	7	8
Centro	109	12	97	109	14	95	109	14	95	110	16	94
Baixo Vouga	12	2	10	12	2	10	12	2	10	13	2	11
Baixo Mondego	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13
Pinhal Litoral	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
Pinhal Interior Norte	14	4	10	14	5	9	14	5	9	14	6	8
Dão-Lafões	17	1	16	17	1	16	17	1	16	17	1	16
Pinhal Interior Sul	5	1	4	5	1	4	5	1	4	5	1	4
Serra da Estrela	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Beira Interior Norte	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6
Beira Interior Sul	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4
Cova da Beira	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Oeste	12	0	12	12	1	11	12	1	11	12	2	10
Médio Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
Lisboa	54	1	53	54	1	53	54	2	52	54	3	51
Grande Lisboa	38	0	38	38	0	38	38	0	38	38	0	38
Península de Setúbal	16	1	15	16	1	15	16	2	14	16	3	13
Alentejo	59	12	47	59	12	47	59	16	43	59	16	43
Alentejo Litoral	5	3	2	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Alto Alentejo	16	2	14	16	2	14	16	3	13	16	3	13
Alentejo Central	14	4	10	14	4	10	14	5	9	14	5	9
Baixo Alentejo	13	3	10	13	3	10	13	3	10	13	3	10
Lezíria do Tejo	11	0	11	11	0	11	11	2	9	11	2	9
Algarve	16	7	9	16	7	9	16	7	9	16	7	9
RAA	17	12	5	17	12	5	17	13	4	17	13	4
RAM	14	3	11	13	3	10	12	3	9	12	3	9
Portugal. NUTS II e NUTS III	2000			1999			1998			1997		
	Total	Com inte.	Sem inte.									
Portugal	393	87	306	390	95	295	388	104	284	386	113	273
Norte	125	22	103	124	25	99	124	26	98	123	27	96
Mínho-Lima	13	4	9	13	4	9	13	4	9	12	4	8
Cávado	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	1	8
Ave	11	1	10	11	1	10	11	1	10	11	1	10
Grande Porto	35	0	35	34	0	34	34	0	34	34	0	34
Tâmega	17	5	12	17	7	10	17	7	10	17	7	10
Entre Douro e Vouga	5	0	5	5	1	4	5	1	4	5	1	4
Douro	20	5	15	20	5	15	20	6	14	20	6	14
Alto Trás-os-Montes	15	7	8	15	7	8	15	7	8	15	7	8
Centro	110	17	93	109	18	91	109	23	86	109	30	79
Baixo Vouga	13	2	11	13	3	10	13	4	9	13	5	8

Baixo Mondego	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	2	11
Pinhal Litoral	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
Pinhal Interior Norte	14	6	8	14	6	8	14	8	6	14	9	5
Dão-Lafões	17	2	15	16	2	14	16	2	14	16	5	11
Pinhal Interior Sul	5	1	4	5	1	4	5	1	4	5	1	4
Serra da Estrela	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Beira Interior Norte	9	3	6	9	3	6	9	5	4	9	5	4
Beira Interior Sul	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4
Cova da Beira	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Oeste	12	2	10	12	2	10	12	2	10	12	2	10
Médio Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11
Lisboa	54	4	50	53	4	49	52	5	47	51	5	46
Grande Lisboa	38	1	37	38	1	37	37	2	35	37	2	35
Península de Setúbal	16	3	13	15	3	12	15	3	12	14	3	11
Alentejo	59	19	40	59	23	36	59	25	34	59	26	33
Alentejo Litoral	5	3	2	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Alto Alentejo	16	3	13	16	5	11	16	5	11	16	5	11
Alentejo Central	14	5	9	14	7	7	14	7	7	14	8	6
Baixo Alentejo	13	6	7	13	6	7	13	7	6	13	7	6
Lezíria do Tejo	11	2	9	11	2	9	11	3	8	11	3	8
Algarve	16	9	7	16	9	7	16	9	7	16	9	7
RAA	17	13	4	17	13	4	17	13	4	17	13	4
RAM	12	3	9	12	3	9	11	3	8	11	3	8
Portugal. NUTS II e NUTS III	1996			1995			1994			1993		
	Total	Com inte.	Sem inte.									
Portugal	382	112	270	383	118	265	388	122	266	383	128	255
Norte	119	25	94	119	28	91	116	30	86	114	32	82
Minho-Lima	12	4	8	12	5	7	12	5	7	11	5	6
Cávado	7	1	6	7	1	6	7	1	6	7	1	6
Ave	11	0	11	11	1	10	11	2	9	10	2	8
Grande Porto	32	0	32	32	0	32	31	0	31	31	0	31
Tâmega	17	7	10	17	8	9	17	8	9	17	8	9
Entre Douro e Vouga	5	1	4	5	1	4	5	1	4	5	1	4
Douro	20	6	14	20	6	14	19	6	13	19	6	13
Alto Trás-os-Montes	15	6	9	15	6	9	14	7	7	14	9	5
Centro	109	31	78	109	33	76	109	34	75	108	36	72
Baixo Vouga	13	5	8	13	5	8	13	5	8	13	5	8
Baixo Mondego	13	2	11	13	2	11	13	2	11	13	2	11
Pinhal Litoral	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6
Pinhal Interior Norte	14	9	5	14	9	5	14	9	5	14	9	5
Dão-Lafões	16	5	11	16	6	10	16	7	9	16	7	9
Pinhal Interior Sul	5	1	4	5	2	3	5	2	3	5	2	3
Serra da Estrela	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Beira Interior Norte	9	5	4	9	5	4	9	5	4	9	6	3
Beira Interior Sul	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4
Cova da Beira	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Oeste	12	2	10	12	2	10	12	2	10	11	3	8
Médio Tejo	11	1	10	11	1	10	11	1	10	11	1	10
Lisboa	51	5	46	52	5	47	59	5	54	57	5	52
Grande Lisboa	37	2	35	37	2	35	44	2	42	44	2	42
Península de Setúbal	14	3	11	15	3	12	15	3	12	13	3	10
Alentejo	59	27	32	59	29	30	59	29	30	59	31	28
Alentejo Litoral	5	3	2	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Alto Alentejo	16	5	11	16	6	10	16	6	10	16	7	9
Alentejo Central	14	9	5	14	9	5	14	9	5	14	9	5
Baixo Alentejo	13	7	6	13	8	5	13	8	5	13	8	5
Lezíria do Tejo	11	3	8	11	3	8	11	3	8	11	4	7
Algarve	16	9	7	16	9	7	16	9	7	16	9	7
RAA	17	13	4	17	13	4	17	13	4	17	13	4
RAM	11	2	9	11	1	10	12	2	10	12	2	10

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de estatística, 2014, *Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Tipo de serviço; Anual.*

Tabela 3.2: Centros de saúde (N.º) por localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III) e existência de serviço de urgência, 1993-2012.

Portugal. NUTS II e NUTS III	2012			2011			2010			2009		
	Total	Sim	Não									
Portugal	387	94	293	388	109	279	376	155	221	375	208	167
Norte	120	25	95	120	25	95	108	57	51	107	90	17
Minho-Lima	12	0	12	12	1	11	12	9	3	12	10	2
Cávado	9	1	8	9	1	8	6	3	3	6	6	0
Ave	11	2	9	11	1	10	10	2	8	10	9	1
Grande Porto	31	6	25	31	6	25	25	9	16	24	17	7
Tâmega	17	6	11	17	8	9	15	12	3	15	14	1
Entre Douro e Vouga	5	2	3	5	1	4	5	2	3	5	2	3
Douro	20	3	17	20	4	16	20	11	9	20	17	3
Alto Trás-os-Montes	15	5	10	15	3	12	15	9	6	15	15	0
Centro	108	24	84	109	33	76	109	38	71	109	45	64
Baixo Vouga	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12
Baixo Mondego	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	1	12
Pinhal Litoral	6	1	5	6	2	4	6	2	4	6	3	3
Pinhal Interior Norte	14	4	10	14	5	9	14	10	4	14	11	3
Dão-Lafões	16	2	14	17	8	9	17	3	14	17	8	9
Pinhal Interior Sul	5	3	2	5	4	1	5	4	1	5	4	1
Serra da Estrela	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Beira Interior Norte	9	8	1	9	8	1	9	9	0	9	8	1
Beira Interior Sul	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	1	3
Cova da Beira	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	1	2
Oeste	12	2	10	12	2	10	12	6	6	12	5	7
Médio Tejo	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	1	10
Lisboa	54	8	46	54	8	46	54	8	46	54	9	45
Grande Lisboa	38	6	32	38	6	32	38	6	32	38	7	31
Península de Setúbal	16	2	14	16	2	14	16	2	14	16	2	14
Alentejo	59	12	47	59	18	41	59	27	32	59	30	29
Alentejo Litoral	5	2	3	5	2	3	5	2	3	5	2	3
Alto Alentejo	16	2	14	16	2	14	16	7	9	16	7	9
Alentejo Central	14	4	10	14	4	10	14	5	9	14	7	7
Baixo Alentejo	13	2	11	13	8	5	13	11	2	13	11	2
Lezíria do Tejo	11	2	9	11	2	9	11	2	9	11	3	8
Algarve	16	3	13	16	3	13	16	3	13	16	11	5
RAA	17	14	3	17	14	3	17	14	3	17	15	2
RAM	13	8	5	13	8	5	13	8	5	13	8	5
Portugal. NUTS II e NUTS III	2008			2007			2006			2005		
	Total	Sim	Não									
Portugal	377	197	180	377	277	100	378	282	96	382	285	97
Norte	108	75	33	108	94	14	109	92	17	112	92	20
Minho-Lima	12	11	1	12	11	1	12	11	1	12	12	0
Cávado	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0
Ave	10	7	3	10	10	0	10	10	0	10	10	0
Grande Porto	25	7	18	25	20	5	26	17	9	29	18	11
Tâmega	15	12	3	15	14	1	15	15	0	15	14	1
Entre Douro e Vouga	5	2	3	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Douro	20	15	5	20	16	4	20	17	3	20	16	4
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	15	14	1	15	13	2	15	13	2
Centro	109	50	59	109	81	28	109	84	25	109	86	23
Baixo Vouga	12	1	11	12	5	7	12	10	2	12	10	2
Baixo Mondego	13	1	12	13	12	1	13	7	6	13	7	6
Pinhal Litoral	6	4	2	6	4	2	6	5	1	6	5	1
Pinhal Interior Norte	14	10	4	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Dão-Lafões	17	9	8	17	12	5	17	16	1	17	17	0
Pinhal Interior Sul	5	4	1	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Serra da Estrela	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Beira Interior Norte	9	8	1	9	8	1	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Cova da Beira	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	2	1
Oeste	12	8	4	12	9	3	12	6	6	12	6	6
Médio Tejo	11	0	11	11	7	4	11	7	4	11	7	4
Lisboa	54	10	44	54	19	35	54	19	35	54	19	35

Grande Lisboa	38	7	31	38	8	30	38	9	29	38	9	29
Península de Setúbal	16	3	13	16	11	5	16	10	6	16	10	6
Alentejo	59	36	23	59	49	10	59	52	7	59	52	7
Alentejo Litoral	5	3	2	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Alto Alentejo	16	14	2	16	15	1	16	15	1	16	15	1
Alentejo Central	14	5	9	14	9	5	14	12	2	14	12	2
Baixo Alentejo	13	11	2	13	11	2	13	11	2	13	11	2
Lezíria do Tejo	11	3	8	11	9	2	11	9	2	11	9	2
Algarve	16	3	13	16	11	5	16	12	4	16	13	3
RAA	17	15	2	17	15	2	17	15	2	17	15	2
RAM	14	8	6	14	8	6	14	8	6	15	8	7
Portugal.	2004			2003			2002			2001		
NUTS II e NUTS III	Total	Sim	Não									
Portugal	377	288	89	393	294	99	391	276	115	392	277	115
Norte	108	94	14	125	108	17	124	103	21	124	104	20
Minho-Lima	12	12	0	13	12	1	13	12	1	13	12	1
Cávado	6	6	0	9	8	1	9	8	1	9	8	1
Ave	10	10	0	11	11	0	11	10	1	11	11	0
Grande Porto	25	17	8	35	26	9	34	23	11	34	22	12
Tâmega	15	15	0	17	17	0	17	16	1	17	16	1
Entre Douro e Vouga	5	3	2	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Douro	20	17	3	20	17	3	20	16	4	20	17	3
Alto Trás-os-Montes	15	14	1	15	14	1	15	15	0	15	15	0
Centro	109	85	24	109	83	26	109	77	32	110	77	33
Baixo Vouga	12	10	2	12	10	2	12	9	3	13	9	4
Baixo Mondego	13	7	6	13	6	7	13	6	7	13	5	8
Pinhal Litoral	6	5	1	6	5	1	6	5	1	6	5	1
Pinhal Interior Norte	14	14	0	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Dão-Lafões	17	16	1	17	16	1	17	16	1	17	16	1
Pinhal Interior Sul	5	5	0	5	5	0	5	4	1	5	4	1
Serra da Estrela	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Beira Interior Norte	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Cova da Beira	3	2	1	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Oeste	12	6	6	12	6	6	12	6	6	12	6	6
Médio Tejo	11	7	4	11	7	4	11	3	8	11	4	7
Lisboa	54	20	34	54	20	34	54	19	35	54	19	35
Grande Lisboa	38	9	29	38	9	29	38	9	29	38	10	28
Península de Setúbal	16	11	5	16	11	5	16	10	6	16	9	7
Alentejo	59	53	6	59	47	12	59	42	17	59	42	17
Alentejo Litoral	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Alto Alentejo	16	15	1	16	9	7	16	9	7	16	9	7
Alentejo Central	14	12	2	14	12	2	14	12	2	14	12	2
Baixo Alentejo	13	11	2	13	11	2	13	11	2	13	11	2
Lezíria do Tejo	11	10	1	11	10	1	11	5	6	11	5	6
Algarve	16	13	3	16	13	3	16	13	3	16	13	3
RAA	17	15	2	17	15	2	17	14	3	17	14	3
RAM	14	8	6	13	8	5	12	8	4	12	8	4
Portugal.	2000			1999			1998			1997		
NUTS II e NUTS III	Total	Sim	Não									
Portugal	393	280	113	390	271	119	388	231	157	386	255	131
Norte	125	103	22	124	85	39	124	78	46	123	78	45
Minho-Lima	13	12	1	13	12	1	13	11	2	12	11	1
Cávado	9	8	1	9	8	1	9	5	4	9	7	2
Ave	11	11	0	11	8	3	11	8	3	11	8	3
Grande Porto	35	22	13	34	8	26	34	10	24	34	8	26
Tâmega	17	15	2	17	14	3	17	10	7	17	10	7
Entre Douro e Vouga	5	3	2	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Douro	20	17	3	20	17	3	20	17	3	20	17	3
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	15	15	0	15	14	1	15	14	1
Centro	110	79	31	109	77	32	109	70	39	109	74	35
Baixo Vouga	13	9	4	13	9	4	13	9	4	13	8	5
Baixo Mondego	13	5	8	13	5	8	13	4	9	13	5	8
Pinhal Litoral	6	5	1	6	5	1	6	3	3	6	2	4
Pinhal Interior Norte	14	14	0	14	14	0	14	13	1	14	13	1
Dão-Lafões	17	16	1	16	14	2	16	12	4	16	14	2

Pinhal Interior Sul	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Serra da Estrela	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	3	0
Beira Interior Norte	9	9	0	9	8	1	9	8	1	9	9	0
Beira Interior Sul	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Cova da Beira	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Oeste	12	6	6	12	7	5	12	7	5	12	8	4
Médio Tejo	11	5	6	11	5	6	11	4	7	11	4	7
Lisboa	54	19	35	53	24	29	52	11	41	51	26	25
Grande Lisboa	38	10	28	38	12	26	37	8	29	37	24	13
Península de Setúbal	16	9	7	15	12	3	15	3	12	14	2	12
Alentejo	59	45	14	59	51	8	59	45	14	59	47	12
Alentejo Litoral	5	4	1	5	4	1	5	4	1	5	4	1
Alto Alentejo	16	9	7	16	15	1	16	13	3	16	13	3
Alentejo Central	14	12	2	14	12	2	14	10	4	14	11	3
Baixo Alentejo	13	11	2	13	11	2	13	11	2	13	11	2
Lezíria do Tejo	11	9	2	11	9	2	11	7	4	11	8	3
Algarve	16	12	4	16	12	4	16	7	9	16	7	9
RAA	17	14	3	17	14	3	17	13	4	17	15	2
RAM	12	8	4	12	8	4	11	7	4	11	8	3
Portugal.	1996			1995			1994			1993		
NUTS II e NUTS III	Total	Sim	Não									
Portugal	382	386	220	383	218	165	388	223	165	383	221	162
Norte	119	123	69	119	68	51	116	66	50	114	64	50
Mínho-Lima	12	12	8	12	8	4	12	8	4	11	8	3
Cávado	7	9	5	7	5	2	7	4	3	7	5	2
Ave	11	11	8	11	8	3	11	8	3	10	6	4
Grande Porto	32	34	7	32	8	24	31	7	24	31	8	23
Tâmega	17	17	11	17	10	7	17	11	6	17	9	8
Entre Douro e Vouga	5	5	3	5	3	2	5	3	2	5	3	2
Douro	20	20	13	20	12	8	19	12	7	19	12	7
Alto Trás-os-Montes	15	15	14	15	14	1	14	13	1	14	13	1
Centro	109	109	70	109	71	38	109	75	34	108	73	35
Baixo Vouga	13	13	7	13	7	6	13	9	4	13	7	6
Baixo Mondego	13	13	5	13	5	8	13	5	8	13	5	8
Pinhal Litoral	6	6	1	6	1	5	6	3	3	6	3	3
Pinhal Interior Norte	14	14	13	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Dão-Lafões	16	16	14	16	14	2	16	14	2	16	14	2
Pinhal Interior Sul	5	5	5	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Serra da Estrela	3	3	2	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Beira Interior Norte	9	9	9	9	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	4	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Cova da Beira	3	3	1	3	1	2	3	1	2	3	1	2
Oeste	12	12	7	12	7	5	12	7	5	11	7	4
Médio Tejo	11	11	4	11	4	7	11	4	7	11	4	7
Lisboa	51	51	9	52	10	42	59	10	49	57	9	48
Grande Lisboa	37	37	6	37	6	31	44	8	36	44	7	37
Península de Setúbal	14	14	3	15	4	11	15	2	13	13	2	11
Alentejo	59	59	43	59	42	17	59	41	18	59	43	16
Alentejo Litoral	5	5	4	5	4	1	5	4	1	5	4	1
Alto Alentejo	16	16	9	16	8	8	16	8	8	16	10	6
Alentejo Central	14	14	11	14	11	3	14	11	3	14	11	3
Baixo Alentejo	13	13	11	13	11	2	13	10	3	13	10	3
Lezíria do Tejo	11	11	8	11	8	3	11	8	3	11	8	3
Algarve	16	16	7	16	7	9	16	9	7	16	11	5
RAA	17	17	14	17	14	3	17	15	2	17	14	3
RAM	11	11	8	11	6	5	12	7	5	12	7	5

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Existência de serviço de urgência básica - SUB ou serviço de atendimento permanente ou prolongado - SAP (Sim/Não)*; Anual.

Tabela 3.3: Centros de saúde (N.º) por localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III) e existência de serviço domiciliário, 1993-2012.

Portugal. NUTS II e NUTS III	2012			2011			2010			2009		
	Total	Sim	Não									
Portugal	387	387	0	388	387	1	376	371	5	375	374	1
Norte	120	120	0	120	120	0	108	106	2	107	106	1
Minho-Lima	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0
Cávado	9	9	0	9	9	0	6	6	0	6	6	0
Ave	11	11	0	11	11	0	10	10	0	10	10	0
Grande Porto	31	31	0	31	31	0	25	23	2	24	23	1
Tâmega	17	17	0	17	17	0	15	15	0	15	15	0
Entre Douro e Vouga	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Douro	20	20	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0
Centro	108	108	0	109	109	0	109	107	2	109	109	0
Baixo Vouga	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0
Baixo Mondego	13	13	0	13	13	0	13	11	2	13	13	0
Pinhal Litoral	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0
Pinhal Interior Norte	14	14	0	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Dão-Lafões	16	16	0	17	17	0	17	17	0	17	17	0
Pinhal Interior Sul	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Serra da Estrela	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Beira Interior Norte	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0
Cova da Beira	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Oeste	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0
Médio Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0
Lisboa	54	54	0	54	54	0	54	54	0	54	54	0
Grande Lisboa	38	38	0	38	38	0	38	38	0	38	38	0
Península de Setúbal	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0
Alentejo	59	59	0	59	58	1	59	59	0	59	59	0
Alentejo Litoral	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Alto Alentejo	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0
Alentejo Central	14	14	0	14	13	1	14	14	0	14	14	0
Baixo Alentejo	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0
Lezíria do Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0
Algarve	16	16	0	16	16	0	16	15	1	16	16	0
RAA	17	17	0	17	17	0	17	17	0	17	17	0
RAM	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0
Portugal. NUTS II e NUTS III	2008			2007			2006			2005		
	Total	Sim	Não									
Portugal	377	367	10	377	373	4	378	374	4	382	374	8
Norte	108	105	3	108	105	3	109	106	3	112	106	6
Minho-Lima	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0
Cávado	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0
Ave	10	10	0	10	10	0	10	10	0	10	10	0
Grande Porto	25	22	3	25	22	3	26	23	3	29	23	6
Tâmega	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0
Entre Douro e Vouga	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Douro	20	20	0	20	20	0	20	20	0	20	20	0
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	15	15	0	15	15	0	15	15	0
Centro	109	102	7	109	109	0	109	109	0	109	109	0
Baixo Vouga	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0
Baixo Mondego	13	11	2	13	13	0	13	13	0	13	13	0
Pinhal Litoral	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0
Pinhal Interior Norte	14	9	5	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Dão-Lafões	17	17	0	17	17	0	17	17	0	17	17	0
Pinhal Interior Sul	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Serra da Estrela	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Beira Interior Norte	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0
Cova da Beira	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Oeste	12	12	0	12	12	0	12	12	0	12	12	0
Médio Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0
Lisboa	54	54	0	54	54	0	54	54	0	54	54	0

Grande Lisboa	38	38	0	38	38	0	38	38	0	38	38	0
Península de Setúbal	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0
Alentejo	59	59	0	59	59	0	59	59	0	59	59	0
Alentejo Litoral	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Alto Alentejo	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0
Alentejo Central	14	14	0	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Baixo Alentejo	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0
Lezíria do Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0
Algarve	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0
RAA	17	17	0	17	17	0	17	17	0	17	17	0
RAM	14	14	0	14	13	1	14	13	1	15	13	2
Portugal.	2004			2003			2002			2001		
NUTS II e NUTS III	Total	Sim	Não									
Portugal	377	374	3	99	388	5	391	388	3	277	388	4
Norte	108	106	2	17	121	4	124	122	2	104	122	2
Minho-Lima	12	12	0	1	13	0	13	13	0	12	13	0
Cávado	6	6	0	1	9	0	9	9	0	8	9	0
Ave	10	10	0	0	11	0	11	11	0	11	11	0
Grande Porto	25	23	2	9	31	4	34	32	2	22	32	2
Tâmega	15	15	0	0	17	0	17	17	0	16	17	0
Entre Douro e Vouga	5	5	0	2	5	0	5	5	0	3	5	0
Douro	20	20	0	3	20	0	20	20	0	17	20	0
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	1	15	0	15	15	0	15	15	0
Centro	109	109	0	26	109	0	109	109	0	77	110	0
Baixo Vouga	12	12	0	2	12	0	12	12	0	9	13	0
Baixo Mondego	13	13	0	7	13	0	13	13	0	5	13	0
Pinhal Litoral	6	6	0	1	6	0	6	6	0	5	6	0
Pinhal Interior Norte	14	14	0	0	14	0	14	14	0	14	14	0
Dão-Lafões	17	17	0	1	17	0	17	17	0	16	17	0
Pinhal Interior Sul	5	5	0	0	5	0	5	5	0	4	5	0
Serra da Estrela	3	3	0	1	3	0	3	3	0	2	3	0
Beira Interior Norte	9	9	0	0	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	4	0	2	4	0	4	4	0	2	4	0
Cova da Beira	3	3	0	2	3	0	3	3	0	1	3	0
Oeste	12	12	0	6	12	0	12	12	0	6	12	0
Médio Tejo	11	11	0	4	11	0	11	11	0	4	11	0
Lisboa	54	54	0	34	54	0	54	54	0	19	54	0
Grande Lisboa	38	38	0	29	38	0	38	38	0	10	38	0
Península de Setúbal	16	16	0	5	16	0	16	16	0	9	16	0
Alentejo	59	59	0	12	59	0	59	58	1	42	59	0
Alentejo Litoral	5	5	0	0	5	0	5	5	0	5	5	0
Alto Alentejo	16	16	0	7	16	0	16	15	1	9	16	0
Alentejo Central	14	14	0	2	14	0	14	14	0	12	14	0
Baixo Alentejo	13	13	0	2	13	0	13	13	0	11	13	0
Lezíria do Tejo	11	11	0	1	11	0	11	11	0	5	11	0
Algarve	16	16	0	3	16	0	16	16	0	13	15	1
RAA	17	17	0	2	16	1	17	17	0	14	16	1
RAM	14	13	1	5	13	0	12	12	0	8	12	0
Portugal.	2000			1999			1998			1997		
NUTS II e NUTS III	Total	Sim	Não									
Portugal	393	389	4	390	384	6	388	385	3	255	384	2
Norte	125	122	3	124	121	3	124	121	3	78	121	2
Minho-Lima	13	13	0	13	13	0	13	13	0	11	12	0
Cávado	9	9	0	9	9	0	9	9	0	7	9	0
Ave	11	11	0	11	11	0	11	11	0	8	11	0
Grande Porto	35	32	3	34	31	3	34	31	3	8	32	2
Tâmega	17	17	0	17	17	0	17	17	0	10	17	0
Entre Douro e Vouga	5	5	0	5	5	0	5	5	0	3	5	0
Douro	20	20	0	20	20	0	20	20	0	17	20	0
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	15	15	0	15	15	0	14	15	0
Centro	110	110	0	109	109	0	109	109	0	74	109	0
Baixo Vouga	13	13	0	13	13	0	13	13	0	8	13	0
Baixo Mondego	13	13	0	13	13	0	13	13	0	5	13	0
Pinhal Litoral	6	6	0	6	6	0	6	6	0	2	6	0
Pinhal Interior Norte	14	14	0	14	14	0	14	14	0	13	14	0
Dão-Lafões	17	17	0	16	16	0	16	16	0	14	16	0

Pinhal Interior Sul	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Serra da Estrela	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Beira Interior Norte	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	4	0	4	4	0	4	4	0	2	4	0
Cova da Beira	3	3	0	3	3	0	3	3	0	1	3	0
Oeste	12	12	0	12	12	0	12	12	0	8	12	0
Médio Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	4	11	0
Lisboa	54	54	0	53	53	0	52	52	0	26	51	0
Grande Lisboa	38	38	0	38	38	0	37	37	0	24	37	0
Península de Setúbal	16	16	0	15	15	0	15	15	0	2	14	0
Alentejo	59	59	0	59	59	0	59	59	0	47	59	0
Alentejo Litoral	5	5	0	5	5	0	5	5	0	4	5	0
Alto Alentejo	16	16	0	16	16	0	16	16	0	13	16	0
Alentejo Central	14	14	0	14	14	0	14	14	0	11	14	0
Baixo Alentejo	13	13	0	13	13	0	13	13	0	11	13	0
Lezíria do Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	8	11	0
Algarve	16	16	0	16	14	2	16	16	0	7	16	0
RAA	17	16	1	17	17	0	17	17	0	15	17	0
RAM	12	12	0	12	11	1	11	11	0	8	11	0
Portugal.	1996			1995			1994			1993		
NUTS II e NUTS III	Total	Sim	Não									
Portugal	382	379	3	383	378	5	388	372	16	383	372	11
Norte	119	117	2	119	116	3	116	115	1	114	113	1
Minho-Lima	12	12	0	12	12	0	12	12	0	11	11	0
Cávado	7	7	0	7	7	0	7	7	0	7	7	0
Ave	11	11	0	11	11	0	11	11	0	10	10	0
Grande Porto	32	31	1	32	30	2	31	31	0	31	31	0
Tâmega	17	17	0	17	17	0	17	17	0	17	17	0
Entre Douro e Vouga	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Douro	20	19	1	20	19	1	19	18	1	19	18	1
Alto Trás-os-Montes	15	15	0	15	15	0	14	14	0	14	14	0
Centro	109	109	0	109	109	0	109	105	4	108	107	1
Baixo Vouga	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0
Baixo Mondego	13	13	0	13	13	0	13	12	1	13	13	0
Pinhal Litoral	6	6	0	6	6	0	6	6	0	6	6	0
Pinhal Interior Norte	14	14	0	14	14	0	14	13	1	14	14	0
Dão-Lafões	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	15	1
Pinhal Interior Sul	5	5	0	5	5	0	5	3	2	5	5	0
Serra da Estrela	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Beira Interior Norte	9	9	0	9	9	0	9	9	0	9	9	0
Beira Interior Sul	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0
Cova da Beira	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Oeste	12	12	0	12	12	0	12	12	0	11	11	0
Médio Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0
Lisboa	51	51	0	52	52	0	59	51	8	57	50	7
Grande Lisboa	37	37	0	37	37	0	44	37	7	44	37	7
Península de Setúbal	14	14	0	15	15	0	15	14	1	13	13	0
Alentejo	59	59	0	59	59	0	59	59	0	59	59	0
Alentejo Litoral	5	5	0	5	5	0	5	5	0	5	5	0
Alto Alentejo	16	16	0	16	16	0	16	16	0	16	16	0
Alentejo Central	14	14	0	14	14	0	14	14	0	14	14	0
Baixo Alentejo	13	13	0	13	13	0	13	13	0	13	13	0
Lezíria do Tejo	11	11	0	11	11	0	11	11	0	11	11	0
Algarve	16	15	1	16	16	0	16	14	2	16	15	1
RAA	17	17	0	17	15	2	17	17	0	17	17	0
RAM	11	11	0	11	11	0	12	11	1	12	11	1

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Existência de serviço domiciliário (Sim/ Não); Anual.*

Tabela 3.4: Extensões dos centros de saúde (N.º) por localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III), 1993-2011.

Portugal. NUTS II e NUTS III	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993
Portugal	1199	1225	1318	1778	1874	1916	1930	1940	1945	1941	1945	1941	1953	1962	1966	2016	2076	2042	2014	2052	2080
Norte	267	190	306	422	419	437	439	443	442	445	442	445	448	455	460	487	516	494	493	508	518
 Minho-Lima	21	3	2	20	21	25	25	27	26	34	26	34	36	36	36	36	37	39	38	40	43
 Cávado	22	30	42	44	41	41	41	41	41	42	41	42	42	42	42	42	43	44	44	44	44
 Ave	27	9	33	37	36	36	35	33	38	40	38	40	40	39	39	42	45	42	42	42	43
 Grande Porto	27	11	55	95	92	84	77	77	66	60	66	60	64	61	65	74	70	64	61	66	70
 Tâmega	53	34	37	63	63	65	65	65	65	65	65	65	65	66	67	65	73	66	64	64	64
 Entre Douro e Vouga	28	14	33	40	43	42	43	43	42	42	42	42	42	42	42	42	42	41	41	41	40
 Douro	34	39	56	61	60	61	57	61	67	62	67	62	67	69	69	73	78	77	76	76	77
 Alto Trás-os-Montes	55	50	48	62	63	83	96	96	97	100	97	100	92	100	100	113	128	121	127	135	137
 Centro	487	541	555	683	740	754	767	770	770	776	770	776	772	775	773	776	784	783	784	784	784
 Baixo Vouga	75	41	89	92	91	90	90	90	86	86	86	86	85	85	85	84	84	85	84	83	83
 Baixo Mondego	55	75	81	77	80	82	85	88	89	89	89	89	89	89	90	90	90	89	89	90	89
 Pinhal Litoral	61	61	63	63	64	64	66	66	62	65	62	65	65	65	65	64	64	62	61	61	61
 Pinhal Interior Norte	55	60	59	64	68	77	82	82	88	89	88	89	88	89	88	88	88	89	89	90	89
 Dão-Lafões	30	36	41	46	48	48	48	48	48	48	48	48	48	49	49	50	53	53	53	52	53
 Pinhal Interior Sul	25	39	32	32	34	37	37	36	36	39	36	39	37	36	36	36	38	40	40	39	38
 Serra da Estrela	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	29	30	30	30
 Beira Interior Norte	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	51	50	56	54	57
 Beira Interior Sul	51	35	52	42	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	51	51	51	51	51
 Cova da Beira	55	58	59	23	55	55	55	55	55	55	55	55	55	57	55	55	57	56	56	55	56
 Oeste	1	32	0	71	73	74	78	77	77	76	77	76	76	76	76	76	77	77	72	77	74
 Médio Tejo	0	25	0	94	96	96	95	97	98	98	98	98	98	98	98	102	103	102	103	102	103
 Lisboa	6	30	0	148	169	167	168	171	177	173	177	173	179	177	177	193	199	194	178	193	201
 Grande Lisboa	6	20	0	98	109	107	108	111	112	111	112	111	116	115	113	126	131	131	113	129	140
 Península de Setúbal	0	10	0	50	60	60	60	60	65	62	65	62	63	62	64	67	68	63	65	64	61
 Alentejo	238	261	252	319	339	348	347	347	347	340	347	340	346	346	347	347	355	354	347	350	349
 Alentejo Litoral	30	41	36	43	43	44	44	44	44	43	44	43	43	44	44	44	44	44	36	35	36
 Alto Alentejo	66	76	73	76	76	76	76	76	76	69	76	69	76	76	76	76	76	76	75	76	76
 Alentejo Central	77	79	78	74	83	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	91	91	91	91	91	91
 Baixo Alentejo	65	65	65	67	67	70	70	70	70	71	70	71	71	71	69	61	68	67	70	71	69
 Lezíria do Tejo	0	0	0	59	70	73	72	72	72	72	72	72	71	71	73	75	76	76	75	77	77
 Algarve	65	65	67	66	66	68	68	68	68	68	68	68	68	67	67	68	68	67	67	65	65
 RAA	100	100	100	101	102	103	105	105	105	102	105	102	103	104	104	105	114	110	106	113	124
 RAM	36	38	38	39	39	39	36	36	36	37	36	37	37	38	38	40	40	40	39	39	39

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Extensões (Série 1993-2011 - N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2002); Anual.*

Tabela 3.5: Hospitais (N.º) por localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III) e natureza institucional (Oficial/Privado), 2002-2013.

Portugal NUTS II e NUTS III	2013			2012			2011			2010			2009			2008		
	Tot	Ofi	Pri															
Portugal	227	119	108	229	122	107	226	123	103	229	127	102	186	86	100	189	92	97
Norte	75	38	37	74	38	36	72	38	34	75	39	36	57	23	34	57	25	32
Minho-Lima	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	1
Cávado	13	2	11	13	2	11	13	2	11	12	2	10	12	2	10	12	2	10
Ave	8	4	4	7	4	3	7	4	3	8	4	4	6	2	4	6	2	4
Grande Porto	33	18	15	33	18	15	32	18	14	37	19	18	29	14	15	28	14	14
Tâmega	6	2	4	6	2	4	6	2	4	5	2	3	4	1	3	3	1	2
Entre Douro e Vouga	4	3	1	4	3	1	4	3	1	3	3	0	1	1	0	3	3	0
Douro	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	1	1	0	1	1	0
Alto Trás-os-Montes	5	4	1	5	4	1	4	4	0	4	4	0	2	1	1	2	1	1
Centro	55	36	19	57	37	20	57	38	19	55	38	17	44	26	18	47	30	17
Baixo Vouga	7	5	2	8	5	3	8	5	3	6	5	1	7	5	2	7	5	2
Baixo Mondego	17	12	5	18	13	5	18	14	4	18	14	4	14	10	4	15	11	4
Pinhal Litoral	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Pinhal Interior Norte	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Dão-Lafões	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra da Estrela	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
Beira Interior Norte	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Beira Interior Sul	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Cova da Beira	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0
Oeste	9	6	3	9	6	3	9	6	3	9	6	3	5	2	3	7	4	3
Médio Tejo	6	4	2	6	4	2	6	4	2	6	4	2	4	2	2	3	2	1
Lisboa	59	28	31	61	30	31	60	30	30	62	32	30	54	24	30	54	24	30
Grande Lisboa	52	23	29	54	25	29	53	25	28	55	27	28	48	20	28	48	20	28
Península de Setúbal	7	5	2	7	5	2	7	5	2	7	5	2	6	4	2	6	4	2
Alentejo	11	7	4	11	7	4	11	7	4	12	8	4	9	6	3	9	6	3
Alentejo Litoral	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Alto Alentejo	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	1
Alentejo Central	3	1	2	3	1	2	3	1	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Baixo Alentejo	2	2	0	2	2	0	2	2	0	3	2	1	1	1	0	1	1	0
Lezíria do Tejo	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Algarve	10	4	6	9	4	5	9	4	5	8	4	4	7	3	4	7	3	4
RAA	8	3	5	8	3	5	8	3	5	8	3	5	8	3	5	8	3	5
RAM	9	3	6	9	3	6	9	3	6	9	3	6	7	1	6	7	1	6
Portugal NUTS II e NUTS III	2007			2006			2005			2004			2003			2002		
	Tot	Ofi	Pri															
Portugal	198	99	99	200	107	93	204	112	92	209	117	92	204	114	90	213	119	94
Norte	59	25	34	65	33	32	63	34	29	63	34	29	61	34	27	62	35	27
Minho-Lima	2	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0
Cávado	12	2	10	12	2	10	12	2	10	12	2	10	10	2	8	10	2	8
Ave	6	2	4	8	4	4	7	4	3	7	4	3	7	4	3	7	4	3
Grande Porto	30	14	16	33	17	16	31	16	15	31	16	15	31	16	15	31	16	15
Tâmega	3	1	2	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Entre Douro e Vouga	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Douro	1	1	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0
Alto Trás-os-Montes	2	1	1	3	2	1	4	4	0	4	4	0	4	4	0	4	4	0
Centro	47	32	15	46	31	15	50	32	18	52	34	18	49	31	18	54	35	19
Baixo Vouga	7	5	2	7	5	2	8	5	3	8	5	3	8	5	3	8	5	3
Baixo Mondego	16	13	3	15	12	3	17	13	4	19	15	4	16	12	4	18	14	4
Pinhal Litoral	3	2	1	3	2	1	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Pinhal Interior Norte	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3	3	0	3
Dão-Lafões	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra da Estrela	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Beira Interior Norte	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Beira Interior Sul	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Cova da Beira	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	1	1
Oeste	6	4	2	6	4	2	6	4	2	6	4	2	6	4	2	6	4	2
Médio Tejo	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	6	4	2
Lisboa	60	29	31	56	29	27	59	32	27	60	33	27	60	33	27	62	33	29
Grande Lisboa	54	25	29	51	25	26	53	27	26	54	28	26	54	28	26	56	28	28
Península de Setúbal	6	4	2	5	4	1	6	5	1	6	5	1	6	5	1	6	5	1
Alentejo	9	6	3	10	7	3	10	7	3	11	8	3	11	8	3	11	8	3
Alentejo Litoral	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Alto Alentejo	2	1	1	3	2	1	4	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2
Alentejo Central	4	2	2	4	2	2	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Baixo Alentejo	1	1	0	1	1	0	1	1	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0

Lezíria do Tejo	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Algarve	8	3	5	8	3	5	7	3	4	8	4	4	8	4	4	8	4	4
RAA	8	3	5	8	3	5	8	3	5	8	3	5	8	3	5	8	3	5
RAM	7	1	6	7	1	6	7	1	6	7	1	6	7	1	6	8	1	7

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Hospitais (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Natureza institucional; Anua.*

Tabela 3.6: Hospitais (N.º) por Localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III) e Modalidade (Hospital geral/Hospital especializado), 2010-2012.

Portugal. NUTS II e NUTS III	2012			2011			2010		
	Total	Hosp. geral	Hosp. especiali.	Total	Hosp. geral	Hosp. Especial.	Total	Hosp. geral	Hosp. Especial.
Portugal	229	170	59	226	164	62	229	168	61
Norte	74	61	13	72	59	13	75	61	14
Minho-Lima	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Cávado	13	10	3	13	10	3	12	9	3
Ave	7	7	0	7	7	0	8	8	0
Grande Porto	33	23	10	32	22	10	37	26	11
Tâmega	6	6	0	6	6	0	5	5	0
Entre Douro e Vouga	4	4	0	4	4	0	3	3	0
Douro	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Alto Trás-os-Montes	5	5	0	4	4	0	4	4	0
Centro	57	44	13	57	42	15	55	40	15
Baixo Vouga	8	8	0	8	8	0	6	6	0
Baixo Mondego	18	9	9	18	7	11	18	7	11
Pinhal Litoral	4	4	0	4	4	0	4	4	0
Pinhal Interior Norte	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Dão-Lafões	3	3	0	3	3	0	3	3	0
Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra da Estrela	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Beira Interior Norte	2	1	1	2	1	1	2	1	1
Beira Interior Sul	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Cova da Beira	2	2	0	2	2	0	2	2	0
Oeste	9	7	2	9	7	2	9	7	2
Médio Tejo	6	6	0	6	6	0	6	6	0
Lisboa	61	40	21	60	39	21	62	41	21
Grande Lisboa	54	34	20	53	33	20	55	35	20
Península de Setúbal	7	6	1	7	6	1	7	6	1
Alentejo	11	9	2	11	9	2	12	10	2
Alentejo Litoral	1	1	0	1	1	0	1	1	0
Alto Alentejo	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Alentejo Central	3	2	1	3	2	1	4	3	1
Baixo Alentejo	2	2	0	2	2	0	3	3	0
Lezíria do Tejo	2	2	0	2	2	0	1	1	0
Algarve	9	7	2	9	7	2	8	6	2
RAA	8	4	4	8	4	4	8	4	4
RAM	9	5	4	9	4	5	9	6	3

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Hospitais (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Modalidade; Anua.*

Tabela 3.7: Hospitais oficiais públicos (N.º) por localização geográfica (Portugal. NUTS II e NUTS III) e Modalidade (Hospital geral/Hospital especializado), 2010-2012.

	2012			2011			2010		
	Total	Hosp. geral	Hosp. Especial.	Total	Hosp. geral	Hosp. Especiali.	Total	Hosp. geral	Hosp. especiali.
Portugal	115	87	28	115	85	30	117	86	31
Norte	36	29	7	36	29	7	37	29	8
 Minho-Lima	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Cávado	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Ave	4	4	0	4	4	0	4	4	0
 Grande Porto	16	9	7	16	9	7	17	9	8
 Tâmega	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Entre Douro e Vouga	3	3	0	3	3	0	3	3	0
 Douro	3	3	0	3	3	0	3	3	0
 Alto Trás-os-Montes	4	4	0	4	4	0	4	4	0
 Centro	36	26	10	37	25	12	37	25	12
 Baixo Vouga	5	5	0	5	5	0	5	5	0
 Baixo Mondego	13	5	8	14	4	10	14	4	10
 Pinhal Litoral	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Pinhal Interior Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0
 Dão-Lafões	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0
 Serra da Estrela	1	1	0	1	1	0	1	1	0
 Beira Interior Norte	1	1	0	1	1	0	1	1	0
 Beira Interior Sul	1	1	0	1	1	0	1	1	0
 Cova da Beira	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Oeste	6	4	2	6	4	2	6	4	2
 Médio Tejo	3	3	0	3	3	0	3	3	0
 Lisboa	26	17	9	25	16	9	26	16	10
 Grande Lisboa	21	13	8	20	12	8	21	12	9
 Península de Setúbal	5	4	1	5	4	1	5	4	1
 Alentejo	7	7	0	7	7	0	7	7	0
 Alentejo Litoral	1	1	0	1	1	0	1	1	0
 Alto Alentejo	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Alentejo Central	1	1	0	1	1	0	1	1	0
 Baixo Alentejo	2	2	0	2	2	0	2	2	0
 Lezíria do Tejo	1	1	0	1	1	0	1	1	0
 Algarve	4	3	1	4	3	1	4	3	1
 RAA	3	3	0	3	3	0	3	3	0
 RAM	3	2	1	3	2	1	3	3	0

Elaboração própria. Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Hospitais oficiais públicos (N.º) por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Modalidade; Anual*.

ANEXO IV

Serviços de saúde: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; Unidades de Medicina Física e Reabilitação

Tabela 4.1:RNCCI–Camas e equipas de cuidados continuados integrados domiciliários(Nº). Portugal, NUTSIII, 2011

NUTS III	Total de camas	Equipas de cuidados domiciliários	Total
Minho-Lima	166	346	512
Cávado	148	526	674
Ave	248	450	698
Grande Porto	514	1090	1604
Tâmega	253	411	664
Entre Douro e Vouga	39	119	158
Douro	222	50	272
Alto Trás-os-Montes	194	671	865
Baixo Vouga	135	368	503
Baixo Mondego	576	676	1252
Pinhal Litoral	113	188	301
Pinhal Interior Norte	276	488	764
Pinhal Interior Sul	117	338	455
Dão-Lafões	174	140	314
Serra da Estrela	141	281	422
Beira Interior Norte	37	272	309
Beira Interior Sul	18	68	86
Cova da Beira	20	45	65
Oeste	173	405	578
Médio Tejo	148	292	440
Grande Lisboa	431	2345	2776
Península de Setúbal	271	791	1062
Lezíria do Tejo	165	407	572
Alto Alentejo	198	43	241
Alentejo Central	140	446	586
Alentejo Litoral	146	383	529
Baixo Alentejo	119	419	538
Algarve	413	2148	2561

Elaboração própria. Fonte Dados da Coordenação Nacional da RNCCI in ESTEVENS, João; LEÃO, Carla, 2012

Tabela 4.2: Unidades de Medicina Física e Reabilitação. Portugal, Regiões de saúde-NUTS II/Regiões de Referência para Avaliação em Saúde⁹⁷² (RRAS), 2007-2010. Ranking Regiões de Saúde-NUTSII/RRAS 2010. Ranking NUTSIII/ Unidades de MFR em 2010 (NUTS III).

Regiões de Saúde-NUTS II/RRAS	2007	2010	Regiões de Saúde-NUTS II/RRAS Ranking 2010		Ranking NUTS III 2010	Unidades de MFR em 2010(NUTS III)
Norte	227	285	1º	Lisboa e Vale do Tejo		
Braga	20	27	1º	Lisboa	Grande Lisboa (Lisboa)	190
Bragança	1	2	2º	Porto	Grande Porto (Porto)	116
Chaves	4	4	3º	Setúbal	Península de Setúbal (Setúbal)	61
Felgueiras	26	31	4º	Aveiro	Baixo Vouga (Aveiro)	42
Guimarães	30	34	5º	Guimarães	Ave (Guimarães)	34
Mirandela	4	9	6º	Coimbra	Baixo Mondego (Coimbra)	33
Porto	95	116	7º	Felgueiras\$	Tâmega (Felgueiras)	31
São João da Madeira	24	24	8º	Caldas da Rainha \$	Oeste (Caldas da Rainha)	31
Viana do Castelo	15	22	9º	Braga	Algarve (Faro e Portimão)	28
Vila Real	8	16	10º	São João da Madeira	Cavado (Braga)	27
Centro	110	154	2º	Norte		
Aveiro	32	42	11º	Leiria	Entre Douro e Vouga (São João da Madeira)	24
Castelo Branco	3	5	12º	Viseu	Pinhal Litoral (Leiria)	24
Coimbra	22	33	13º	Viana do Castelo	Dão-Lafões (Viseu)	23
Covilhã	5	6	14º	Vila Real	Minho-Lima (Viana do Castelo)	22
Guarda	3	3	15º	Lousã*	Douro (Vila Real)	16
Leiria	18	24	16º	Faro*	Pinhal Interior Norte (Lousã)	15
Lousã	13	15	17º	Portimão*	Alto-Trás-os-Montes (Mirandela, Chaves e Bragança)	15
Seia	2	1	18º	Entroncamento#	Lezíria do Tejo (Santarém e Coruche)	14
Sertã	0	2	19º	Santarém#	Alto Alentejo (Portalegre, Elvas e Ponte de Sor)	13
Viseu	12	23	20º	Mirandela	Médio Tejo (Médio Tejo)	12
Lisboa e Vale do Tejo	228	308	3º	Centro		
Caldas da Rainha	23	31	21º	Évora	Alentejo Central (Evora e Montemor-o-Novo)	11
Coruche	2	2	22º	Covilhã”	Baixo Alentejo (Beja e Moura)	7
Entroncamento	9	12	23º	Portalegre”	Alentejo Litoral (Sines e Odemira)	7
Lisboa	141	190	24º	Castelo Branco£	Cova da Beira (Covilhã)	6
Santarém	10	12	25º	Beja£	Beira Interior Sul (Castelo Branco)	5

⁹⁷² RRAS: Regiões encontradas pela ERS uma vez que considerou que “(...) As áreas da NUTSII do Norte, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve são, respetivamente, 21.287, 23.672, 11.736, 27.276 e 4.996 km², enquanto que (...) a área geográfica de abrangência (...) dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde deverá rondar os 2.000 km². (...) Assim, as RRAS deverão coincidir com sub-regiões das NUTSII, o que sugere naturalmente a utilização das NUTSIII como base de referência (...) Em primeiro lugar, dada a importância político-administrativa e estatística das unidades territoriais NUTSII e concelhos, estabeleceu-se como primeiro critério que as RRAS deveriam ser construídas por aglomeração de concelhos, e não deveriam ser incluídos na mesma RRAS concelhos pertencentes a NUTSII distintas. Assim, a definição das RRAS consistiu em cinco exercícios diferentes, um para cada NUTSII. Em segundo lugar, estabeleceu-se que cada RRAS definida por este processo deveria ter pelo menos 2.000 km² e incluir pelo menos um pólo urbano de atração, definido como uma cidade ou vila com pelo menos 5.000 habitantes, que servisse como centro onde se poderão localizar a maioria dos prestadores de cuidados de saúde da RRAS.” in Entidade Reguladora da Saúde, 2011, *Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*.

Setúbal	43	61	26°	Elvas£	Beira Interior Norte (Guarda)	3
Alentejo	30	38	4°	Alentejo		
Beja	6	5	27°	Sines£	Pinhal Interior Sul (Sertã)	2
Elvas	4	5	28°	Chaves§	Serra da Estrela (Seia)	1
Évora	6	7	29°	Montemor-o-Novo§		
Montemor-o-Novo	3	4	30°	Guarda		
Moura	2	2	31°	Bragança &		
Odemira	0	2	32°	Sertã &		
Ponte de Sor	3	2	33°	Coruche &		
Portalegre	3	6	34°	Moura &		
Sines	3	5	35°	Odemira &		
Algarve	22	28	5°	Algarve		
Faro	12	14	36°	Ponte de Sor &		
Portimão	10	14	37°	Seia @		
Total	617	813				

Elaboração própria. Fonte: Entidade Reguladora da Saúde, 2011, *Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação*.

Legenda: § Estas 2 RRAS têm o mesmo número de unidades; * Estas 3 RRAS têm o mesmo número de unidades; # Estas 2 RRAS têm o mesmo número de unidades; “Estas 2 RRAS têm o mesmo número de unidades; £ Estas 4 RRAS têm o mesmo número de unidades; § Estas 2 RRAS têm o mesmo número de unidades.

ANEXO V
Recursos humanos da saúde

Tabela 5.1: Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (N.º) ao serviço nos hospitais. Portugal, NUTS II e NUTS III (NUTS 2001), 1999-2012

NUTS II / NUTS III	2012			2011			2010			2009			2008			2007			2006		
	Méd.	Enf.	T.D.T																		
Portugal	21417	37495	8322	20539	37090	8161	22654	37934	8494	21652	35573	8330	21100	32965	8079	21024	32090	7833	20666	32668	7707
Norte	7595	11813	2222	7107	11571	2115	8538	12389	2400	7361	9773	2253	6656	8737	2121	6845	8424	2050	6520	9950	1972
Minho-Lima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	205	582	81
Cávado	798	1102	187	779	1110	175	745	983	158	809	992	230	816	1041	197	764	911	187	653	706	168
Ave	664	1018	227	635	1015	222	1139	1164	250	745	1057	232	656	1025	203	853	947	204	781	847	196
Grande Porto	4176	6583	1231	3818	6407	1156	5038	7121	1429	4202	4572	1231	3705	3696	1184	3823	3724	1155	3858	5540	1147
Tâmega	552	689	109	550	681	100	509	702	127	541	693	138	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre Douro e Vouga	-	-	-	-	-	-	271	476	102	272	488	107	296	503	105	288	438	99	302	458	93
Douro	345	661	109	330	644	105	287	660	105	320	891	142	282	811	133	277	785	127	214	550	81
Alto Trás-os-Montes	-	-	-	214	622	128	181	684	133	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Centro	3589	6769	1357	3588	6697	1350	3556	6632	1331	3545	6833	1337	3647	6602	1345	3317	6295	1292	3333	5845	1288
Baixo Vouga	515	838	157	487	870	161	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baixo Mondego	1821	3328	663	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1879	3092	679	1885	2616	657
Pinhal Litoral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pinhal Interior Norte	95	56	33	75	57	33	78	49	29	71	47	29	74	47	28	78	49	25	78	52	25
Dão-Lafões	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra da Estrela	5	63	20	5	63	18	5	63	18	0	0	0	5	7	16	6	4	12	6	5	15
Beira Interior Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beira Interior Sul	111	337	66	109	328	58	107	324	54	102	339	54	113	338	53	107	337	52	106	348	54
Cova da Beira	161	405	86	157	409	86	149	414	88	161	419	88	161	416	87	127	421	83	141	430	86
Lisboa e Vale do Tejo	8159	13800	3680	7842	13752	3651	8629	13873	3723	8871	14118	3716	9031	13188	3613	9092	13135	3514	9054	12685	3486
Oeste	261	580	134	251	619	144	252	660	148	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grande Lisboa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Península de Setúbal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médio Tejo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lezíria do Tejo	-	-	-	-	-	-	249	495	96	231	500	96	239	486	97	224	487	95	223	457	93
Alentejo	618	1459	353	586	1472	337	571	1513	348	539	1491	344	533	1423	352	530	1404	362	541	1383	353
Alentejo Litoral	43	165	27	43	165	27	46	187	41	38	180	28	43	168	35	34	167	50	62	163	52

Alto Alentejo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alentejo Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baixo Alentejo	148	373	83	147	371	79	-	-	-	100	380	71	118	364	81	116	354	77	110	352	85
Algarve	681	1480	301	647	1459	292	551	1381	288	546	1338	279	486	1264	270	496	1172	257	480	1111	241
RAA	387	1021	190	375	981	186	407	983	171	374	932	171	365	706	168	390	676	146	391	675	148
RAM	388	1153	219	394	1158	230	402	1163	233	416	1088	230	382	1045	210	354	984	212	347	1019	219

NUTS II / NUTS III	2005			2004			2003			2002			2001			2000			1999		
	Méd.	Enf.	T.D.T																		
Portugal	21022	31930	7663	20844	30821	7461	20773	28654	7615	21030	29020	7157	19887	28457	6875	19792	29080	6747	19414	28067	6685
Norte	6772	9361	1957	6682	9182	1874	6562	7524	1812	6446	7536	1816	6287	7590	1788	6655	9733	1713	5960	8352	1595
Minho-Lima	260	536	86	233	591	88	218	560	86	220	530	84	185	523	81	218	525	79	183	371	66
Cávado	581	872	162	608	868	143	580	885	144	609	736	141	528	750	131	501	866	112	580	828	111
Ave	704	928	212	724	979	199	686	829	184	661	799	170	620	794	167	456	810	149	-	-	-
Grande Porto	4210	4712	1114	4150	4668	1072	4150	3520	1026	4071	3279	1078	4003	3894	1067	4652	5676	1048	3875	4828	988
Tâmega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre Douro e Vouga	306	528	102	292	357	98	268	524	99	273	484	84	224	442	84	222	424	81	195	408	82
Douro	235	571	82	212	553	81	196	543	77	191	559	73	208	302	81	200	568	74	164	482	73
Alto Trás-os-Montes	200	653	114	179	623	110	186	445	113	174	620	107	172	401	105	173	621	105	152	551	88
Centro	3501	6610	1298	3423	6488	1271	3222	5974	1567	3351	6320	1179	3119	6071	1191	3039	5984	1138	2886	5725	1166
Baixo Vouga	426	662	138	428	595	131	393	642	121	399	744	133	390	652	142	375	649	140	343	614	129
Baixo Mondego	1963	3379	682	1982	3366	680	1808	2873	997	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1729	2821	695
Pinhal Litoral	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pinhal Interior Norte	74	48	26	64	48	24	66	48	24	66	47	27	78	48	24	60	33	23	65	29	20
Dão-Lafões	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pinhal Interior Sul	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Serra da Estrela	8	63	16	8	59	17	8	57	16	7	54	16	7	49	15	41	45	15	33	41	12
Beira Interior Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Beira Interior Sul	106	323	54	111	333	52	107	320	43	97	323	40	94	326	38	87	318	35	84	285	35
Cova da Beira	117	436	82	124	417	74	107	391	69	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lisboa e Vale do Tejo	9021	12695	3518	9004	11954	3467	9255	12287	3461	9481	11844	3419	8793	11672	3196	8440	10541	3200	8811	10677	3226
Oeste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grande Lisboa	7197	9053	2671	7170	8373	2651	7459	8922	2671	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Península de Setúbal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Médio Tejo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lezíria do Tejo	225	437	88	214	425	81	220	424	80	235	406	77	220	409	77	160	358	74	194	311	64
Alentejo	524	1094	317	517	1024	281	506	870	255	492	869	236	478	774	225	457	546	225	449	1000	219
Alentejo Litoral	30	132	49	31	72	39	14	48	21	16	46	18	14	46	16	12	45	15	14	44	14
Alto Alentejo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alentejo Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Baixo Alentejo	115	330	79	114	327	65	124	324	62	117	315	55	106	266	56	108	277	57	102	305	54
Algarve	461	496	217	520	546	231	515	509	203	453	989	192	433	952	183	420	870	176	512	895	184
RAA	403	663	140	366	641	145	368	555	137	340	536	138	315	508	115	292	548	108	269	555	109
RAM	340	1011	216	332	986	192	345	935	180	467	926	177	462	890	177	489	858	187	527	863	186

Elaboração própria. Fonte: : Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Pessoal ao serviço (N.º) nos hospitais por Localização geográfica (NUTS - 2001) e Tipo de pessoal ao serviço; Anual - INE, Inquérito aos hospitais.*

Tabela 5.2: Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (N.º) ao serviço nos centros de saúde. Portugal, NUTS II e NUTS III (NUTS 2002), 1993-2012.

NUTS II / NUTS III	2012			2011			2010			2009			2008			2007			2006		
	Méd.	Enf.	TDT	Médicos	Enf.	TDT	Méd.	Enf.	TDT	Méd.	Enf.	TDT									
Portugal	7423	x	1067	7168	X	1054	7057	x	1081	7117	x	1107	7346	x	1131	7312	8328	1095	7370	8283	1053
Norte	2776	x	244	2623	X	224	2610	x	245	2465	x	233	2588	x	242	2562	2757	247	2596	2747	242
Minho-Lima	218	x	15	227	X	17	232	x	13	180	x	14	215	x	18	220	266	21	230	270	20
Cávado	277	x	19	264	X	19	274	x	20	233	x	19	263	x	18	256	273	17	259	276	17
Ave	333	x	18	330	X	17	313	x	18	335	x	18	330	x	19	324	362	19	321	357	21
Grande Porto	1115	x	75	976	X	51	1002	x	72	925	x	66	960	x	59	961	844	65	953	852	65
Tâmega	324	x	23	324	X	22	307	x	22	302	x	23	328	x	29	320	365	27	319	379	29
Entre Douro e Vouga	198	x	8	185	X	8	172	x	10	166	x	11	173	x	12	166	123	12	174	108	12
Douro	152	x	34	150	X	30	140	x	31	139	x	29	143	x	34	146	233	33	155	229	34
Alto Trás-os-Montes	159	x	52	167	X	60	170	x	59	185	x	53	176	x	53	169	291	53	185	276	44
Centro	1690	x	232	1602	X	235	1554	x	232	1731	x	245	1767	x	252	1746	1764	243	1739	1757	231
Baixo Vouga	295	x	21	280	X	26	291	x	28	287	x	28	301	x	27	282	218	23	284	229	21
Baixo Mondego	330	x	20	300	X	21	263	x	24	323	x	25	335	x	24	324	259	22	305	260	23
Pinhal Litoral	182	x	26	175	X	27	155	x	16	182	x	17	163	x	20	168	153	14	169	145	12
Pinhal Interior Norte	93	x	25	108	X	25	94	x	18	124	x	25	137	x	27	124	132	24	120	148	24
Dão-Lafões	205	x	33	166	X	28	183	x	32	220	x	31	201	x	38	207	219	35	206	202	30
Pinhal Interior Sul	26	x	8	30	X	8	32	x	8	34	x	8	32	x	9	33	68	12	34	65	12
Serra da Estrela	37	x	7	39	X	7	34	x	8	38	x	8	40	x	6	40	51	8	41	51	6

Beira Interior Norte	72	x	15	71	X	15	72	x	15	75	x	18	76	x	12	77	109	20	87	109	17
Beira Interior Sul	46	x	7	50	X	10	53	x	7	50	x	7	56	x	7	57	73	8	57	74	8
Cova da Beira	60	x	8	57	X	7	56	x	9	65	x	8	64	x	8	62	68	7	63	69	8
Oeste	215	x	23	200	X	23	209	x	25	212	x	28	235	x	30	231	241	27	234	226	28
Médio Tejo	129	x	39	126	X	38	112	x	42	121	x	42	127	x	44	141	173	43	139	179	42
Lisboa	1838	x	174	1859	X	196	1795	x	207	1824	x	231	1893	x	244	1898	1644	250	1909	1620	249
Grande Lisboa	1333	x	118	1330	X	136	1310	x	144	1324	x	168	1387	x	179	1384	1091	184	1409	1116	181
Península de Setúbal	505	x	56	529	X	60	485	x	63	500	x	63	506	x	65	514	553	66	500	504	68
Alentejo	482	x	153	477	X	146	495	x	154	515	x	167	523	x	163	534	801	158	552	767	127
Alentejo Litoral	44	x	25	44	X	24	55	x	26	53	x	23	58	x	26	58	83	22	60	80	20
Alto Alentejo	73	x	20	76	X	19	81	x	19	93	x	31	94	x	25	101	183	27	106	152	15
Alentejo Central	125	x	25	121	X	26	126	x	26	125	x	27	128	x	29	128	173	30	131	172	22
Baixo Alentejo	88	x	41	87	X	38	90	x	40	90	x	39	96	x	34	94	154	29	94	152	19
Lezíria do Tejo	152	x	42	149	X	39	143	x	43	154	x	47	147	x	49	153	208	50	161	211	51
Algarve	306	x	93	287	X	95	294	x	93	290	x	95	291	x	93	294	343	62	300	345	64
RAA	174	x	119	167	X	115	160	x	111	153	x	102	144	x	98	140	451	97	140	460	93
RAM	157	x	52	153	X	43	149	x	39	139	x	34	140	x	39	138	568	38	134	587	47
NUTS II / NUTS III	2005			2004			2003			2002			2001			2000			1999		
	Méd.	Enf.	TDT																		
Portugal	7358	8009	1030	7378	7817	1074	7251	7637	1010	7226	7544	984	7192	7624	1006	7239	7458	972	7187	7289	895
Norte	2542	2640	220	2536	2640	236	2405	2446	196	2348	2433	194	2311	2450	212	2337	2370	217	2317	2278	193
Minho-Lima	233	261	22	223	270	23	211	256	21	205	249	23	202	233	21	194	226	17	175	219	20
Cávado	264	272	19	266	273	19	263	259	15	257	256	10	261	247	16	265	229	14	245	232	12
Ave	308	336	23	309	363	21	303	303	17	289	327	10	291	309	17	301	289	18	304	269	16
Grande Porto	936	815	59	935	792	79	839	690	52	812	739	60	779	787	61	793	750	66	829	717	53
Tâmega	315	357	30	306	336	30	286	308	27	274	330	27	272	319	29	277	325	38	292	310	33
Entre Douro e Vouga	172	111	13	179	131	14	176	125	14	183	102	13	176	113	14	179	131	14	163	126	11
Douro	152	230	26	151	224	22	154	227	24	157	201	26	158	206	29	167	192	25	155	184	27
Alto Trás-os-Montes	162	258	28	167	251	28	173	278	26	171	229	25	172	236	25	161	228	25	154	221	21
Centro	1760	1748	232	1765	1737	241	1801	1759	231	1774	1687	206	1756	1717	219	1750	1720	225	1701	1661	190
Baixo Vouga	281	243	22	289	250	23	282	236	19	280	212	17	288	235	21	285	236	22	270	225	18
Baixo Mondego	296	253	22	296	235	21	302	249	20	297	236	19	283	238	18	288	237	19	271	232	11

Pinhal Litoral	174	136	16	172	137	17	181	147	15	169	151	12	169	160	12	171	160	13	168	164	16
Pinhal Interior Norte	132	157	23	126	162	25	131	160	22	130	153	22	121	147	21	124	155	24	122	148	22
Dão-Lafões	208	200	32	209	193	32	213	197	30	215	201	32	208	203	27	211	199	33	206	181	27
Pinhal Interior Sul	34	63	12	34	61	13	37	58	12	36	53	11	36	53	12	38	49	10	36	44	9
Serra da Estrela	45	47	6	44	47	9	46	49	6	46	45	7	47	47	8	48	50	9	41	44	7
Beira Interior Norte	86	117	13	88	115	15	91	117	13	95	114	13	97	117	15	92	116	15	89	110	11
Beira Interior Sul	61	79	7	61	79	8	63	81	10	63	83	9	64	68	10	60	74	9	58	62	8
Cova da Beira	66	67	8	66	62	7	64	67	9	62	68	7	62	68	9	60	63	9	65	63	4
Oeste	238	212	29	237	224	30	244	220	38	236	192	26	234	204	33	235	214	31	235	221	28
Médio Tejo	139	174	42	143	172	41	147	178	37	145	179	31	147	177	33	138	167	31	140	167	29
Lisboa	1964	1555	261	1971	1459	263	1976	1466	237	2024	1563	259	2058	1588	238	2121	1589	237	2145	1539	215
Grande Lisboa	1475	1069	185	1489	980	188	1484	995	166	1533	1049	188	1554	1072	178	1621	1093	188	1641	1037	158
Península de Setúbal	489	486	76	482	479	75	492	471	71	491	514	71	504	516	60	500	496	49	504	502	57
Alentejo	537	768	129	551	777	137	559	791	136	559	767	129	568	757	130	547	730	115	547	740	121
Alentejo Litoral	61	76	17	59	80	16	55	80	19	67	77	18	67	75	14	65	78	11	68	83	13
Alto Alentejo	85	156	15	106	164	20	103	172	16	99	160	18	104	161	19	104	143	19	101	152	18
Alentejo Central	137	170	25	129	169	25	125	162	28	127	167	19	124	171	27	127	177	22	126	171	28
Baixo Alentejo	96	150	24	99	153	26	103	156	25	104	144	30	103	145	28	101	145	20	96	142	28
Lezíria do Tejo	158	216	48	158	211	50	173	221	48	162	219	44	170	205	42	150	187	43	156	192	34
Algarve	301	348	70	307	353	77	267	327	66	283	323	56	268	338	76	262	317	50	260	329	44
RAA	127	402	87	125	365	82	126	355	77	125	336	75	122	322	71	118	312	68	116	322	72
RAM	127	548	31	123	486	38	117	493	67	113	435	65	109	452	60	104	420	60	101	420	60
NUTS II / NUTS III	1998			1997			1996			1995			1994			1993					
	Méd.	Enf.	TDT																		
Portugal	7258	7008	530	7399	6711	483	7462	6575	463	7833	6880	499	7573	6223	440	7728	6510	499			
Norte	2395	2223	90	2393	2168	83	2428	2158	84	2437	2092	99	2502	1924	84	2529	2019	86			
Minho-Lima	172	225	7	163	207	5	162	196	6	162	156	6	170	162	2	183	165	3			
Cávado	252	239	11	251	222	9	251	230	7	232	231	9	257	222	5	252	211	4			
Ave	305	280	17	304	272	12	294	261	11	288	273	11	305	268	6	301	268	6			
Grande Porto	866	676	36	873	688	40	912	720	42	947	713	44	957	625	46	961	722	50			
Tâmega	309	279	10	296	280	10	306	307	9	321	293	18	327	233	13	331	255	13			
Entre Douro e Vouga	180	138	3	183	125	2	177	116	2	161	93	4	162	96	5	168	93	4			

Douro	160	182	3	167	173	3	169	162	4	166	159	4	164	157	4	172	148	4			
Alto Trás-os-Montes	151	204	3	156	201	2	157	166	3	160	174	3	160	161	3	161	157	2			
Centro	1741	1647	92	1773	1573	79	1783	1556	62	1769	1497	54	1771	1508	69	1764	1482	71			
Baixo Vouga	287	232	14	289	221	8	292	223	7	256	187	4	258	191	4	264	182	11			
Baixo Mondego	269	235	4	282	212	6	279	213	6	279	216	6	281	207	5	280	221	5			
Pinhal Litoral	182	160	1	178	162	11	181	162	11	174	129	11	178	155	12	176	148	12			
Pinhal Interior Norte	124	149	31	124	139	12	128	136	6	132	131	5	134	138	5	138	134	5			
Dão-Lafões	214	173	7	216	167	4	221	177	4	224	188	2	219	178	2	219	169	3			
Pinhal Interior Sul	37	44	5	42	46	5	41	49	5	38	44	5	40	41	5	40	44	7			
Serra da Estrela	46	49	4	47	46	4	47	50	4	45	46	3	48	44	3	52	44	3			
Beira Interior Norte	91	122	2	90	126	2	92	122	2	100	118	2	103	110	16	100	110	8			
Beira Interior Sul	57	70	0	58	71	0	57	65	0	55	67	0	60	65	0	57	65	0			
Cova da Beira	63	65	2	63	63	3	63	63	3	67	65	3	68	62	3	68	58	3			
Oeste	225	189	13	231	176	19	231	164	9	248	176	8	224	174	9	205	159	9			
Médio Tejo	146	159	9	153	144	5	151	132	5	151	130	5	158	143	5	165	148	5			
Lisboa	2092	1415	125	2195	1346	132	2199	1295	125	2535	1713	200	2196	1299	138	2337	1550	179			
Grande Lisboa	1576	960	104	1682	910	116	1675	889	109	1940	1265	176	1662	886	125	1816	1164	167			
Península de Setúbal	516	455	21	513	436	16	524	406	16	595	448	24	534	413	13	521	386	12			
Alentejo	556	700	75	565	666	64	572	650	64	614	643	60	606	640	57	595	646	64			
Alentejo Litoral	69	80	5	70	78	5	70	73	4	77	66	4	70	75	5	66	68	4			
Alto Alentejo	103	138	11	110	139	11	113	133	10	118	127	5	118	123	3	110	118	7			
Alentejo Central	117	160	18	123	151	14	120	143	12	133	149	10	129	140	10	130	141	10			
Baixo Alentejo	104	136	17	103	131	14	103	138	16	115	140	16	119	141	18	110	143	18			
Lezíria do Tejo	163	186	24	159	167	20	166	163	22	171	161	25	170	161	21	179	176	25			
Algarve	262	294	26	251	256	27	255	272	23	259	267	18	257	224	15	258	208	16			
RAA	117	325	72	119	317	68	115	323	66	120	304	50	122	301	44	124	294	45			
RAM	95	404	50	103	385	30	110	321	39	99	364	18	119	327	33	121	311	38			

Elaboração própria. Fonte: : Instituto Nacional de Estatística, 2014, *Pessoal ao serviço (N.º) nos centros de saúde por Localização geográfica (NUTS - 2002) e Tipo de pessoal ao serviço; Anual - INE, Inquérito aos Centros de Saúde*.

Legenda: x – de 2008 a 2012 não estão disponíveis os dados relativamente à profissão de enfermagem.

Nota: TDT: de 1998 para 1999 existiu ma quebra de série.

Tabela 5.3: Fisioterapeutas ao serviço nos hospitais. Portugal, NUTS II e NUTS III, 2012.

Regiões	Fisioterapeutas
Portugal	794
Norte	201
Minho-Lima	15
Cávado	23
Ave	40
Grande Porto	56
Tâmega	14
Entre Douro e Vouga	22
Douro	11
Alto Trás-os-Montes	20
Centro	167
Baixo Vouga	19
Baixo Mondego	32
Pinhal Litoral	9
Pinhal Interior Norte	0
Dão-Lafões	23
Pinhal Interior Sul	0
Serra da Estrela	4
Beira Interior Norte	7
Beira Interior Sul	0
Cova da Beira	21
Oeste	33
Médio Tejo	19
Lisboa	273
Grande Lisboa	205
Península de Setúbal	68
Alentejo	63
Alentejo Litoral	9
Alto Alentejo	15
Alentejo Central	13
Baixo Alentejo	16
Lezíria do Tejo	10
Algarve	40
RAA	24
RAM	26

Elaboração própria. Fonte: dados não publicados e cedidos pelo Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses com autorização para serem publicados no âmbito desta tese.

ANEXO VI

Os ciclos longos da história. Da assistência religiosa e caritativa ao Estado Novo.

Os ciclos longos da história. Da assistência religiosa e caritativa ao Estado Novo.

A tomada de decisão, relativa à saúde pública em Portugal data de há alguns séculos atrás, no entanto a nossa pesquisa demonstrou que não existe um documento único que a retrate, designadamente que espelhe a evolução da preocupação dos decisores com esta temática. Consequentemente e considerando que era nossa preocupação conhecer este percurso, compilámos a informação contida nos diversos documentos, sendo que deste processo surge a presente cronologia/narrativa que colocamos em anexo à nossa tese, por considerarmos que perceber de onde viemos poderá contribuir para traçar o caminho para onde queremos ir. Assim, iniciamos no período histórico mais longínquo que a nossa pesquisa permitiu (ano 563) e termina no final do mandato de Marcelo Caetano (fim do regime de ditadura).

As políticas públicas determinantes do estado de saúde das populações, ou mais especificamente aquelas que nos importam neste estudo, as políticas públicas de saúde, são relativamente recentes. A nível mundial poderão ter entre sessenta a oitenta anos, já que anteriormente se referiam sobretudo a medidas de higiene pública, considerada como política pública desde o Iluminismo (séc. XVIII) e de forma mais consensual desde meados do século XIX. Porém, a consciencialização quanto à importância que deveria ser dada à saúde das populações no sector das políticas públicas explica em termos europeus o surgimento progressivo de Ministérios da Saúde ao longo da segunda metade do século XX. Em Portugal o Ministério da Saúde é criado em 1958, com algum atraso face aos seus congéneres europeus ocidentais.⁹⁷³ Assim, embora sem falar de política de saúde, o que seria impreciso⁹⁷⁴, revisitamos neste texto o percurso relativo à higiene e saúde pública em Portugal. Somente perto do final deste percurso narrativo poderemos falar em política de saúde, embora no percurso tenham existido momentos decisórios com cariz de política pública de saúde, com pendor assinalado de preocupação social e com tentativa determinada de marcar uma posição política, designadamente nos momentos que assinalamos como sendo as grandes reformas da saúde, embora na sua maioria não tenham vingado, mas foram deixando o seu carimbo e influenciaram a trajetória a seguir.

“A organização da defesa da Saúde Pública em Portugal obedeceu, desde o começo da Nacionalidade, às tradições romanas e ao Direito Canónico, fixando-se os preceitos na tradição, nas disposições dos forais, posturas e costumes e nas Ordenações, completadas por ordens e provisões reais, segundo as indicações dos médicos e conforme os melhores ensinamentos, principalmente influenciados pelas práticas italianas”⁹⁷⁵.

Existem determinações antigas relativas a ações que tinham como objetivo a higiene e a saúde pública. Exemplo do cânon do Concílio de Braga que em 563 proibiu o sepultar de corpos dentro das igrejas. Bem como desde os séculos XII e XIII as referências a limpezas de ruas, conservação de fontes, balneários, gafarias⁹⁷⁶. Em 1392 surge a fiscalização do exercício da Medicina pelo Físico do Rei e neste século passam a existir medidas de controlo de epidemias, semelhantes às praticadas em países mais desenvolvidos. No século XV, em 1448, aparece o primeiro lazareto⁹⁷⁷ ou *degredo da cidade* no Porto em São Nicoláinho e em Lisboa é edificado em Belém em 1492, de forma a obrigar à quarentena pessoas que tinham tido contato ou vinham de zonas onde existiam *moléstias pestilenciais* como a cólera, peste e febre-amarela. O mesmo procedimento era extensivo às mercadorias. A

⁹⁷³ Em alguns países, como Inglaterra, o serviço nacional de saúde já tinha 10 anos, demonstrando a prioridade que era dada à saúde em termos governamentais. (Campos & Simões, 2011).

⁹⁷⁴ Campos & Simões, 2011.

⁹⁷⁵ Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XXVII

⁹⁷⁶ Gafaria: “Hospital de leprosos” in Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XII

⁹⁷⁷ Lazareto: “Hospital de lázaros ou leprosos. Edifício próprio para quarentenas” in Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XIV

quarentena objetivava dar o tempo suficiente para que a sintomatologia se manifestasse, ou não, e com o tratamento dado às mercadorias pretendia-se que os agentes transmissores perdessem a sua contagiosidade. Conforme se justificava pela função, os lazaretos eram construídos junto aos portos ou nas fronteiras terrestres. Nos lazaretos, posteriormente, passaram a existir *Casas de Saúde* para isolar os doentes dos que estavam em quarentena. Sempre que existia uma epidemia construíam-se casas de saúde (por norma de madeira), destacando-se as Casas de Saúde de Évora, onde após o fim da peste Dom João II mandou construir a ermida de São Brás, e a de Alcântara em Lisboa, em 1569, devido à *peste grande*. A função dos lazaretos complementava-se com cordões sanitários militares.⁹⁷⁸

A prestação de cuidados de saúde teve na sua génese a iniciativa religiosa e corporativa. Os primeiros hospícios e hospitais surgiram nos mosteiros e corporações medievais, com a sua denominação, no século XV, a relacionar-se com o respetivo santo-patrono. Dom João II centralizou-os e fundou em Lisboa o Hospital de Todos os Santos em 1485 (atualmente Hospital de S. José) e D. Leonor, sua esposa, mandou construir nas Caldas da Rainha um hospital com 117 camas. Posteriormente implementaram-se outros: instalação de um Hospital Real em Coimbra, por ordem de D. Manuel I; criação de hospícios em todo o território nacional, ligados às Misericórdias. A primeira Misericórdia surge a 15 de Agosto de 1498 em Lisboa, apoiada pelo Rei D. Manuel I e pela Rainha D. Leonor. No final do século XV iniciou-se o processo de isolamento e tratamento dos doentes com sífilis em casas específicas.

As Misericórdias foram as instituições de maior relevância no quadro da saúde das épocas passadas e ainda hoje assumem um papel determinante, dada a sua proximidade com as populações. Por definição a Misericórdia, de acordo com o *Compromisso* de 1498 impresso em 1516 era uma «(...) “*irmandade e confraria*” de pessoas “*de honesta vida, boa-fama, sã-consciência, tementes a Deus e guardadoras dos seus mandamentos, mansas e humildosas a todo o serviço de Deus e da dita confraria, que, umas para com as outras e para com qualquer necessitado de auxilio material e moral, sem cuidar se saber das suas ideias nem dos seus atos, praticam as “catorze obras da misericórdia”*”⁹⁷⁹.» Regia-se pelo referido *Compromisso* e era superintendida por um Provedor, auxiliado por doze conselheiros ou oficiais. A confraria dispunha de médico, que dava assistência médica domiciliária e distribuía medicamentos aos pobres, mas não dava apoio hospitalar. Os pobres, os doentes e os presos eram a população alvo da assistência. Com a remodelação da Misericórdia de Lisboa criaram-se os anteriormente referidos Hospital de Todos-os-Santos em 1485 e o Hospital das Caldas, iniciando-se a prestação de cuidados hospitalares. Estes melhoramentos e atividades das Misericórdias expandiram-se pelo território nacional com base no *Regimento* que determinava que “(...) os contadores das comarcas hão-de prover sobre as capelas, hospitais, albergarias, confrarias, gafarias, obras, terças e resíduos (...)”⁹⁸⁰ ordenado por Dom Manuel. O prestígio alcançado pelas Misericórdias, relativo à assistência, impeliu a que lhe seja entregue a administração dos principais hospitais de várias cidades em Portugal e no Império e lhe tenha sido dado o apoio e promovido, pela coroa, a sua

⁹⁷⁸ A eficácia dos lazaretos foi colocada em causa essencialmente pelos ingleses, pelos prejuízos que causavam ao comércio marítimo e foram substituídas por educação sanitária, bem como com as descobertas de Pasteur, Kock, Yersin, Raed e Carrol e Agramonte, Nicole Comte e Conseil, durante o final do século XIX e início do século XX, que concluíram nomeadamente qual o tempo de incubação dos agentes patogénicos, retiraram importância à quarentena, terminando com os lazaretos e induzindo à construção de hospitais de isolamento. (Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XIV)

⁹⁷⁹ Obras de misericórdia: “(...) *Corporais*: 1ª, dar de comer a quem tem fome; 2ª, dar de beber a quem tem sede; 3ª, vestir os nus; 4ª, dar pousada aos peregrinos; 5ª, assistir aos enfermos; 6ª, visitar os presos; 7ª, enterrar os mortos. (...) *Espirituais*: 1ª, dar bom conselho; 2ª, ensinar os ignorantes; 3ª, corrigir os que erram; 4ª, consolar os tristes; 5ª, perdoar as injúrias; 6ª, sofrer com paciência as fraquezas do nosso próximo; 7ª, rogar a Deus por vivos e defuntos.” in Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XVII

⁹⁸⁰ Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XVII

instituição e disseminação.⁹⁸¹ Posteriormente foram-se desenvolvendo medidas de defesa contra epidemias e criadas outras instituições prestadoras de assistência na doença: estâncias termais; estabelecimentos de proteção à infância.

Na realidade, a prestação de cuidados de saúde em Portugal durante os séculos XVI e XVII manteve essencialmente um pendor caritativo, privado e sobretudo religioso.⁹⁸² Não obstante o Rei tomava parte neste processo. Os *Regimentos*⁹⁸³ de Cirurgião-Mor (1448) e de Físico-Mor (1476) do Reino, da iniciativa de Dom Afonso V e Dom João II foram os primeiros diplomas com importância à escala nacional, embora existisse desde 1261 *regimentos* relativos a leprosos e gafarias. O Rei delegava nos *edis*⁹⁸⁴ e *almotacés*⁹⁸⁵ a vigilância das suas determinações, nomeadamente no âmbito da saúde.⁹⁸⁶ A partir dos séculos XVI e XVII a solidariedade deixa de ser somente da alçada religiosa assumindo-se também como um dever social do Rei. Neste contexto foi criada a Provedoria-Mor de Saúde, primeiro esboço de administração sanitária em Portugal, e os cargos de Provedor-Mor-de-Saúde (corresponde ao atual Diretor-Geral da Saúde), indivíduo responsável pela fiscalização do porto de Belém e pela coordenação da polícia sanitária. Foi criado o cargo de Guarda-Mor-de-Saúde, com poderes legais. As inspeções médicas para determinados grupos de risco tornaram-se regulares (nomeadamente a partir de 1608 no caso das meretrizes) assim como os regimentos de defesa sanitária marítima de Dom João III e Dom Pedro II. No século XVIII manteve-se a figura do Provedor-Mor-de-Saúde, sendo o seu regimento promulgado em 1707. A Provedoria-Mor de Saúde do Reino incluía os serviços de inspeção de todos os produtos comestíveis à venda, das fábricas, das ruas, de certos líquidos espirituosos e de tudo o que influenciasse a saúde⁹⁸⁷ Durante estes séculos, as resoluções relativas à saúde assumiam, essencialmente, um carácter pontual e de resposta a eventos específicos “(...) com efeito, a tomada de decisão sobre a saúde coletiva decorria quase sempre, e tão-só, de situações de emergência, sobretudo quando esta assumia o carácter de crise eminente e se tornava próximo o perigo de importação de grandes surtos epidémicos.”⁹⁸⁸ Em 1780 criou-se a Casa Pia, que pode ser considerada como uma referência para a génese da assistência social em Portugal, por ter origem pública/estatal, uma vez que surge por *determinação de ordem régia* e abrigava pessoas, incluindo crianças, que viviam nas ruas e dava-lhes a assistência.⁹⁸⁹

A questão sanitária foi assumindo a nível nacional uma importância crescente e de vanguarda em termos internacionais. A 7 de Janeiro de 1803 surgem aquelas que podem ser consideradas como as primeiras disposições de regulamentação dos estabelecimentos industriais. Em 1812 é criada a Instituição Vacínica, por diligência de um grupo de médicos sócios da Academia de Ciências de Lisboa e no ano seguinte criou-se a Junta de Saúde, precedente às da maioria dos países europeus e já esboçada em 1688. Correspondente ao Conselho Superior de Higiene⁹⁹⁰, era composta pelo Provedor-Mor de Saúde da Corte e Reino, pelo secretário dos Negócios Estrangeiros, da Guerra e da Marinha e por seis médicos. Tinha como objetivo essencial adotar as precauções necessárias para

⁹⁸¹ MATTOSO, 1993, *História de Portugal*, Volume 3

⁹⁸² ARNAUT, 2009

⁹⁸³ Regimento: “*Ato ou efeito de reger, de governar, de dirigir (...) Regulamento, guia, norma, estatuto, instruções escritas ou verbais que determinam as obrigações inerentes a um cargo, ofício ou comissão (...)*” in Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XXIV

⁹⁸⁴ Edil: “*Magistrado romano, encarregado da inspeção e manutenção dos edifícios públicos, da direção dos jogos públicos, da direção das festas, do cuidado das provisões (...)*” in Lello Universal. Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro, 1974, Volume 1

⁹⁸⁵ Almotacé: “*Antigo inspetor de pesos e medidas que taxava o preço dos géneros alimentícios. (...)*” in Lello Universal. Dicionário Enciclopédico Luso-Brasileiro, 1974, Volume 1

⁹⁸⁶ Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XXVII

⁹⁸⁷ VIEGAS et al, 2006

⁹⁸⁸ RODRIGUES, 1993, *As estruturas populacionais*. in MATTOSO, 1993, *História de Portugal*, Volume 3

⁹⁸⁹ Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume VI

⁹⁹⁰ Regulamentado pelo Decreto nº 12371 (Diário da República, 1926, *Decreto nº 12371 de 24 de Setembro de 1926*)

preservar o Reino da peste.⁹⁹¹ “A documentação da Junta da Saúde “(...) *que abarca essencialmente o segundo decénio do século XIX, contém informações sobre o controlo sanitário dos navios entrados em portos portugueses e das fronteiras terrestres, o que inclui a correspondência com os guarda-mores da saúde do Reino e os cônsules portugueses no estrangeiro; sobre a definição de quarentenas e a administração do Lezareto; sobre a sua atuação para o melhoramento da saúde pública desde os projetos, os regulamentos e as instruções e, ainda, documentação sobre o controlo necrológico do Reino*”⁹⁹². Pode afirmar-se que a Junta de Saúde assinala o início do esboçar da consciência sanitária.⁹⁹³

Em 1818, é publicado o Tratado de Polícia Médica, da autoria do médico José Pinheiro de Freitas Soares, membro da Junta de Saúde, que viria a ser de extrema importância para a formulação do Regulamento de Saúde Pública e da organização da Junta de Saúde Pública. O tratado compreendia todas as matérias necessárias para organizar um Regimento de Polícia de Saúde para o Interior do Reino de Portugal. Continha algumas providências relativas à salubridade das habitações e das fábricas, bem como princípios relativos à higiene individual. O Livro IV sobre a saúde tem catorze títulos e versa sobre matérias como: salubridade do ar e das águas; fiscalização da produção e comércio do pão, carne, peixe, leite e manteiga, frutos, legumes e vinho, medicamentos e da atividade médica; controlo da lepra, epidemias, peste, doenças contagiosas e as medidas a ter em consideração para impedir a sua propagação. A saúde estava integrada nas preocupações interligadas com a prevenção da doença e a manutenção da saúde, enquadrando-se no conceito de polícia do século XVIII. Sendo que “(...) *O projeto de Regulamento Geral da Saúde Pública que foi apresentado às Cortes três anos depois da publicação deste «Tratado de Polícia Médica» viria a conter todas as matérias deste tratado, à exceção de alguns objetos muito específicos acerca da polícia dos alimentos, salubridade das habitações, casamento e celibato e, noutra dimensão, as cadeias, incêndios, fábricas, artes e ofícios (...)*”⁹⁹⁴

Entramos no período da Monarquia Constitucional e em 1820 é fundada a Comissão de Saúde, que substitui a Junta de Saúde e tem por incumbência propor um plano de política sanitária, que nunca seria concretizado⁹⁹⁵. A *Constituição de 1822*⁹⁹⁶ consagra os princípios relativos à igualdade jurídica e respeito pelos direitos pessoais e neste sentido, é dado espaço à preocupação com a saúde pública, no capítulo IV *Dos estabelecimentos de instrução pública e de caridade* no artigo 240º refere: “ (...) *As Cortes e o Governo terão particular cuidado da fundação, conservação e aumento de casas de misericórdia e de hospitais civis e militares, especialmente daqueles que são destinados para os soldados e marinheiros inválidos; e bem assim de rodas de expostos, montes pios, civilização dos índios e de quaisquer outros estabelecimentos de caridade. (...)*”⁹⁹⁷. Ainda em 1822 é criada em Lisboa a Sociedade das Ciências Médicas e em 1825 são fundadas as Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e Porto.⁹⁹⁸ Pretendendo um compromisso entre os ideais liberais, expressos na anterior Constituição, e as prerrogativas Reais, também na *Carta Constitucional*⁹⁹⁹ de 29 de Abril de 1826, existe no artigo

⁹⁹¹ GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

⁹⁹² Associação dos Amigos da Torre do Tombo, Junta da Saúde Pública. Instituições do Antigo Regime

⁹⁹³ VIEGAS et al, 2006

⁹⁹⁴ SUBTIL & VIEIRA, 2012

⁹⁹⁵ GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

⁹⁹⁶ Assembleia da República, 2008, *Constituição de 1822*

⁹⁹⁷ VARGUES & RIBEIRO, *Os Liberalismos*. in Mattoso, 1994, *História de Portugal*, Volume 3; Assembleia da República, 2008, *Parlamento. A Monarquia Constitucional (1820-1910)*

⁹⁹⁸ GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

⁹⁹⁹ Assembleia da República, 2008, *Carta Constitucional*

145, ponto 29º, uma referência à saúde pública “(...) *A constituição garante os Socorros Públicos (...)*”. Salvaguardando a higiene e saúde pública, em 1835 é promulgada a Lei que determina a construção de cemitérios públicos fora das povoações e o regulamento relativo aos funerais (Decretos de 21 de Setembro e de 8 de Outubro, sob o Governo de Rodrigo da Fonseca Magalhães, representante da ala moderada do liberalismo). Ainda neste ano é fundada a Sociedade Farmacêutica Lusitana e é publicado o Código Farmacêutico Lusitano (em substituição da farmacopeia de 1772).¹⁰⁰⁰

Após a Guerra Civil de 1832-34 e a triunfo do liberalismo estão reunidas as condições políticas e administrativas que possibilitam alguma modernização do setor saúde. Procede-se à reforma do ensino médico, através de um Plano Geral de Estudos que introduz alterações no ensino da Universidade de Coimbra e em 1836 transforma as Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto em Escolas Médico-Cirúrgicas. São também fundadas as Escolas de Farmácia (Coimbra, Lisboa e Porto) e iniciam-se os primeiros cursos de parteiras. É criado o Conselho de Saúde Pública, por Decreto de 3 de Janeiro de 1837, com as suas atribuições mencionadas no Regulamento de Saúde Pública, que assumiu funções deliberativas e executivas, tornando-se autónomo, arrojando as antigas atribuições sanitárias do Físico-Mor, do Cirurgião Mor e da Comissão de Saúde Pública. O Conselho de Saúde Pública tinha um delegado de saúde (médico) em cada *cabeça de distrito* e subdelegados. A nível concelhio o cargo recaía no Administrador do Concelho, com as funções de: educação física dos habitantes; prática da medicina, cirurgia e outras atividades médicas; polícia médica¹⁰⁰¹. Nas paróquias o Regedor acumula o cargo de *cabeça de saúde*¹⁰⁰². O Conselho tem como uma das suas funções avaliar a forma e os meios para levar a cabo a vacinação, em colaboração com a Instituição Vacínica. O êxito da aplicação desta Reforma sanitária dependia da eficiência dos: Delegados nas capitais de Distrito; Subdelegados nos Concelhos; Regedores nas Paróquias; Guardas dos Cemitérios. É clara a ideia de mudança de paradigma decorrente das novas medidas adotadas por Passos Manuel¹⁰⁰³, alterando-se gradualmente o conceito tradicional de Saúde, que deixa de corresponder só à cura da doença e à intervenção pós doença, para passar a incluir também a prevenção da mesma, com as seguintes ações inovadoras previstas no diploma: “*Fiscalizar e inspecionar tudo o que dissesse respeito à saúde pública, designadamente, lojas, fábricas, cadeias públicas, hospitais civis, recolhimentos, lazaretos, casas de asilos de mendicidade e quaisquer outros estabelecimentos de caridade, portos do mar, pântanos, charcos, águas estagnadas, poços ou quaisquer outros focos de infeção, cemitérios públicos e outros locais em que a saúde pública estivesse em causa; Elaborar a resenha do estado sanitário, acompanhada de observações e proposta ao governo de providências ou melhoramentos necessários; Indicar às câmaras municipais o melhor e o mais rápido método para a limpeza; Regular as quarentenas e decidir sobre casos duvidosos ou não previstos na lei; Formar o mapa necrológico do reino; Prevenir as autoridades administrativas da existência de profissionais de saúde sem habilitações ou licença para curar, bem como da venda de remédios particulares de composição secreta não aprovados pelo Conselho; Examinar os boticários, farmacêuticos, cirurgiões (que pretendiam curar em medicina), médicos formados em universidades estrangeiras, parteiros, parteiras, sangradores, algebristas e dentistas; Conceder licenças para venda de remédios especiais e particulares; Organizar os modelos dos atestados dos facultativos, os guias dos hospitais e misericórdias, bem como os mapas necrológicos, de modo a uniformizar o sistema em todo o reino; Velar com maior cuidado sobre a educação física dos habitantes, em especial dos mais desfavorecidos; Formar a matrícula de todos os profissionais de saúde, classificando-os qualitativamente e escrevendo a data, a natureza dos seus títulos e*

¹⁰⁰⁰ GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

¹⁰⁰¹ CARNEIRO, Marinha, 2007

¹⁰⁰² VIEGAS et al, 2006

¹⁰⁰³ Ministro do reino de 10 de setembro de 1836 a 1 de junho de 1837.

as terras em que se encontram estabelecidos; Obrigar a publicar no periódico mensal, os trabalhos, providências e resultados das medidas que empregassem, assim como os mapas necrológicos, com observações respeitantes ao estado sanitário e aos melhoramentos progressivos obtidos.”¹⁰⁰⁴

A Constituição de 4 de Abril de 1838¹⁰⁰⁵ marca um compromisso entre as teses liberais da Constituição de 1822 e as teses mais conservadoras expressas na Carta Constitucional. A referência à saúde surge no Artigo 28^a, ponto III, e remete para o direito a socorros públicos. O Setembrismo¹⁰⁰⁶ dá lugar ao Cabralismo e a Carta Constitucional de 1826 é reposta. Com Costa Cabral inicia-se uma fase de estabilidade e desenvolvimento nacional. Neste período é promulgada a Lei de 18 de Setembro de 1844, que visa colmatar as falhas identificadas na Reforma de Passos Manuel, porque embora ela tenha aumentado as disposições de vigilância e intervenção, pecava no que dizia respeito à imposição do cumprimento das medidas de proteção sanitária, não conseguindo os propósitos que estavam na sua génese de melhoria da saúde pública. Foi aumentado o número de médicos no Conselho e incluído um farmacêutico. São criadas trinta e duas Estações de Saúde nos portos do litoral e anexada a Instituição Vacínica ao Conselho de Saúde. Inicia-se em todos os concelhos a vacinação gratuita pública relativa à vacina antivariólica (primeiramente ministrada em 1799 em Lisboa). A Lei de 26 de Novembro de 1845 altera a constituição do Conselho de Saúde Pública, passando a ser presidido pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino e aumenta de 32 para 37 as Estações de Saúde.¹⁰⁰⁷ É criada a Repartição de Saúde Pública, proibindo definitivamente os enterramentos fora dos cemitérios públicos e obrigando à redação de certidões de óbito.

Em 1849, Costa Cabral regressa ao poder e pela primeira vez é publicada uma obra que classifica os estabelecimentos industriais em insalubres, incómodos e perigosos¹⁰⁰⁸, demonstrando o início das preocupações com as condições de trabalho. Mas apesar desta aparente preocupação com a saúde de todos os cidadãos, em 1851 o Estado passa a ter uma função supletiva, excetuando ao que se refere com “ (...) o “*superior interesse*” da saúde pública e, em particular, o controlo das epidemias e das doenças infecto-contagiosas (...) Problemas tão prementes na época como a assistência na doença, na pobreza e na invalidez tendem a ser deixadas à iniciativa da sociedade civil (municípios, comunidade local, instituições de beneficência, associações de socorros mútuos, beneméritos e filantropos ricos(...))”¹⁰⁰⁹.

O período da *Regeneração* ou *Fontismo*¹⁰¹⁰ alcançou alguma estabilidade política, permitindo reformas políticas, económicas e administrativas e a prevenção da doença assume importância: “*a medicina do futuro é a higiene, isto é, a arte de prevenir as doenças, cuja máxima parte a ciência é impotente para curar*”¹⁰¹¹. Em 1862 é inaugurado no Funchal o Hospício da Princesa Dona Amélia, primeiro dirigido para a tuberculose, com

¹⁰⁰⁴ VIEGAS et al, 2006

¹⁰⁰⁵ Assembleia da República, 2014, *Constituição de 1838*

¹⁰⁰⁶ O movimento com o qual Passos Manuel se identificava. Defendia a soberania popular e pretendia a substituição da Carta Constitucional de 1826 (aprovada pelo Poder soberano) por uma constituição aprovada por um congresso eleito democraticamente pelo povo.

¹⁰⁰⁷ VIEGAS et al, 2006

¹⁰⁰⁸ Por Ferreira da Cunha, in GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

¹⁰⁰⁹ GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

¹⁰¹⁰ Período entre 1868 e 1889 liderado por e pelas ideologias de Fontes Pereira de Melo que governou a partir de 13 de setembro de 1871 (primeiro período) e entre 29 de janeiro de 1878 e 22 de janeiro de 1887 (segundo período governativo).

¹⁰¹¹ J. F. Henriques Nogueira in GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

internamento¹⁰¹². O artigo 1º da Carta de Lei de 20 de Junho de 1866, equiparou os diplomados das Escolas Médico-Cirúrgicas com os da Faculdade de Medicina, permanecendo a Universidade de Coimbra com o exclusivo da concessão de graus académicos - 1866 foi o “(...)início da época de ouro da medicina portuguesa oitocentista (1866-1911).”¹⁰¹³

Em Julho de 1868, Sá da Bandeira assume o poder, considerado o primeiro governo *Reformista* em Portugal. A denominação de reformista relaciona-se com a sua determinação em produzir reformas de carácter económico (contenção de despesa) e administrativo, particularmente nos setores da saúde e das obras públicas. Neste período político implementa-se a reforma sanitária de Alves Martins (Bispo de Viseu) e a consequente reforma dos serviços de saúde. O Conselho de Saúde Pública é extinto, passando as suas funções deliberativas e executivas a ser exercidas pela Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, numa Repartição onde seriam processados e expedidos todos os negócios de saúde pública. Ainda na Secretaria era criada a Junta Consultiva de Saúde Pública, presidida pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino (Lei de 3 de Dezembro de 1868). Era composta por cinco vogais ordinários, com carreiras médicas, e onze vogais extraordinários com diversas proveniências profissionais. Passa a existir um médico delegado de saúde ligado a cada governador civil, com funções meramente consultivas, nomeado por concurso público; a nível concelhio passa a existir um subdelegado de saúde, também médico, a prestar apoio ao administrador concelhio nomeado pelo governador civil. Estas medidas representam um retrocesso, uma vez que colocam os técnicos de saúde em posição subalterna ao poder político regional e nacional e às políticas públicas implementadas, impedindo o assumir das medidas de saúde públicas necessárias, sendo que esta Junta deverá ser sempre consultada sobre as questões relacionadas com a saúde e higiene. Em relação às infeções por via marítima, mantiveram-se nos portos do continente e ilhas as Estações de Saúde.¹⁰¹⁴

Em 1871 o Partido Regenerador subiu novamente ao poder, formando-se o primeiro governo presidido por Fontes Pereira de Melo¹⁰¹⁵, que reconstituiu o país após a série de governos efêmeros que o desorganizara. Logo no ano seguinte, foi publicado por Caetano Beirão¹⁰¹⁶ um novo projeto de regulamento sanitário para Lisboa, de forma a proteger a população contra uma eventual nova invasão de cólera. Em 1886, a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa apresenta um projeto desenvolvido por uma Comissão de especialistas, com instruções a dar aos populares sobre a natureza da cólera e as precauções a tomar. Debate-se a importância dos cordões sanitários; o interesse das visitas sanitárias; o isolamento de doentes; a desinfecção das roupas; o interesse no uso de água potável, fator que muitos apontavam como sendo a grande razão da elevada taxa de mortalidade.¹⁰¹⁷ Seguem-se outras iniciativas: a) tentativa de proporcionar o curso de enfermagem nos hospitais de Lisboa, Coimbra e Porto surge em 1881, embora a primeira escola profissional de enfermagem somente tenha sido em 1886, anexa ao Hospital de S. José; b) o Hospital Conde de Ferreira da Misericórdia do Porto surge em 1883, direcionado para o tratamento de doentes mentais, considerado o primeiro hospital psiquiátrico em Portugal. Nesse mesmo ano e demonstrando a idade de ouro da medicina (1866-1910), inicia-se a publicação do jornal *Medicina Contemporânea*, dirigido por Miguel Bombarda, surgem os *Arquivos de História da Medicina Portuguesa* (1886), o *Correio Médico de Lisboa* (1871), a

¹⁰¹² *Idem*

¹⁰¹³ *Idem*

¹⁰¹⁴ Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XXVII ; MALTEZ, 2004; VIEGAS et all, 2006

¹⁰¹⁵ Presidente do Conselho de Ministros de Reino de Portugal. 1º mandato: 13 de setembro de 1871 até 5 de março de 1877; 2º mandato 29 de janeiro de 1878 até 1 de junho de 1879 3º mandato: 14 de novembro de 1881 até 20 de fevereiro de 1886

¹⁰¹⁶ Médico, presidente da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e deputado realista na Câmara Constitucional

¹⁰¹⁷ VIEGAS et all, 2006

Medicina Moderna (1894), a *Revista Portuguesa de Medicina e Cirurgia Práticas* (1896), os *Arquivos de Medicina* (1897), a *Gazeta Médica do Porto* (1897), o *Porto Médico* (1904), os *Arquivos de Higiene e Patologia Exóticas* (1905), os *Arquivos do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana* (1906). Em 1884, o médico Ricardo Jorge, publica o livro *Higiene social aplicada à nação portuguesa*, cujo conteúdo servirá de base à reforma sanitária de 1899-1901 implementada pelo autor.¹⁰¹⁸ Em 1886 é criado o laboratório de Microbiologia da Faculdade de Medicina de Coimbra e em 1892 o Instituto Bacteriológico, que após a sua morte teria a designação de Luís da Câmara Pestana. Em 1899 é publicada a *História da Medicina em Portugal*, de Maximiliano Lemos e Ricardo Jorge publica a *Demografia e Higiene da Cidade do Porto*. Surge a primeira legislação portuguesa específica para os estabelecimentos para doentes mentais; criam-se a Assistência Nacional aos Tuberculosos (11 de Junho) e a Liga Nacional contra a Tuberculose. Surgem dispensários para os doentes com tuberculose (para diagnóstico e acompanhamento), e sanatórios para internamento, apoiados pela corte e a assessoria técnica do médico D. António de Lencastre.¹⁰¹⁹

A atuação de Ricardo Jorge na organização das medidas de ação, vigilância e tratamento durante a epidemia da peste bubónica do Porto (1899) ecoaram pelo mundo e suscitaram curiosidade além-fronteiras. O mesmo sucedeu com o trabalho desenvolvido pelo bacteriologista Câmara Pestana. Perceberam então os responsáveis políticos que os regulamentos de sanidade marítima, que impunham vigilância nos portos, eram insuficientes para enfrentar qualquer tipo de doença epidémica, o que tornava urgente a reorganização dos serviços de saúde e higiene. Foi aprovada a 4 de Outubro de 1899 a Reforma da Organização Superior dos Serviços de Saúde, Higiene e Beneficência Pública, por Decreto assinado por José Luciano de Castro¹⁰²⁰ e criada, na Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública. Os cargos de Diretor e Inspetor-Geral seriam exercidos por médicos habilitados pela Universidade de Coimbra ou pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa ou do Porto. A Junta Consultiva de Saúde Pública é substituída pelo Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública, presidido pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino, tendo como vice-Presidente o Diretor-Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública e um Secretário. O seu objetivo era propor ao Governo a reorganização dos serviços de saúde distritais e concelhios¹⁰²¹. Este é o início da reforma conhecida como Reforma de Ricardo Jorge, que passa também pelo Decreto de 28 de Dezembro, que reorganiza a saúde pública do reino e culmina no Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901. Embora estes diplomas datem de 1899 e 1901, só foram aplicados a partir de 1903, pretendendo transformar o perfil da prestação de cuidados de saúde, que até então era essencialmente de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres e a partir daqui pretendia-se que o Estado assumisse o comando. Esta reforma também reorganizou a, ainda recente, Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criou a Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene, como instituições centrais de coordenação. Criou também os cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária e explicitava as competências das entidades administrativas e eclesiásticas relativas à saúde “(...) o papel dos párocos continua a ser posto em evidência porque,

¹⁰¹⁸ GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1807-1890: A emergência do capitalismo liberal e do Estado moderno*

¹⁰¹⁹ GRAÇA, Luís, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1890-1925: A modernização falhada*

¹⁰²⁰ Presidente do Conselho de Ministros de Reino de Portugal de 20 de fevereiro de 1886 até 14 de janeiro de 1890 (1º mandato), data em que se inicia uma longa crise política que desembocou na implantação da República Portuguesa a 5 de Outubro de 1910. 2º mandato: 7 de fevereiro de 1897 até 26 de junho de 1900; 3º mandato: 20 de outubro de 1904 até 19 de março de 1906.

¹⁰²¹ O primeiro Diretor-Geral de Saúde e Beneficência foi João Ferraz de Macedo, clínico de renome, professor de clínica médica na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Após a sua morte, em 1906, sucedeu-lhe Ricardo Jorge, que ocupava até então o cargo de Inspetor-geral dos Serviços Sanitários.

além dos deveres legais consagrados de registo estatístico e de polícia mortuária, confia-se-lhes também a divulgação de instruções e conselhos populares sobre higiene. Mas é sobretudo no facultativo, considerado o primeiro funcionário de saúde, e no médico que se aposta o êxito do sistema de saúde que se pretende inaugurar (...)”¹⁰²². Nas autoridades sanitárias incluía-se também o governador civil e o administrador de concelho, sendo que estas disposições já existiam desde o Código Administrativo de 1844 e da reforma sanitária de 1868. Pode-se considerar esta reforma como a tentativa de construir o alicerce da saúde pública em Portugal. A reforma sanitária a que nos referimos foi inspirada no exemplo de Inglaterra, uma vez que esta era reconhecida como pátria da higiene e um modelo de organização médico-sanitária.¹⁰²³ Durante este processo inicia-se em 1900 a construção dos sanatórios do Outão (1900), de Carcavelos (1902), da Guarda (1907), de Portalegre (1909) e do Lumiar (1912). Em 1901 é inaugurado o primeiro dispensário antituberculoso em Lisboa. O 1º Congresso da Liga Nacional Contra a Tuberculose, realizou-se em 1901 em Lisboa “(...) exprimiram-se entre os seguintes votos: Barateamento dos bens alimentares de primeira necessidade; aplicação e simplificação da legislação sobre trabalho industrial e de menores; lei sobre a higiene infantil; divulgação da higiene nos estabelecimentos de ensino; isolamento dos doentes tuberculosos, etc. Grande envolvimento dos médicos (com destaque para Miguel Bombarda) e da imprensa médica nas campanhas de profilaxia contra a tuberculose (...)”¹⁰²⁴ Em 1902 é criada a Escola de Medicina Tropical e o Hospital Colonial; em 1904 são aprovados os cursos de medicina sanitária e engenharia sanitária, a ministrar no Instituto Central de Higiene; em 1906 é inaugurado o Instituto Central da Assistência Nacional aos Tuberculosos em Lisboa. Não obstante estes esforços e medidas desenvolvidas «(...) a reforma de 1899 de Ricardo Jorge, profusamente definida neste Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, com 347 artigos, alguns dos quais com vários números e alíneas, representa uma grande vontade de lutar em prol da saúde em Portugal, lançando as bases da legislação sanitária do país. Todavia, na opinião de Gonçalves Ferreira, estas “bases do que se pode chamar o moderno sanitário considerado necessário ao País, não conseguiram fazer melhorar as condições de saúde geral da população e o estado sanitário urbano, apesar de serem definidas e discriminadas minuciosamente as atribuições dos funcionários sanitários, das autoridades administrativas e eclesiásticas em relação aos assuntos de saúde pública”. Segundo o seu parecer, os inconvenientes mais notórios desta reforma foram “a dispersão de responsabilidades por numerosas entidades e a falta de interesse destas” (...)»¹⁰²⁵. De referir que é inquestionável que a segunda metade do século XIX assinala progressos técnicos e científicos na Medicina e em muitas outras áreas convergentes com a Saúde Pública.

Os anos que antecedem a instauração da República são de forte instabilidade. A Revolução Republicana de 5 de outubro de 1910 gerou expectativas relativas à reforma da Saúde, uma vez que a retórica reformista do Partido Republicano na oposição, a ampliação do movimento higienista a nível nacional e internacional, a relevância dentro das elites republicanas de reconhecidos médicos e sanitaristas, bem como os recentes progressos no conhecimento das ciências médicas, faziam acreditar que o novo regime político teria determinação e requisitos para desenvolver e implementar uma política de saúde coerente e concreta, aplicando e desenvolvendo a Reforma de 1901. O assumir do preceito *Saúde e Fraternidade*, que constava no final da correspondência despachada oficialmente pelo novo regime, demonstrava essa intenção de constituir a *senha de síntese do espírito republicano*¹⁰²⁶ reclamando uma vida saudável para todos e uma sociedade fraternal como objetivos políticos. Para a ascensão da saúde a objetivo político do novo regime, não foi menosprezível a existência, entre os Deputados à Assembleia Constituinte e entre os

¹⁰²² VIEGAS et al, 2006

¹⁰²³ SIMÕES, 2005; Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*; VIEGAS et al, 2006

¹⁰²⁴ Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XXVII

¹⁰²⁵ VIEGAS et al, 2006

¹⁰²⁶ ALVES, *Saúde e Fraternidade – A saúde na I República*. In GARNEL, 2010

membros dos sucessivos Governos, de um volume considerável de médicos, sustentando as inúmeras referências, nas discussões parlamentares, a assuntos relacionados com a saúde das populações.¹⁰²⁷ Em 1910 é criado o Instituto Central de Higiene, o 11º a surgir no mundo, que mais tarde se tornaria no Instituto Superior de Higiene, que em 1929 assumiria o nome do Dr. Ricardo Jorge. Tinha como uma das suas missões, a de “*ministrar a instrução especial técnica e conferir o tirocínio profissional prático, necessário como habilitação de admissão aos lugares de médicos e engenheiros do corpo de saúde pública*” (nº 1 do art. 115º do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública).¹⁰²⁸ Em 1910 Portugal detinha “*(...) 243 unidades hospitalares no país, sendo a grande maioria da responsabilidade da Igreja e das Misericórdias. Porém, cabia ao Estado a administração das unidades mais modernas e bem apetrechadas como o Hospital Real de São José e Anexos, que até 1910 contava oito unidades hospitalares em Lisboa (Hospital de São José, Hospital de São Lázaro, Hospital de Rilhafoles, Hospital do Desterro, Hospital Estefânia, Hospital de Arroios, Hospital do Rego, Hospital de Santa Marta). Completavam esta tutela direta os Institutos Bacteriológico Câmara Pestana, Central de Higiene, Oftalmológico e a Escola de Medicina Tropical em Lisboa, para além de seis estabelecimentos no Porto e os Hospitais da Universidade de Coimbra. A grande maioria das unidades do país só com muita benevolência podia designar-se de hospital, uma vez que correspondia mais a um dispensário ou posto clínico mal equipado, com um quadro clínico diminuto e prestando cuidados de má qualidade. Serviam sobretudo os pobres e indigentes, uma vez que as restantes camadas populacionais recorriam à medicina privada, sempre que podiam arcar com as suas despesas (...)*”¹⁰²⁹ Na constituição de 1911¹⁰³⁰ conferia-se o direito à *assistência pública* (Artigo 3.º n.º 29.º). Até então a saúde não era definida de forma clara, sendo apenas referenciada de forma vaga e pouco precisa.¹⁰³¹ Não obstante, a existência desta referência reflete duas ideias, por um lado a saúde é um direito, presumindo-se que haverá uma obrigação de prestação desse direito, por outro lado a saúde é entendida apenas como assistência, ou seja, como prestação de cuidados médico-sanitários básicos a pessoas desfavorecidas¹⁰³². A saúde e a beneficência pública viviam articuladas e em 9 de Fevereiro de 1911 é extinta a Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criada a Direção-Geral de Saúde, separando-as e assumindo a saúde de forma isolada, por decreto do Ministro do Interior, António José de Almeida, no dia 9 de Fevereiro de 1911¹⁰³³, que passa a ter a seu cargo os serviços de saúde pública. É também extinto o lugar de Inspetor-Geral dos Serviços Sanitários, passando este inspetor a assumir o cargo de Diretor-Geral de Saúde, neste contexto esta responsabilidade coube a Ricardo Jorge. Por Decreto de 22 de Fevereiro de 1911¹⁰³⁴ criaram-se as Faculdades de Medicina de Lisboa e do Porto, juntando-se assim à já existente em Coimbra, e extinguem-se as Escolas Médico-cirúrgicas, uniformizando-se a organização das Faculdades e reveem-se os currículos dos cursos, reformando o ensino com base no critério da *especialização e prática escolar*. O destaque republicano dado à educação reviu-se também na saúde, sendo esta reforma o reflexo e uma das primeiras concretizações desta postura. Ainda em 1911 sai a Lei da Assistência (25 de Maio) e é criada a Direção-Geral de Assistência, sendo reorganizada a Assistência Nacional aos Tuberculosos, que é integrada nos serviços de saúde pública. A divisão entre Saúde e Assistência delimitava a dissemelhança entre a promoção da higiene e saúde destinada a todos os portugueses e a prestação de auxílio aos mais necessitados, designadamente o auxílio médico, que a Constituição não contemplava. A nível da Assistência a intervenção do Estado era limitada já que visava o

¹⁰²⁷ GARNEL, *Médicos e saúde pública no Parlamento republicano*. In ALMEIDA & CATROGA, 2010

¹⁰²⁸ GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1890-1925: A modernização falhada*

¹⁰²⁹ PEREIRA, David Oliveira Ricardo, 2011

¹⁰³⁰ Assembleia da República, 2014, *Constituição de 21 de Agosto de 1911*

¹⁰³¹ ABREU, 2003

¹⁰³² GARNEL, *Médicos e saúde pública no Parlamento republicano*. In ALMEIDA & CATROGA, 2010

¹⁰³³ Diário da República, 1911, *Decreto com força de Lei de 9 de Fevereiro de 1911*

¹⁰³⁴ Diário da República, 1911, *Decreto de 22 de fevereiro de 1911*

“efetivo e suficiente amparo dos pobres sem outro recurso” em estreita ligação com a ação privada, considerada “indispensável” e a nível de saúde esta era uma ténue obrigação do Estado em difundir práticas diárias de saúde pública e de combater situações excepcionais, como epidemias. Por Decreto do mesmo dia (25 de Maio) é ainda criada e regulada a Junta de Partidos Médicos Municipais, pretendendo uniformizar e controlar os cuidados médico-assistenciais prestados pelos médicos a nível municipal, considerada “(...) o elemento primário, técnico e executório de todo o nosso sistema sanitário (...)”. Os Partidos Médicos são tidos como obrigatórios em todos os municípios, objetivando-se alargar os cuidados de saúde básicos de proximidade a todo o país.¹⁰³⁵ Demonstrando o reconhecimento dado a Ricardo Jorge, Diretor do Instituto Central de Higiene, inicia-se, em 1912, a sua colaboração com o *Office Internationale d'Hygiène Publique*, criado em 1907 e com sede em Paris. Em 1913, o Hospital de S. José e Anexos passa a denominar-se Hospitais Civis de Lisboa, provido de autonomia técnica, administrativa e financeira. Passará a estar sujeito à tutela do Ministério do Trabalho. No mesmo ano, o Curso de Medicina Sanitária passa a designar-se como Curso Especial de Higiene Pública que até 1926, estará na dependência da recente Faculdade de Medicina de Lisboa e do Ministério da Instrução Pública, e daí passa para a tutela da Direção-Geral de Saúde e do Ministério do Interior.

Considerando o agravamento das “deficiências administrativas e técnicos” nos Hospitais da capital, assim como as necessidades previstas de mais camas, por via do início da I Guerra Mundial (apesar de Portugal só entrar na Guerra dois anos mais tarde), em Dezembro de 1914, são reorganizados os Hospitais com a criação dos Hospitais Civis de Lisboa¹⁰³⁶. Sublinha-se, no entanto, que os Hospitais do Estado eram somente destinados à “assistência às classes desvalidas”, como referia o próprio Diploma. No período entre 1914 e 1923 ocorreram ainda outras reorganizações hospitalares, bem como a criação de institutos ligados à saúde pública.¹⁰³⁷ Ainda em 1914 inicia-se a construção de uma Maternidade (terminada em 1932), sob o domínio de Curry Cabral e, acolhendo mais tarde o nome de Alfredo da Costa, que ainda hoje ostenta.¹⁰³⁸ Em 1917 Portugal participa na I Grande Guerra ao lado dos Aliados, o que trás consequências sociais e económicas, que se estendem até ao início da década de 1920.

A 5 de Dezembro impõe-se a Ditadura militar de Sidónio Pais, sendo que o regime Sidonista trouxe um clima de terror e de instabilidade. Esta *Nova República* não apresentava um programa político bem definido e não tinha quadros superiores de qualidade que lhe permitissem implementar as reformas exigidas. Em Lisboa uma parte do proletariado sentia-se profundamente desiludido com a sua política social e em dezembro de 1918, com o assassinato de Sidónio Pais, o país resvalou para uma grave crise. Em 1918 existiam 231 hospitais, ou seja, 1 hospital para 25800 habitantes, com a maioria deles a pertencerem à assistência privada, ou seja, às misericórdias e outras confrarias. No que respeita à formação dos profissionais de saúde, cria-se, a que será a primeira escola de enfermagem, a Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa¹⁰³⁹, estabelecendo igualmente o Curso Geral e o Curso Complementar de Enfermagem. No ano seguinte o Decreto-lei n° 5739 de 10 de Maio de 1919 cria a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Após 1918 a grave crise económica e financeira em que Portugal mergulha exacerba as dificuldades para implementar as reformas da saúde. Verificava-se uma inaptidão para munir o aparelho burocrático de meios suficientes à sua eficaz atuação, uma constante dificuldade de laicização dos serviços hospitalares e uma dependência dos cuidados assistenciais concedidos pelas Misericórdias e outras instituições ligadas à Igreja, que continuavam a ter um papel essencial na Assistência, embora

¹⁰³⁵ Diário da República, 1911, *Decreto de 25 de maio de 1911*

¹⁰³⁶ Diário da República, *Decreto n° 1137 de dezembro de 1914*

¹⁰³⁷ ALVES, *Saúde e Fraternidade – A saúde na I República*. In GARNEL, 2010

¹⁰³⁸ CORREIA, 1954

¹⁰³⁹ Diário da República, 1918, *Decreto n° 4:563 de 9 de julho de 1918*

existissem, neste período, difíceis relações entre o Estado e a Igreja, desencadeadas pela Lei de Separação do Estado e da Igreja¹⁰⁴⁰. Um dos entraves ao êxito da implementação das reformas da saúde foi a dispersão dos serviços por vários ministérios “(...) o que gerava um efeito de tornar acessórias as questões de saúde pública face aos temas centrais de cada um (...)”¹⁰⁴¹, relacionada com a mudança constante de Ministério, dos serviços de saúde, resultado da instabilidade política apanágio deste período. Exemplificando este facto podemos dizer que o Ministério do Trabalho, criado em 1916, veio a estabelecer como uma das competências da Direção-Geral do Trabalho a “ (...) fiscalização e execução das leis e regulamentos sobre higiene e salubridade (...)”¹⁰⁴². Dois anos mais tarde a Direção-Geral de Saúde, a Direção-Geral de Assistência e a Direção-Geral dos Hospitais Civis de Lisboa seriam incorporadas neste Ministério. Todavia em 1925 o mesmo Ministério seria extinto, regressando estas Direções-Gerais ao Ministério do Interior. Muito embora existissem estas dificuldades, em 1919 é harmonizada e doutrinada a organização dos serviços de saúde nas colónias¹⁰⁴³. No mesmo dia, demonstrando o furor legislativo sidonista, através de um conjunto de Decretos (Decretos n.º 5636 a 5640¹⁰⁴⁴), são criados seguros sociais obrigatórios na doença, invalidez, velhice e sobrevivência bem como o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e Previdência Geral (ISSOPG), organismo com atribuições de administração e fiscalização desses seguros. Pretendia-se desta forma, pôr termo ao desamparo na doença de “*mais de um terço da população total*” uma vez que a intervenção das mutualidades livres até então “*quase se exerceu apenas nos grandes centros de Lisboa e Porto*”¹⁰⁴⁵. Estes Diplomas demonstravam que “*o conceito de saúde pública estava em transformação*”¹⁰⁴⁶ e revelam a preocupação em crescendo com a expansão do acesso à saúde, bem como a vontade do Estado intervir, tendo em consideração os condicionalismos económicos. Esta vontade relaciona-se com a emergência do Estado Providência, em particular após a I Guerra Mundial, embora nesta altura ainda estivesse numa fase inicial em Portugal e fosse um Estado Providência liberal, ou seja, com uma “*(...) segurança social modesta baseada na verificação de meios e destinada às classes trabalhadoras (...)*”¹⁰⁴⁷. No entanto já era revelador do principiar de uma nova conceção da relação entre Estado e indivíduo. Mas, como refere Maria Rita Garnel “*(...) o alargamento da intervenção do Estado encontrou resistências. (...) Na década de 20 e mesmo entre as elites médicas, o alargamento da intervenção do Estado neste domínio não era consensual (...)*”¹⁰⁴⁸. Para além dos decretos referidos, ainda saíram o Decreto n.º 5637¹⁰⁴⁹ que criou o seguro social obrigatório para desastres no trabalho (neste conceito passam a estar incluídas as doenças profissionais desde que devidamente comprovadas), bem como o Decreto n.º 5638¹⁰⁵⁰ relativo à invalidez, velhice e sobrevivência.

Em 1922 surge a Sociedade Promotora do Caramulo, fundada por Jerónimo Lacerda, médico do Corpo Expedicionário Português durante a I Guerra Mundial, que inaugura o Grande Hotel do Caramulo, destinado a doentes convalescentes de tuberculose, que passa a ser um local de referência a nível nacional e em 1933 assume a designação de Grande Sanatório do Caramulo. No mesmo ano, é aprovado o Regulamento de higiene, salubridade e segurança nos estabelecimentos industriais e das indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas, (Decreto n.º

¹⁰⁴⁰ MATTOSO, 1994, *A cultura Republicana. A Lógica e os métodos da Republica: A sacralização da sociedade*, Volume 6

¹⁰⁴¹ ALVES, *Saúde e Fraternidade – A saúde na I República*. In GARNEL, 2010

¹⁰⁴² Diário da República, 1916, *Lei n.º 494 de 16 de março, de 1916*

¹⁰⁴³ Diário da República, 1919, *Decreto n.º 5727 de 10 de maio de 1919*

¹⁰⁴⁴ Diário da República, 1919, *Decreto n.º 5640 de 10 de maio de 1919*

¹⁰⁴⁵ Diário da República, 1919, *Decreto n.º 5636 de 10 de maio de 1919*

¹⁰⁴⁶ GARNEL, 2010. In ALMEIDA & CATROGA, 2010

¹⁰⁴⁷ PEREIRA, 1999

¹⁰⁴⁸ GARNEL, 2010 in ALMEIDA & CATROGA, 2010

¹⁰⁴⁹ Diário da República, 1919, *Decreto n.º 5637 de 10 de maio de 1919*

¹⁰⁵⁰ Diário da República, 1919, *Decreto n.º 5638 de 10 de maio de 1919*

8364¹⁰⁵¹, que só será revogado em 1966) e em 1924, os Caminhos-de-ferro passam a ser obrigados a construir sanatórios para os seus trabalhadores doentes com tuberculose¹⁰⁵². Em 1925 os serviços de saúde pública são integrados no Ministério da Instrução devido à extinção do Ministério do Trabalho. Novamente se impunha a instabilidade organizativa dos organismos centrais de saúde, sendo negativo o balanço que as autoridades faziam: “(...) existência atribulada, desordenada e estéril (...)”¹⁰⁵³, ficando assim clara a diferença entre a legislação produzida, organismos criados e a eficácia dos serviços prestados. Neste período Ricardo Jorge assumiu um protagonismo decisivo como Diretor-Geral de Saúde. Ciente das práticas de saúde mais modernas a nível internacional, concebeu variada legislação reformista, tendo sido criticado por alguns Deputados e Senadores (dos quais se destaca Sousa Júnior) por estabelecer uma verdadeira “*ditadura sanitária*” legal. No entanto, preocupava-se mais com a produção legislativa do que com a eficiência da prevenção objetiva¹⁰⁵⁴. Relativamente a este facto, Ricardo Jorge fazia também um “*balanço desanimador*”¹⁰⁵⁵ por existirem “(...) *dificuldades burocráticas, falta de meios, dificuldades políticas e até médicas* (...)”¹⁰⁵⁶. Efetivamente as condicionantes eram muitas: serviços de saúde e assistência centralizados em Lisboa; carência de meios financeiros para a expansão territorial; escassez de serviços de saúde públicos para atingir os objetivos; instabilidade política que afetava o funcionamento e os melhoramentos no sistema médico-sanitário (destacamos a reforma de 1919 planeada por Ricardo Jorge e nunca discutida no Parlamento).¹⁰⁵⁷ Conforme se percebe, “(...) *o ímpeto reformista e as esperanças da regeneração médica que a República devia concretizar (...) foi moderada pelas conjunturas económico-financeiras* (...)”, passando para segundo plano o que tinha sido considerado um propósito político prioritário, sendo que o legislador no Decreto n.º 12477¹⁰⁵⁸ referindo-se a este período escreve “(...) *No barranco financeiro estancaram mais de uma vez as tenções de reformas. Anteviam-se somas elevadas a despender menos coadunáveis com os apertos económicos* (...)”. Não obstante, foi durante a I República que se diligenciou: reforma do ensino médico; reforma dos cuidados de saúde nas Colónias; sanidade escolar; vacinação obrigatória; desenvolvimento do higienismo respondendo a graves epidemias, como a de 1912 e 1918; medidas relativas à água; saneamento; circulação do ar; condições de habitação e dos alimentos. Estas conquistas incluíam-se no discurso oficial em 1925, afirmando a Assistência Pública como a “*grande obra republicana*”¹⁰⁵⁹.

No ano de 1926 a I República é derrubada e instaurada a Ditadura Militar com o golpe de 28 de Maio de 1926. A 24 de Setembro regulamentou-se o Conselho Superior de Higiene Pública¹⁰⁶⁰ de forma a tornar a sua ação mais proveitosa para os serviços de saúde. Entre outras competências, cabe ao Conselho emitir pareceres sobre todos os assuntos de ordem sanitária, com proveniência externa ao Governo, ou seja por informação decorrente de avaliação *in loco* da situação sanitária, ou com proveniência dos vários ministérios, bem como com proveniência do Ministro da tutela ou da Direção Geral da Saúde. Compete-lhe, também, propor as reformas necessárias para a melhoria da saúde pública e dos seus serviços e tomar as medidas que considerar em caso de perigo para a saúde pública, designadamente para o combate às epidemias. O Diretor Geral da Saúde, por norma, fará parte do Conselho, mas mesmo em situação contrária, participa nas reuniões prestando informações e participando no debate,

¹⁰⁵¹ Diário da República, 1922, *Decreto n.º 8364 de 25 de agosto de 1922*

¹⁰⁵² GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1890-1925: A modernização falhada*

¹⁰⁵³ Diário da República, 1925, *Decreto n.º 11267 de 25 de novembro de 1925*

¹⁰⁵⁴ ALVES, 2010 in GARNEL, 2010

¹⁰⁵⁵ CORREIA, 1960

¹⁰⁵⁶ ALVES, 2010 in GARNEL, 2010

¹⁰⁵⁷ Idem

¹⁰⁵⁸ Diário da República, 1926, *Decreto n.º 12477 de 12 de outubro de 1926*

¹⁰⁵⁹ ALVES, 2010 in GARNEL, 2010

¹⁰⁶⁰ Diário da República, 1926, *Decreto n.º 12371 de 24 de setembro de 1926*

só não terá direito a voto. Na sequência destas alterações é publicada a Reforma dos Serviços de Saúde Pública, com o Decreto n.º 12477 (anteriormente mencionado) que foi regulamentada pelo Decreto n.º 13166¹⁰⁶¹, fundamentada na avaliação feita anteriormente (referida no Decreto n.º 12477). Neste Decreto, demonstra-se que o diagnóstico da evolução da saúde e higiene públicas é bastante negativo, referindo estar Portugal em “(...) *considerável atraso, lesivo para a existência e saúde dos cidadãos, vexatório para o brio nacional (...)*” ao contrário de um conjunto vasto de países, alguns com iguais dificuldades económicas, que após a I Guerra Mundial apostaram na medicina preventiva “*sem olhar a sacrifícios*”. Com o objetivo da reorganização dos serviços de saúde, são suprimidas as delegações distritais de saúde, conferindo mais autonomia às autoridades sanitárias concelhias, são criadas a nível municipal Juntas de Higiene e subinspetores de saúde, são melhorados os Partidos municipais e criadas brigadas sanitárias para pôr rápida e eficazmente cobro as epidemias. Esta Reforma foi ineficaz e não produziu os efeitos pretendidos uma vez que as preocupações do novo regime centravam-se fundamentalmente na manutenção da ordem e no controlo das finanças públicas¹⁰⁶². Sem a estabilidade e os recursos necessários para implementar a referida reforma, “(...) *os resultados não foram os melhores (...)*”¹⁰⁶³, embora tenha vigorado por 20 anos. Como refere Ferreira Correia¹⁰⁶⁴ “(...) *a legislação sanitária portuguesa (...)* apenas tem contra si um obstáculo – o pior de todos – o de não ser convenientemente cumprida (...)”, ao que se acrescenta que as “(...) *iniciativas assistenciais eram fortemente controladas de acordo com a posição oficial vigente que considerava a pobreza como tendo causas não económicas mas morais (...)*”¹⁰⁶⁵, induzindo, à margem da lei, a uma postura repressiva quanto à assistência. Neste contexto, em 1927, cria-se a Direção-geral de Assistência¹⁰⁶⁶, que tinha sido extinta em 1925, e transfere a Direcção-Geral da Saúde e a Direcção-Geral dos Hospitais Civis de Lisboa para o Ministério do Interior, sendo desta forma a “(...) *associação entre assistência, combate à mendicidade e manutenção da ordem era claramente reforçada (...)*”¹⁰⁶⁷. Durante este período destacou-se a atividade da Direcção-Geral da Saúde, com a direção de Ricardo Jorge, que em 1928 assumirá o cargo de Presidente do Conselho Superior de Higiene criado pelo Decreto n.º 16265¹⁰⁶⁸, deixando o cargo a José Alberto de Faria, que o ocupará até 1945. As despesas com a saúde pública constituíam 0.23% do Orçamento Geral do Estado de 1928 (4400 contos num Orçamento de 2 milhões), sendo que para Ricardo Jorge, deveria ser de 2% a 3% do OE e considerava que o desinvestimento explicava a morte de 20 a 30 pessoas por mil habitantes por ano, enquanto em Londres, aglomerado populacional semelhante, a mortalidade é de 12 por mil.¹⁰⁶⁹ A Reforma do curso de medicina dá-se em 1930, passando a ter duração de 6 anos e tinham acesso os alunos com o 7º ano dos liceus da secção de ciências e não, como anteriormente, os de letras.¹⁰⁷⁰

Anteriormente em 1927 Egas Moniz distingue-se ao fazer a primeira angiografia cerebral. Este feito não será o único com relevância para as ciências médicas, pois entre outras, em 1935, faz a primeira leucotomia pré-frontal, uma técnica neurocirúrgica para o tratamento de algumas psicoses, hoje contestada. Por este seu perfil científico, recebeu em 1949 o Prémio Nobel da Medicina. Ainda em 1927, surge um trabalho científico de vanguarda em Portugal, publicado pelo médico João Camoegas¹⁰⁷¹ *O Trabalho Humano*, que constitui o primeiro

¹⁰⁶¹ Diário da República, 1927, *Decreto n.º 13166 de 28 de janeiro de 1927*

¹⁰⁶² MATTOSO, 1994, *O Estado Novo nos anos 30*, Volume 7

¹⁰⁶³ GONÇALVES, 1990

¹⁰⁶⁴ CORREIA, 1938

¹⁰⁶⁵ COSTA, 2009

¹⁰⁶⁶ Diário da República, 1927, *Decreto n.º 13700 de 31 de maio de 1927*

¹⁰⁶⁷ RODRIGUES, 1999

¹⁰⁶⁸ Diário da República, 1928, *Decreto n.º 16265 de 18 de dezembro de 1928*

¹⁰⁶⁹ Ricardo Jorge, in GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1926-1974: A modernização bloqueada*

¹⁰⁷⁰ GRAÇA, 2005, *História da Saúde e do Trabalho. O período de 1926-1974: A modernização bloqueada*

¹⁰⁷¹ Foi titular da pasta da Instrução Pública em dois governos, 1923 e 1925.

trabalho de divulgação científica, em Portugal, apoiado nos princípios do taylorismo, baseado na fisiologia do esforço.

Quatro anos após a sua entrada para a pasta das Finanças, António Oliveira Salazar, é chamado pelo Presidente da República, General Carmona, para a presidência do Ministério, cargo que aceita acumulando com a pasta das Finanças, consistindo no culminar do reconhecimento que a Nação lhe dava. Foi Presidente do Ministério entre 1932 e 1933 e Presidente do Conselho de Ministros entre 1933 e 1968, bem como promotor do Estado Novo e da política e regime que o caracterizou.¹⁰⁷² Com a subida de Salazar ao poder e a implantação do Estado Novo, geraram-se os requisitos de estabilidade política e doutrinária para se efetuar nova reforma dos serviços de saúde e assistência. A propaganda do novo regime concentrou-se, desde o início, na crítica à política de saúde da I República, considerada estatizante, ou seja o Estado tinha pretensões a ser detentor das estruturas que prestavam cuidados de saúde à população. Relativamente a esta postura do anterior regime, Salazar tinha uma opinião contrária defendendo, na época em que era Provedor da Misericórdia de Coimbra¹⁰⁷³ o que passamos a citar: “(...) *Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições, fazendo por si a assistência (...)*”¹⁰⁷⁴. Concordantemente os cuidados de saúde de índole privada continuariam a ser a regra, sendo que, ao contrário do que aconteceu maioritariamente até à época, desta vez não era por incapacidade do Estado mas por opção ideológica. Inicia-se o que Correia de Campos¹⁰⁷⁵ designou como sendo o início da *desoficialização da assistência*, encetando uma “(...) *época de ouro das instituições particulares da assistência (...)*”¹⁰⁷⁶ com destaque para as Misericórdias, pois estas serviam como suporte institucional de “(...) *um assistencialismo caritativo organizado e concedido na base de critérios ético-religiosos (...)*”¹⁰⁷⁷. Esta visão da Assistência enquadrava-se, e conseguia, fundamento no modelo corporativo do Estado, resultando numa “(...) *solidariedade intracorporação e revalorização das iniciativas privadas de beneficência (...)*”¹⁰⁷⁸, que o Estado deveria regular, incentivar e apoiar de modo subsidiário.

Na Constituição de 1933¹⁰⁷⁹ constava, no Artigo 40.º, o “(...) *direito e obrigação do Estado na defesa da moral, da salubridade da alimentação e da higiene pública (...)*” e o Artigo 41.º refere como obrigação do Estado “(...) *promover e favorecer as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade (...)*”. Neste documento, que é a primeira Lei da Nação, não consta qualquer referência explícita à Saúde nem à Assistência Pública, não se constituindo estas como direitos nem objetivos políticos meritórios de constar. Efetivamente a Constituição deriva da conceção do papel do Estado, que está em vigor, decorrendo que, neste período, a defesa de uma Assistência de tipo caritativa, essencialmente privada, irregular e parcial fosse imperativa. A caridade imperava como forma tradicional de auxílio aos que se encontravam em situação de debilidade e ao Estado cabia a ação fiscalizadora das entidades privadas que a exerciam, a sua intervenção era supletiva. Por outro lado existia grande dispersão de meios de ação e de instâncias de controlo e direção, por via da proliferação de organismos burocráticos especializados. Este cariz do Estado relativo à Assistência Pública foi concretizado em 1935, através do Decreto-lei n.º 25936¹⁰⁸⁰, que institui o *Lar Portugueses*, uma organização de promoção da assistência à maternidade, em que a família é encarada como elemento fundamental, em colaboração com as autarquias, instituições particulares e

¹⁰⁷² Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, Volume XXVI

¹⁰⁷³ Foi Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Coimbra de 1920 a 1923.

¹⁰⁷⁴ COSTA, 2009

¹⁰⁷⁵ CAMPOS, 1983

¹⁰⁷⁶ Idem

¹⁰⁷⁷ HESPANHA, 2000

¹⁰⁷⁸ COSTA, 2009

¹⁰⁷⁹ Assembleia da República, 2014, *Constituição de 1933*

¹⁰⁸⁰ Diário da República, 1935, *Decreto-Lei n.º 25936 de 12 de outubro de 1935*

o Estado, sendo que o Estado tem um “carácter supletório”. No mesmo contexto o Decreto-lei n.º 27610¹⁰⁸¹, ao criar uma comissão para estudar a reforma da Assistência, explícita no Preâmbulo a postura do novo regime no que concerne com o papel do Estado na Assistência: “(...) *Contrariamente ao que a alguns se afiguraria, a organização corporativa do Estado e alguns dos seus princípios essenciais, deste levarão logicamente a buscar a solução do problema da assistência mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação de organismos públicos, burocráticos, estatizados, ou sejam mecânicos e inertes. Certamente, e não se sabe ainda por que período, a assistência pública – paga, dirigida e administrada pelo Estado – terá de continuar, mas nada exige que desde já se vá além de conferir-lhe uma função supletiva e de coordenação e orientação superiores, no sentido de que ao Estado incumba na assistência, sobretudo, uma função de justiça e aos particulares a função essencial de misericórdia (...)*.” Para executar esta função de coordenação e orientação superiores, é criada em 1940 a Subsecretaria de Estado da Assistência Social, tendo como Subsecretário de Estado Joaquim Dinis da Fonseca, que foi sucedido por Joaquim Trigo Negreiros de 1944 a 1950¹⁰⁸². No ano seguinte, é constatada a necessidade de reorganizar os serviços de Assistência, mantendo-os no Ministério do Interior^{1083 1084}. No Decreto em causa, indicam-se as quatro prioridades respeitantes à Assistência Social: “(...) *assistência à vida no seu nascimento e primeira infância (...)* *assistência à vida na sua formação e preparação física, intelectual e moral (...)* *defesa da vida ameaçada por infeções físicas, mentais ou morais (...)* *assistência à vida diminuída pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (...)*”. Refere, ainda que são transformadas algumas instituições de assistência oficiais em privadas, concretizando reiterada “*valorização da assistência privada*”, cabendo ao Estado a “(...) *orientação, cooperação, coordenação, suprimento e, de modo especial, a inspeção e fiscalização (...)*”. Esta “(...) *desoficialização/privatização encontra o seu prolongamento nas formas de contrato do pessoal de assistência (simples prestação de serviços ou assalariamento) (...)*”¹⁰⁸⁵, com exceção dos cargos de direção e chefia¹⁰⁸⁶. Cumpre assinalar a importância da relação entre o Estado e a Igreja Católica, nesta fase da história, fortalecida, anteriormente, na Concordata de 1940¹⁰⁸⁷, consagrando à Igreja um papel relevante na Assistência. Salazar afirmou que “(...) *era preciso coroar essa obra [da Igreja] já realizada e tirar dela todas as consequências sociais e políticas (...)*”¹⁰⁸⁸, tornando oficial, e decorrente de uma opção consciente, a integração da Igreja na Assistência, contrariando o entendimento de Assistência e Saúde da I República, embora na época a Igreja também detivesse uma relevância muito substancial.

Em 1941 foram criados centros de inquérito, que apuravam as verdadeiras condições de vida da população necessitada que pediam assistência pública. Estes centros foram criados por existir um avultado número de solicitações e a resposta ser escassa, sendo necessário perceber as reais necessidades. Os resultados destes inquéritos determinavam a obtenção das cartas de assistência atestando a condição de pobreza, passadas pelas Juntas de Freguesia, de forma a conseguirem a assistência nos estabelecimentos públicos. Referimos que para este efeito, até meados da década de 1940, os serviços públicos não-hospitalares eram: alguns dispensários; Instituto Maternal; alguns CS; serviços de controlo de epidemias da Direção Geral da Saúde; serviços de vacinação; médicos e parteiras

¹⁰⁸¹ Diário da República, 1937, *Decreto-Lei n.º 27610 de 1 de abril de 1937*

¹⁰⁸² Ambos juristas, da elite política do regime, entusiastas da construção corporativa do Estado e conhecedores dos objetivos oficiais da Assistência.

¹⁰⁸³ Segundo Fernanda Rodrigues (1999) a manutenção neste Ministério revela “*uma versão sanitarista da assistência e uma versão assistencialista da saúde, ambas restritivas e insuficientes*”.

¹⁰⁸⁴ Diário da República, 1941, *Decreto-Lei n.º 31666 de 22 de novembro de 1941*

¹⁰⁸⁵ LOPES, 1987

¹⁰⁸⁶ Diário da República, 1942, *Decreto-Lei n.º 31913 de 12 de março de 1942*

¹⁰⁸⁷ Diário da República, 1940, *Diário do Governo n.º de 10 de julho de 1940. Série I, n.º158*

¹⁰⁸⁸ FERREIRA, 2006

municipais; delegações de saúde. Os Hospitais públicos eram os Hospitais Cívicos de Lisboa, o Hospital Joaquim Urbano, no Porto, e os hospitais escolares de Lisboa e Coimbra, sendo que os outros serviços de saúde eram das Misericórdias e de outras entidades privadas ou de organizações corporativas.¹⁰⁸⁹ Dentro desta conceção da Assistência, a 15 de Maio de 1944 foram estabelecidas as Bases gerais do regime jurídico da Assistência Social¹⁰⁹⁰. Assim, reafirma-se o carácter supletivo da atuação do Estado e acrescenta que a atuação será “(...) dentro das possibilidades económicas (...)” do mesmo Estado, devendo as instituições e obras de assistência do Estado ser desoficializadas com a maior brevidade. Conserva o papel central das Misericórdias na prestação de cuidados de saúde (Base XVII), cabendo ao Subsecretariado de Assistência “orientar, tutelar e inspecionar” os serviços de assistência. Esta lei culmina, assim, a fase “caritativo-corporativista” (1937-1944), na periodização de Correia de Campos¹⁰⁹¹, que a considera a fase mais demarcada ideologicamente e Octávio Gonçalves Lopes¹⁰⁹² reforça afirmando “(...) Esta lei condensa a ideologia do sistema (...)”.

O período descrito coincide com a II Guerra Mundial (1 de setembro de 1939 a 2 de setembro de 1945), relativamente à qual Portugal declarou oficialmente a sua neutralidade, embora tenha sofrido alguns efeitos por força das suas relações internacionais. No pós-guerra a nível internacional, inicia-se, e é crescente, a afirmação do Estado-Providência, nas democracias europeias, e consequentemente a tendência para incluir a saúde na elaboração de sistemas de segurança social acompanha este movimento crescente de “(...) cristalizada na criação e hierarquização de administrações sanitárias encarregadas de zelar pela saúde pública (...)”¹⁰⁹³ e na sua dotação de recursos apropriados à sua ação eficaz. Neste contexto no Reino Unido surge o *Plano Beveridge* (1942) que dará origem ao *National Health Service* (1948), consistindo num sistema universal de prestação de cuidados médicos, apontado pelo regime português como uma obra não muito de salutar, por contrariar a doutrina oficial do regime da época. De referir que também nesta fase se inicia a conceção da OMS que é criada a 22 de Julho de 1946, cuja Constituição¹⁰⁹⁴ entrou em vigor a 7 de abril de 1948, e foi ratificada por Portugal a 6 de Fevereiro de 1948¹⁰⁹⁵, dispondo o preâmbulo que “(...) Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser cumprida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas (...)”. Neste contexto internacional e num contexto nacional de maior reivindicação, consentida pela liberdade condicionada no período eleitoral para as eleições de 18 de Novembro de 1945, e numa fase em que o Estado reunia “(...) condições económicas favoráveis, graças à economia de guerra que tantas dificuldades tinha criado aos mais desfavorecidos, mas que, segundo estudos recentes, tinha feito entrar nos cofres do Estado bastante dinheiro (...)”¹⁰⁹⁶ surge a marcante Reforma de Trigo Negreiros. Esta reform demarca “(...) uma nova atitude, tímida é certo, mas revelando já a necessidade de uma profunda mudança (...)”¹⁰⁹⁷ por via do reconhecimento de que existem “(...) instantes e imediatas necessidades de intensificação e desenvolvimento da atividade no campo da assistência (...)” e de que “ (...) as iniciativas particulares nem sempre se ajustam às necessidades (...)”¹⁰⁹⁸ Assim a 7 de novembro de 1945 com o Decreto-lei nº 35108, decorrente do Estatuto da Assistência Social referente à Lei nº 1998 de 15 de maio de 1944, mencionada anteriormente, surge a segunda grande reforma dos serviços de saúde, a reforma sanitária de Trigo de

¹⁰⁸⁹ RODRIGUES, 2013

¹⁰⁹⁰ Diário da República, 1944, *Lei nº 1998 de 15 de maio de 1944*

¹⁰⁹¹ CAMPOS, 1983

¹⁰⁹² LOPES, 1987

¹⁰⁹³ COSTA, Rui Manuel Pinto, 2009

¹⁰⁹⁴ Organização Mundial da Saúde, 1946

¹⁰⁹⁵ Diário da República, 1948, *Aviso de 1 de Julho de 1948*

¹⁰⁹⁶ RODRIGUES, 2013

¹⁰⁹⁷ LOPES, 1987

¹⁰⁹⁸ Diário da República, 1945, *Decreto-Lei n.º 35108 de novembro de 1945*

Negreiros (Subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior). É reconhecida, assim, a debilidade da situação sanitária no país e a necessidade de uma resposta do Estado. Esta reforma cria a Direção-Geral da Saúde, com funções de orientação e fiscalização em relação à prática sanitária, de ação educativa e preventiva. Cumulativamente cria a Direção-Geral da Assistência com encargo administrativo sobre os hospitais e sanatórios. O mesmo Decreto-lei cria em todos os distritos uma delegação de saúde e em cada concelho uma subdelegação, prevê ainda os Hospitais Cívicos de Lisboa e os Hospitais da Universidade de Coimbra e regulamenta as instituições de assistência particular, as quais ficam na dependência do Ministério do Interior. São criados institutos¹⁰⁹⁹ dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna. Este diploma é o primeiro a abordar as três dimensões da política de saúde: assistência preventiva; assistência paliativa e curativa; assistência construtiva (posteriormente estas dimensões foram denominadas como: prevenção; tratamento; recuperação).^{1100 1101}

Esta Reforma, embora reconheça as fragilidades da assistência particular, alvitra como solução a “(...) melhoria da tutela administrativa que incumbe ao Estado na sua tríplice finalidade – orientadora, cooperadora e fiscalizadora (...)” (Decreto-lei n.º 35108) designadamente através da Inspeção da Assistência Social. Conservam-se os princípios fundamentais da Assistência, assumindo o Estado uma ação tutelar do vasto aparelho burocrático assistencial, cedendo à iniciativa privada um papel predominante, com realce para as Misericórdias, já que o Estado “(...) apenas coordena o existente e fruto de vontades dispersas (...)”¹¹⁰² através de um “(...) aparelho burocrático de grandes dimensões (...)”^{1103 1104} ao invés da criação de serviços médicos efetivos, como muitos países da Europa ocidental já haviam realizado e recomendava, à época, o *Office International d'Hygiène Publique (OIHP)*¹¹⁰⁵. A Reforma Trigo Negreiros, embora desfasada no tempo em relação a outros países europeus, constitui um marco relativo ao progresso dos serviços de saúde e é impulsora da legislação inovadora promulgada neste período. No entanto, conforme refere Gonçalves Ferreira¹¹⁰⁶ a criação de um conjunto de instituições contra doenças específicas “(...) complicou a coordenação de esforços na promoção da saúde e luta contra a doença e impossibilitou na prática a distribuição equilibrada dos recursos financeiros e a avaliação de resultados (...)”, tendo contribuído para a adaptação da conceção de saúde a novas realidades e reivindicações mas restrita à conceção do papel do Estado vigente. Anterior à publicação desta reforma, mas já decorrente desta linha de pensamento e com o objetivo de sustentar uma organização vertical para debelar as grandes doenças, concentra-se a saúde mental em hospitais psiquiátricos¹¹⁰⁷, e posteriormente à referida reforma, surgem serviços, como a Colónia Rovisco Pais na Tocha (1948) para os doentes com lepra.¹¹⁰⁸ Relativamente à Lei n.º 2006, temos a referir que a concentração da saúde mental em hospitais psiquiátricos, em regime de internamento baseado na segregação dos doentes, era exemplo paradigmático do atraso relativo de Portugal nas políticas de saúde, uma vez que noutros países se aconselhava a

¹⁰⁹⁹ Contam-se entre estes o Instituto e Assistência à Família, Instituto Maternal, Instituto de Assistência a Menores, Instituto de Assistência aos Inválidos, Instituto de Assistência nacional aos Tuberculosos.

¹¹⁰⁰ SIMÕES, 2005

¹¹⁰¹ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

¹¹⁰² RODRIGUES, 1999

¹¹⁰³ COSTA, 2009

¹¹⁰⁴ Correia de Campos chamou-lhe uma “uma máquina de caridade oficial” in CAMPOS, 1983

¹¹⁰⁵ Foi uma Organização Internacional fundada 09 de dezembro de 1907, com sede em Paris, França, criada para supervisionar as regras internacionais sobre a quarentena de navios e portos de forma a evitar a propagação da peste e cólera, e para ministrar e coordenar outras medidas de saúde pública. A OIHP foi dissolvida a 22 de julho de 1946 e foi incorporada na Comissão Interina da Organização Mundial de Saúde em 1 de Janeiro de 1947.

¹¹⁰⁶ GONÇALVES, 1990

¹¹⁰⁷ Diário da República, 1945, *Lei n.º 2006 de 11 de abril de 1945*

¹¹⁰⁸ SIMÕES, 2005

inserção em serviços gerais de saúde promovendo o contacto com a população. A Lei nº 2011¹¹⁰⁹, surge no seguimento desta reforma e estabeleceu as bases da organização hospitalar. Esta Lei continha um plano de construções hospitalares, a nível regional e a nível sub-regional, isentando-se o Estado da sua gestão e, entregando-a às Misericórdias. No entanto, dificuldades no financiamento à Comissão de Construções Hospitalares, não permitiu construir nenhum Hospital regional. Acresce que os hospitais existentes não empregavam médicos a tempo total nem com vencimentos capazes, acentuando a visão, pelo médico, de ser um prestador de serviço particular e não público, colocando em causa a sua função social.^{1110 1111 1112}

Ainda em 1946 surgiu a Federação das Caixas de Previdência^{1113 1114}, que viria a consentir a criação e desenvolvimento dos serviços médico-sociais, através da atuação conjunta das caixas na prestação de cuidados de saúde e subsídio de doença, com o objetivo de centralizar os cuidados de saúde curativos, proporcionando, aos beneficiários, regalias superiores às proporcionadas, até então, pelo Estado. Conforme Costa¹¹¹⁵ permitiu o “(...) *alargamento progressivo dos serviços médico-sociais à margem dos demais serviços de saúde do Estado(...)*” uma vez que por via da constituição de Caixas de Previdência, que incluíam a prestação de cuidados de saúde, conforme já referido, o Estado permitiu a criação de um conjunto de subsistemas de saúde independentes de difícil coordenação e eficácia, ao que se acrescenta que este sistema “(...) *não garante um direito universal e geral à saúde, restrito como se encontra aos beneficiários do sistema (...)*”¹¹¹⁶, deixando à margem uma faixa alargada da população sem acesso às Caixas, gerando, entre os beneficiários de diferentes Caixas, desigualdades nos serviços prestados. Assim, e de acordo com Arnaldo Sampaio, Diretor-Geral da Saúde a partir de 1972, referindo-se ao impacto da implementação das Caixas na Saúde, “(...) *os portugueses não tinham um serviço de saúde mas vários serviços de saúde de tipo vertical (...)* o que aumentava de uma maneira chocante as desigualdades sociais (...)”¹¹¹⁷. A implementação das Caixas para responder às necessidades de saúde da população, correspondeu a uma opção política que se ajustava à orientação oficial do regime sobre a Assistência, manifesta por Salazar em vários momentos, designadamente em 1951 nos seguintes termos: “(...) *a assistência deve ter pois origem e fim no seio da família, salvo nos casos de manifesta impossibilidade. (...) o resto é caminhar, às cegas, para o comunismo (...)*”¹¹¹⁸. Apesar disso, as comparticipações do Estado na década de 50 são frequentemente elevadas - até 75% na construção e até 70% na sustentação dos serviços, segundo Coroliano Ferreira¹¹¹⁹. Nesta época realizou-se a reestruturação do ensino da Enfermagem, com a aprovação, do Regulamento das Escolas de Enfermagem. O Curso Geral de Enfermagem passou para três anos e as escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa. Ainda em 1953, considerando o âmbito internacional que a política de saúde já detinha, em algumas matérias, o Decreto-

¹¹⁰⁹ Diário da República, 1946, *Lei n.º 2011 de 11 de abril de 1946*

¹¹¹⁰ SIMÕES, 2005

¹¹¹¹ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

¹¹¹² COSTA, 2009

¹¹¹³ A Previdência regulamentada através da Lei de Bases de Organização da Previdência (Lei 1884 de 16 de março de 1935) “(...) *pode ser considerada como um conjunto diversificado de organismos que compõem três sectores distintos (...)* a) o sector corporativo, composto pelo conjunto das instituições de previdência dos organismos corporativos (Caixas Sindicais de Previdência, caixas de previdência das Casas do Povo, e Casa dos Pescadores); b) o sector privado, composto pelas Caixas de Reforma ou de Previdência e as Associações de Socorros Mútuos; c) o sector público, constituído pelas Instituições de Previdência dos Servidores do Estado e dos Corpos Administrativos (Caixa Geral de Aposentações e Montepio dos Servidores do Estado) ” in PEREIRINHA & CAROLO, 2006

¹¹¹⁴ Diário da República, 1946, *Decreto-Lei n.º 35611 de 25 de abril de 1946*

¹¹¹⁵ COSTA, 2009

¹¹¹⁶ CARREIRA, 1996

¹¹¹⁷ SAMPAIO, 1981

¹¹¹⁸ COSTA, 2009

¹¹¹⁹ FERREIRA, 1957

Lei nº 39:143¹¹²⁰, transpôs para a legislação portuguesa o Regulamento Sanitário Internacional, o qual tinha sido assinado dois anos antes pela OMS.

Durante a década de 50 o médico Miller Guerra, dirigente da Ordem dos Médicos, foi um dos críticos dos princípios arcaizantes de natureza caritativa e assistencial da saúde em Portugal¹¹²¹. Nesta altura, essencialmente nos períodos de liberdade condicionada aquando das eleições legislativas, a maioria da classe médica desenvolvia alguma agitação reivindicativa e “(...) eram muitos os médicos que pediam a criação de um Ministério da Saúde, cuja pasta fosse atribuída a um medico (...)”^{1122 1123}. Em 1958 surge o Ministério da Saúde e da Assistência¹¹²⁴, sendo nomeado Henrique Martins de Carvalho como Ministro e a tutela dos serviços de saúde pública e dos serviços de assistência pública deixam de pertencer ao Ministério do Interior.¹¹²⁵ A criação deste Ministério revela uma revalorização da saúde e “(...) marca [também] a viragem na conceção e na prática da Assistência desenvolvida em Portugal (...)”¹¹²⁶, é reconhecido que no imediato “(...) não foi mais do que a transformação do Secretariado de Assistência Social em Ministério, porque as competências e os meios disponíveis não foram significativamente melhorados (...)”¹¹²⁷. Problemas orçamentais e uma rivalidade persistente com o Ministério das Finanças, devido à sua desconfiança quanto à eficácia de investimentos nos serviços de saúde com organização débil, faziam com que o Ministério da Saúde fosse “ (...) tratado como parente pobre do governo (...)”¹¹²⁸. O próprio Ministro Martins de Carvalho reconheceu, mais tarde, esse facto, afirmando: “(...) Salazar transigira com a opinião pública e criara o Ministério da Saúde; mas, no fundo, não tinha grande interesse em que este equacionasse e procurasse atuar com alguma energia nos problemas essenciais do sector (...)”¹¹²⁹ Em 1959 criaram-se os órgãos de administração regional, as comissões inter-hospitalares de Lisboa e Porto e em 1961 a comissão inter-hospitalar de Coimbra.¹¹³⁰

A década de 60 foi assinalada por um crescimento económico apoiado na industrialização e na liberalização económica controlada e permitida pela EFTA¹¹³¹, bem como pela Guerra Colonial que teve sérios impactos socioeconómicos. É uma fase da história marcada por um aumento das contestações em Portugal, das quais se destacam as crises académicas de 1962 e 1969, que resultaram muito por via de uma maior perceção das condições de vida em outros países sendo que este conhecimento surge devido à progressiva massificação dos meios de comunicação e aos contactos dos emigrantes portuguesa com os familiares que ficaram em Portugal¹¹³². Deste modo, “(...) chegavam a Portugal ecos da aplicação de sistemas de segurança social noutras realidades estrangeiras (...)”¹¹³³. No que dizia respeito à saúde, durante o ano de 1961 “(...) continuavam a proliferar organizações, sem qualquer coordenação entre si. A existência de programas de saúde verticais, que pretendiam, aos três níveis de prevenção, combater doenças específicas, a escassez de recursos humanos, a falta de preparação técnica de alguns

¹¹²⁰Diário da República, 1953, *Decreto-Lei n.º 39:143 de 2 de maio de 1953*

¹¹²¹ GUERRA, Miller, 1958, *Boletim de Assistência social*

¹¹²² COSTA, 2009

¹¹²³ Apesar desta agitação da classe médica no Estado Novo, muitos foram os médicos mais ligados ao Regime que defenderam a política assistencial oficial.

¹¹²⁴ Diário da República, 1958, *Decreto-Lei n.º 41825 de 13 de agosto de 1958*

¹¹²⁵ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

¹¹²⁶ SANTOS, 1996 in ROSAS & BRITO, 1996

¹¹²⁷ SAMPAIO, 1981

¹¹²⁸ CAMPOS, 1983

¹¹²⁹ Henrique Martins de Carvalho in GONÇALVES, 1990

¹¹³⁰ SIMÕES, 2005

¹¹³¹ Associação Europeia de Comércio Livre / *European Free Trade Association*. É uma organização económica de países europeus, da qual Portugal fez parte desde a fundação (4 de Janeiro de 1960) até à sua adesão à Comunidade Económica Europeia em 1986.

¹¹³² NUNES, 1964

¹¹³³ COSTA, 2009

deles, e as dificuldades de financiamento e de acesso aos cuidados, caracterizaram este breve período temporal (...)”¹¹³⁴. Neste contexto político-social, em 1961 é criada a Direcção-Geral dos Hospitais¹¹³⁵, objetivando estabelecer uma “(...) orientação técnica especializada e centralizada, em nível superior (...)” dos Hospitais, revelando o reforço do carácter intervencionista do Estado na organização hospitalar. Ainda neste ano, publicou-se o Relatório das Carreiras Médicas, concluindo-se ser fundamental a criação de carreiras médicas e a reorganização dos serviços de saúde.¹¹³⁶

Em 1962 o Ministro da Saúde Martins de Carvalho é substituído por Soares Martinez, ou seja um médico é substituído por um jurista, facto que foi desaprovado pela classe médica. O ex-Ministro revela, lembrando o período em que foi Ministro: “(...) senti-me bloqueado; e autorizado apenas a assegurar o despacho corrente (...), preso a uma engrenagem, inteligentemente conduzida (...)”¹¹³⁷. A Reforma da Previdência Social desse ano¹¹³⁸ “(...) veio permitir a generalização dos cuidados de saúde às casas do povo e pescadores, aos familiares dos beneficiários e melhorias no esquema de seguro/subsídio de doença que já existia (...)”¹¹³⁹. Nesta Reforma caracterizaram-se as Caixas de Reforma ou de Providência como “(...) instituições de inscrição obrigatória das pessoas que, sem dependência de entidades patronais, exercem determinadas profissões, serviços ou atividades”. Este diploma distingue também as Caixas Sindicais de Previdência como “(...) instituições de previdência de inscrição obrigatória, fundamentalmente destinadas a proteger os trabalhadores de conta de outrem (...)”. A Reforma em causa e os investimentos decorrentes induziram a um grande aumento da despesa social com a saúde, nomeadamente com os subsídios de doença. Os efeitos desta reforma subsistiram até à aprovação da Lei de Bases da Segurança Social de 1984. O desenvolvimento de subsistemas de saúde continua e em 1963 é criada a Assistência Social para os Servidores Civis do Estado (ADSE)¹¹⁴⁰. Consistia na criação de uma Caixa para os funcionários públicos, para os dotar de serviços de saúde médico-cirúrgicos, materno-infantis, de enfermagem, e medicamentosos “(...) em realização gradual por todo o país, a fim de abranger a totalidade dos servidores (...)”. Embora até à década de 60 o Estado Novo tenha mantido quase inalterados os princípios básicos da sua política de Assistência, são visíveis em algumas tentativas de reforma e alguma evolução. Como seja ainda em 1963 a Lei n.º 2120¹¹⁴¹, que promulga as bases da política de saúde e assistência, a qual “(...) atribui ao Estado, entre outras competências, a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. Cabe ao Estado, também, fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins, exercendo ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares (...)”.¹¹⁴² A mesma lei instituiu as Instituições Particulares de Assistência, que eram consideradas Pessoas Coletivas de Utilidade Pública Administrativa (PCUPA) e assumiam as formas de Associações de Beneficentes, Institutos de Assistência (religiosos ou não) ou Institutos de Utilidade Local (Fundações). Bem como, na Base IX determinava que as ações de saúde pública abarcavam a educação sanitária da população, o saneamento do meio ambiente, a higiene materno-infantil, infantil, escolar, a alimentação e do trabalho, a higiene mental, a profilaxia das doenças transmissíveis e sociais, a defesa sanitária das fronteiras, a hidrologia médica e das

¹¹³⁴ RODRIGUES, 2013

¹¹³⁵ Diário da República, 1961, Decreto n.º 43853 de 10 de agosto de 1961

¹¹³⁶ BAGANHA et al, 2002

¹¹³⁷ GONÇALVES, 1990

¹¹³⁸ Diário da República, 1962, Lei n.º 2115 de 18 de junho de 1962

¹¹³⁹ PEREIRA, 1999

¹¹⁴⁰ Diário da República, 1963, Decreto-Lei n.º 45002 de 27 de Abril de 1963

¹¹⁴¹ Diário da República, 1963, Lei n.º 2120 de 19 de julho de 1963

¹¹⁴² Ministério da Saúde, História do Serviço Nacional de Saúde

estações balneares, a fiscalização da produção e comercialização dos medicamentos e a comprovação da sua eficiência. Esta Lei de bases, marca uma diferença clara entre a anterior Lei de Bases, de 1944, distanciando o carácter fundamentalmente caritativo da Assistência e inicia uma tendência de centralização dos serviços prestados. No entanto, este Diploma demonstrava algumas incongruências da intervenção do Estado no sector da Assistência, ao manter o carácter supletivo da sua atuação e as regalias das instituições particulares, ao que acrescentava a responsabilidade do Estado pela criação dessas mesmas instituições e propunha-se implementar uma política de saúde global, através de planos gerais. No entanto, os entraves à implementação de uma política de saúde global efetiva eram significativos. Em 1963, Soares Martinez é substituído por Neto de Carvalho no Ministério da Saúde, e refere, enquanto ex-Ministro, que foi prioridade do seu mandato alargar a cobertura sanitária do país, conjugando a ação das instituições privadas com a atividade do Estado, contudo, “(...) *não havia uma política de saúde (...)*” uma vez que esta implicaria “(...) *o reconhecimento básico do direito à saúde, ainda fora da mentalidade de muita gente (...)*”, nomeadamente do Ministério das Finanças, cuja colaboração era essencial para modernizar o sector da saúde, e onde subsistia “(...) *espírito da Contabilidade Pública (...)*”¹¹⁴³. Neste ano surge o primeiro acordo tarifário entre a Federação das Caixas de Previdência e os hospitais, sendo que apenas 40% da população estava coberta por um esquema de seguro de saúde/doença.¹¹⁴⁴ Embora não existisse uma verdadeira política de saúde e ela não fosse encarada como um direito, a saúde é introduzida no Plano Intercalar de Fomento de 1965-67¹¹⁴⁵, o que permitiu, pela primeira vez de modo autónomo, dispor de verbas independentes da interferência do Ministério das Finanças. Esta introdução no Plano demonstra uma evolução no entendimento da saúde, “(...) *considerada dentro de novos esquemas de desenvolvimento global do país (...)*”¹¹⁴⁶ e a resultante conceção da necessidade de maior intervenção do Estado para a garantir. Esta perceção poderá ter sido resultante do aumento de jovens quadros tecnocratas com experiência internacional na Administração Pública¹¹⁴⁷. Em 1965, criou-se o Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH)¹¹⁴⁸ com o objetivo de colmatar a inexistência de uma entidade que resolvesse problemas de exploração económica e de organização a nível hospitalar. Os primeiros Estatutos da Instituição foram elaborados a 27 de junho de 1965 e a primeira Assembleia Geral decorreu no Salão Nobre do Hospital de São José, dois meses depois da aprovação dos Estatutos¹¹⁴⁹. Em 1966 foram criados os Serviços Médico-Sociais, que tinham como função prestarem cuidados médicos apenas aos cidadãos que beneficiassem da Federação de Caixa de Previdência.¹¹⁵⁰ Ainda em 1966, foi inaugurado o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA), a 2 de julho, tendo se iniciado a sua construção em 1956, por decisão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e do seu Provedor, Dr. José Guilherme de Mello e Castro, “(...) *com a motivação principal de dar resposta às necessidades dos lesionados da Guerra do Ultramar (...)* Acompanhando o contexto internacional, pretendia-se dar resposta a todos os indivíduos com limitações motoras, a quem era reconhecido o direito a um desenvolvimento harmonioso das suas capacidades individuais e sociais, em vista da mais completa integração (...)”¹¹⁵¹. Relativamente à formação dos profissionais necessários para o exercício das funções, por se considerar que não existiam em Portugal, embora existisse desde o início do século formação de profissionais, que se poderiam enquadrar nas áreas da reabilitação, mas não detinham a

¹¹⁴³ Neto de Carvalho in GONÇALVES, 1990

¹¹⁴⁴ CAMPOS, 1983

¹¹⁴⁵ Diário da República, 1964, *Lei n.º 2123 de 14 de dezembro de 1964*

¹¹⁴⁶ LOPES, 1987

¹¹⁴⁷ REIS, 1990

¹¹⁴⁸ Diário da República, 1965, *Decreto-Lei n.º 46668, de 24 de novembro de 1965*

¹¹⁴⁹ SOMOS, SUCH, 2010

¹¹⁵⁰ BAGANHA et al, 2002

¹¹⁵¹ Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2012

formação de qualidade exigida para este Centro¹¹⁵² “(...) realizaram-se então cursos inspirados em programas de nível mundial, com substancial cooperação de entidades internacionais, particularmente do World Rehabilitation Fund. Os cursos funcionaram de Janeiro de 1957 a Outubro de 1965, em colaboração com as Casas de S. Vicente de Paulo, em Lisboa (...)”. Sendo que, em 1956, a SCML cria os cursos de reabilitação e no ano seguinte surge, na mesma instituição, a formação de profissionais designados Fisioterapeutas, através do Curso de Agentes Técnicos de Fisioterapia. A coordenação global desta última formação estava sob a alçada do Dr. Santana Carlos e dizia respeito aos cursos de Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional. Cada um deles tinha um profissional responsável, no caso da fisioterapia era Anne Cepik, fisioterapeuta dos EUA, uma vez que os primeiros fisioterapeutas formadores em Portugal eram oriundos dos EUA e posteriormente da Grã-Bretanha. Os cursos tinham duração de três anos e os alunos detinham, o 3º Ciclo dos Liceus. Eram designados inicialmente, como Cursos de Agentes Técnicos e posteriormente por Cursos de Reabilitação “(...) de entre os primeiros diplomados surgiu um grupo que foi fazer formação complementar, essencialmente nos EUA, e a quem foi atribuída a responsabilidade e a continuidade da formação de profissionais em Portugal, aquando do seu regresso ao país e após a conclusão das referidas formações no estrangeiro (...)”.¹¹⁵³ Pela exigência na construção e equipamento do Centro e pela qualidade dos seus profissionais “(...) à data da criação, o Centro foi, desde logo, reconhecido como uma das melhores instituições na área da medicina física de reabilitação no mundo (...)”¹¹⁵⁴ A Escola de Reabilitação de Alcoitão (ERA), foi criada pela Portaria 22034, de 4 de Junho de 1966, integrada no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, sendo os Cursos de Reabilitação da SCML, anteriormente descritos, anteriores à sua criação. A mesma Portaria que cria a escola “(...) introduz oficialmente o título profissional de Fisioterapeuta em Portugal Continental. Tinham acesso a este título todos os profissionais formados na Escola de Reabilitação da SCML ou por outras de igual nível que pudessem vir a ser criadas, assim como os profissionais com aprovação final nos Cursos de Reabilitação da SCML ministrados desde 1957 (...)”¹¹⁵⁵. Esta Escola formava, para além de Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala e Terapeutas Ocupacionais, primando pela qualidade na sua formação. No contexto dos Hospitais Centrais e de outros estabelecimentos tutelados pelo Ministério da Saúde e Assistência, foram criados em 1961, para além das Escolas de Enfermagem, cursos para preparação de outros profissionais ligados à saúde, através da Portaria 18523 de 12 de Junho de 1961, a qual também sistematiza os grupos de Técnicos Auxiliares dos Serviços Clínicos e estabelece o enquadramento global de formação. Posteriormente, em 1962, pela Portaria nº 19397, regulamentaram-se os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços de Clínicos, nos quais os cursos referidos anteriormente, determinando a sua organização e atribuições, direção e administração e o seu funcionamento. Acrescenta-se que em 1970, dada a existência de formação na área de cariz militar, foi estabelecido o paralelismo com a modalidade de formação oficial incluídas nas Portarias referidas.¹¹⁵⁶ No ano de 1968, “(...) os hospitais e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objeto de uniformização e de regulação através do Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968¹¹⁵⁷, e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968¹¹⁵⁸, que criam, respetivamente, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais”.¹¹⁵⁹ Estes documentos legislativos pretenderam promover a uniformização da orgânica de funcionamento de todos os hospitais, públicos e privados, a reafirmação da regionalização hospitalar decorrente da Lei 2011 de 2 de Abril de 1946, a criação de

¹¹⁵² LEÃO, 2008

¹¹⁵³ LEÃO, 2008

¹¹⁵⁴ Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2012

¹¹⁵⁵ LEÃO, Carla, 2008

¹¹⁵⁶ Idem

¹¹⁵⁷ Diário da República, 1968, *Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968*

¹¹⁵⁸ Diário da República, 1968, *Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968*

¹¹⁵⁹ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

carreiras médicas específicas e ainda a afirmação do princípio social em conjugação com o princípio da eficiência. Estes diplomas “(...) representam a entrada do nosso sistema hospitalar na sua fase moderna (...)”¹¹⁶⁰. Efetivamente estes documentos delineiam “(...) uma unidade racionalizadora de atividades hospitalares em que o doente é o centro polarizador, origem e fim de tais atividades (...)”¹¹⁶¹, trazendo para a agenda política uma ideologia nunca praticada durante o regime, ou seja o doente no centro das preocupações ao invés da economia, por exemplo. No entanto, este princípio tornou-se de difícil execução devido ao facto de que o financiamento para executar o plano dependia da Previdência, o que Arnaldo Sampaio acredita ter sido uma das razões do seu insucesso¹¹⁶². Efetivamente durou apenas 5 meses (apesar de nunca revogado), sendo que que Correia de Campos entende que decorreu do facto de que existia um “(...) desfasado no tempo, como corpo estranho num sistema de saúde caracterizado pela sua anquilose (...)”¹¹⁶³. Em Setembro de 1968, após a morte de Salazar, Marcelo Caetano assume o poder e aproveitando esta janela de oportunidade as críticas da classe médica acentuaram-se e na tentativa de inverter a situação, em 1969, Miller Guerra, Bastonário da Ordem dos Médicos desde 1968, reclamava a criação e valorização da carreira de saúde pública, devendo esta “(...) constituir a espinha dorsal do Serviço de Saúde (...)”, a criação de “(...) Hospitais sub-regionais – Centros de Saúde (...)”, a associação da ação médico-sanitária e social, o aumento do número de quadros médicos qualificados e do restante pessoal sanitário e ainda a criação de um novo Ministério que integrasse a saúde, a Assistência e a Previdência com o desígnio de melhorar a coordenação das políticas de Saúde¹¹⁶⁴. Na década de 60 foram criados a Escola Nacional de Saúde Pública, o Instituto Nacional de Saúde sucessor do antigo Instituto Superior de Higiene, alargou-se o número de centros materno-infantis dirigidos pelo Instituto Maternal, foram construídos hospitais de raiz, implementado o Plano Nacional de Vacinação em 1965, subsidiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, e criados vários subsistemas de saúde. Relativamente à orgânica e apesar da criação do Ministério da Saúde, em 1964, os serviços de saúde mantiveram-se dispersos por vários ministérios, como sejam os Serviços Médico-sociais, as Casas do Povo e as Casas dos Pescadores estavam na tutela do Ministério das Corporações e Previdência Social, por outro lado o Ministério da Educação tutelava o Instituto Português de Oncologia (IPO) e a saúde escolar, existiam ainda outros ministérios que detinham serviços de saúde específicos para os seus funcionários. Em relação ao cenário político e social, recordamos que a guerra colonial e o isolamento internacional exacerbaram, nesta década, as tentativas de controlo mais vigorosas, por parte do governo, relativamente a quaisquer formas de contestação, tais como revoltas estudantis, greves e manifestações. Resumindo, até ao início da década de 70 a saúde em Portugal caracterizava-se pelas seguintes instituições: De solidariedade social, misericórdias que tinham como objetivo gerirem as instituições hospitalares, bem como outros serviços; Serviços Médico-Sociais; Serviços de Saúde Pública que trabalhavam para a proteção da saúde em casos de vacinação, proteção materno-infantil, entre outros; Hospitais que se encontravam sobretudo nos grandes centros urbanos; Serviços privados que apenas assistiam as classes socioeconómicas mais abastadas.¹¹⁶⁵ Em relação a estas instituições, o número referente às privadas continuava a ser superior às do Estado, como demonstra o quadro seguinte:

¹¹⁶⁰ COSTA, 2009

¹¹⁶¹ LOPES, 1987

¹¹⁶² SAMPAIO, 1981

¹¹⁶³ CAMPOS, 1983

¹¹⁶⁴ GUERRA, 1969

¹¹⁶⁵ BAGANHA et al, 2002

INSTITUIÇÕES	1970		
	GERAIS	AS ESPECIALIZAD	TOTAL
Com Hospitalização	480	154	634
Estado	87	84	171
Misericórdias	273	11	284
Outras privadas	116	44	160
Número de camas	31956	22558	54514
Estado	11473	12296	23769
Misericórdias	15968	1298	17266
Outras privadas	4399	8424	12823

Fonte: Estatísticas de Saúde, in REIS, 2009 in BARROS & SIMÕES, 2009

O cenário não era animador, sobretudo quando comparado com outros países da Europa ocidental e atendendo às persistentes reivindicações ao direito à saúde, pela população, e à maior atuação do Estado, possibilitando mais cuidados prestados e mais pessoas abrangidas. De forma a reforçar a ideia do quase abandono da preocupação com as políticas sociais e de saúde e o delegar da saúde nas instituições privadas, acrescentamos algumas conclusões que a nossa pesquisa e análise documental nos permitiu recuperar e que consideramos relevantes:

- Jorge Simões refere que de 1944 a 1971, o Estado português permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por vários subsistemas independentes, difíceis de coordenar, devido ao facto de não pretender assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde¹¹⁶⁶; - Uma publicação da Associação Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) descreve que no início da década de 70 existia “ (...) *um conjunto fragmentado de serviços de Saúde de natureza variada – os grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das Misericórdias, postos médicos dos Serviços Médico-Sociais da Previdência, Serviços de Saúde Pública (Centros de Saúde a partir de 1971), médicos municipais, serviços especializados para a Saúde Materna e Infantil, a Tuberculose e doenças do foro psiquiátrico, e um setor privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório* ”¹¹⁶⁷; - Bentes et all, numa publicação da OMS conclui que relativamente aos cuidados de saúde primários, somente a partir da década de 60 é observável a interferência do Estado com a fixação de leis no âmbito do seu financiamento e da sua organização. Apesar dos esforços desenvolvidos até 1970, as principais dificuldades persistiam¹¹⁶⁸: Distribuição geográfica assimétrica dos estabelecimentos de saúde e dos recursos humanos; Saneamento deficiente e insuficiente cobertura populacional; Tomada de decisões centralizada; Falta de ligação ou coordenação entre as instalações existentes e os prestadores, e pouca avaliação; Múltiplas fontes de financiamento e disparidades de benefícios entre grupos da população; Discrepância entre a legislação e as medidas políticas com a efetiva prestação de serviços de saúde; Baixa remuneração dos profissionais de saúde; - A 12 de junho de 1970 pelo Decreto-Lei n.º 265/70¹¹⁶⁹, a Guarda Nacional Republicana, a par das suas competências para fiscalização da viação terrestre e transportes rodoviários, ficou com a missão de prestar auxílio aos utentes das estradas, promovendo com urgência o socorro dos doentes e sinistrados pelo modo mais adequado, dispondo de serviço de ambulâncias.

O início da década de 70, foi marcada pelo concretizar de uma das aspirações do então Bastonário da Ordem dos Médicos, Miller Guerra, a quando da subida ao poder de Marcelo Caetano, anteriormente referida, a coordenação entre a dimensão da saúde e a social, com a publicação do Decreto-Lei n.º 446/70¹¹⁷⁰. Neste documento pode-se ler que “ (...) *o incremento do produto nacional, e portanto da riqueza, do País deverá ser acompanhado por medidas que tornem possível a sua mais correta distribuição por todos quantos participam no esforço da*

¹¹⁶⁶SIMÕES, 2005

¹¹⁶⁷SOMOS, SUCH, 2010

¹¹⁶⁸BENTES et all., 2004

¹¹⁶⁹ Diário da República, 1970, *Decreto-Lei n.º 265/70 de 12 de junho de 1970*

¹¹⁷⁰ Diário da República, 1970, *Decreto-Lei n.º 446/70 de 23 de setembro de 1970*

produção (...)". Assim, o enfoque passa para a política social pretendendo-se a coordenação entre os Ministérios das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, de modo a alcançar a utilização integrada dos equipamentos pertencentes a cada um dos ministérios. Assim o Governo pretendia "(...) *institucionalizar as ligações entre os dois departamentos das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, estruturando órgãos que permitam o contacto assíduo entre os responsáveis pelos diversos serviços em torno dos problemas comuns (...)*", pretensão já anteriormente cogitada mas que nunca foi conseguida na sua plenitude. Concordantemente é "(...) *criado nos dois Ministérios, o Conselho Superior da Ação Social, que substitui os órgãos consultivos sectoriais existentes (...)* Deixarão, pois, de existir, além do Conselho Superior da Previdência e da Habitação Económica (...), que, no Ministério das Corporações, prestou relevantes serviços (...) o Conselho Coordenador e o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, do Ministério da Saúde e Assistência (...)". O Conselho terá "(...) *funções de natureza consultiva, repartidas pelas matérias que diretamente interessam à coordenação entre os serviços dos dois departamentos e por aquelas que respeitam aos vários sectores das respetivas competências (...)*"

Em 1971 surge a terceira reforma dos serviços de saúde e assistência, reforma de Gonçalves Ferreira, que reforçou a intervenção do Estado nas políticas de saúde. Orientou o papel do Estado no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, surgindo o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde.^{1171 1172} Esta reforma é consubstanciada pelo Decreto-lei 413/71, Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência Social¹¹⁷³, que "(...) *reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e Assistência a fim de se ajustar a sua orgânica aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963 (...)*". Este Decreto explicita princípios, como "(...) *o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde, a integração de todas as atividades de saúde e assistência, com vista a tirar melhor rendimento dos recursos utilizados, e ainda(...)planeamento central e de descentralização na execução, dinamizando-se os serviços locais(...)*" Surgem os CS de primeira geração. São excluídos da reforma os serviços médico-sociais das Caixas de Previdência".¹¹⁷⁴ O mesmo documento legislativo cria o Instituto Nacional de Saúde que em 1972 recebe a Escola Nacional de Saúde Pública; o Gabinete de Estudos e Planeamento; a Secretaria-Geral.¹¹⁷⁵ Realçamos que o mesmo decreto é o primeiro documento oficial português que reconhece o direito à saúde. Genericamente, a Reforma de Gonçalves Ferreira tem como princípios fundamentais a melhoria científica e técnica, o planeamento e programação eficazes, a unificação e pluridisciplinaridade na conceção e execução da política de saúde¹¹⁷⁶, sendo que Arnaldo Sampaio acrescenta o "(...) *reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, e cabendo ao Estado a responsabilidade de lhe a assegurar (...)*"¹¹⁷⁷. Dos princípios norteadores faz parte a inovação nas intenções de abrangência dos cuidados de saúde da população, bem como na forma como esses cuidados devem ser prestados, marcando um *volte-face* no modo como a saúde passa a ser encarada pelo Estado, atribuindo ao Estado a obrigação da coordenação de uma política de saúde centralizada na conceção mas descentralizada na prestação de serviços. A centralização objetiva-se na criação da Escola Nacional de Saúde Pública, no Gabinete de Estudos e Planeamento e essencialmente na Secretaria-Geral. A descentralização consubstanciava-se na criação de CS concelhios e Postos de

¹¹⁷¹ SIMÕES, 2005

¹¹⁷² Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

¹¹⁷³ Diário da República, 1971, *Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro de 1971*

¹¹⁷⁴ Ministério da Saúde, *História do Serviço Nacional de Saúde*

¹¹⁷⁵ SIMÕES, 2005

¹¹⁷⁶ BARBOSA, 1972

¹¹⁷⁷ SAMPAIO, 1981

Saúde, tendo ambos funções primordialmente preventivas, demonstrando o enfoque na prevenção e proximidade. Por estas razões esta Reforma está na vanguarda para a época, uma vez que antecipa as orientações¹¹⁷⁸ da Conferência Internacional de Alma-Ata de 1978¹¹⁷⁹, e particularmente tendo em consideração o contexto político nacional¹¹⁸⁰. Como se pode compreender, esta Reforma não quebrava definitivamente as ligações com a política anteriormente vigente no que se relaciona com o papel das entidades privadas prestadoras de serviços de saúde, mantendo-se a articulação ou mesmo coordenação dos CS com os privados e com os restantes públicos existentes. Salvaguarda-se que se estabeleceu como ressalva do direito à saúde, que com esta reforma se torna num “*direito de personalidade*”, nos “*(...) limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (...)*” (Decreto-lei 413/71 art. 2º), permitindo diversas interpretações no que à concretização deste direito dizia respeito. Estabelece também preocupações com a acessibilidade das populações aos cuidados e saúde e defende o planeamento e a definição das prioridades na saúde. Bem como inclui o aumento da oferta pública de cuidados de saúde e o compromisso com a universalidade.^{1181 1182} Ainda no mesmo dia em que sai o decreto que regulamenta a Reforma de Gonçalves Ferreira e dentro do contexto desta, é publicado o Decreto-lei n.º 414/71¹¹⁸³, o qual estabelece “*(...) o regime legal que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência: carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de ensino de enfermagem, de enfermagem de saúde pública, de enfermagem hospitalar, de técnicos terapeutas, de técnicos de serviço social, de técnicos auxiliares de laboratório e de técnicos auxiliares sanitários. Trata-se de uma medida que visa, para além da organização do trabalho, efetivar, em articulação com outros passos, uma política de saúde e assistência social(...)*”. Visava o aperfeiçoamento e especialização profissional, a homogeneização e a sua valorização. No preâmbulo deste diploma é expressa a importância desta estruturação e é apontada como estrutural face à efetivação da Reforma de 1971, podendo ler-se que “*(...) a experiência mostra que, quando se quer (...) passar da fase de planos ou de programas à fase de execução, não se podem ignorar as limitações impostas pelos condicionalismos humanos e materiais, nem a dificuldade de remover aquelas ou adequar estes em curto prazo de tempo (...)*” Destacamos ainda o papel marcante que a Direcção-Geral assumiu desde 1971, conseguindo, para concretizar esse papel, os meios humanos, técnicos e financeiros que até então nunca conseguira. Deste papel preponderante que detinha, destacamos a função basilar de coordenação dos órgãos intermédios criados sob a sua tutela, como as Inspeções Coordenadoras de Região, os Conselhos Distritais de Coordenação e os CS. Com a implementação desta Reforma não se conseguiu a integração dos Serviços Médico-sociais da Previdência num único sistema de saúde, vindo somente em 1984 a efetivar-se, mas iniciou-se o processo de uniformização da política de saúde, o que só foi possível porque o papel do Estado sofreu uma mutação relativamente à prestação de serviços de saúde, devida, em grande parte, ao iniciar do debater na Europa sobre a importância dos Estados implementarem cuidados de saúde primários. Bem como, devido à constatação, de técnicos e peritos, respeitante ao

¹¹⁷⁸ Destacamos o Título V: “*(...) Os governos têm responsabilidade pela saúde da sua população, implicando a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década, deve ser a de que todos os povos do mundo atinjam até ao ano 2000, um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados de saúde primários constituem a chave para que essa meta seja atingida, através do desenvolvimento e do espírito da justiça social (...)*”

¹¹⁷⁹ Organização Mundial da Saúde, 1978

¹¹⁸⁰ O Diretor-Geral da Saúde Arnaldo Sampaio diria nas vésperas do 25 de abril (entrevista de 10 de março de 1974) ao Jornal de Lisboa que dada a filosofia política que orientava o Governo se admirava da promulgação do diploma.

¹¹⁸¹ FERRINHO et al, 2006

¹¹⁸² BARROS & SIMÕES, 2007

¹¹⁸³ Diário da República, 1971, Decreto-Lei n.º 414/71 de 27 de setembro de 1971

atraso português no que aos indicadores de saúde dizia respeito, em comparação com os países da Europa ocidental, considerando-se “(...) *uma necessidade urgente e imperiosa, dado o atraso em que nos encontrávamos (...)*”¹¹⁸⁴. Ressalvamos, à semelhança de Gonçalves Ferreira¹¹⁸⁵, que estes fatores só foram tidos em consideração porque existiu abertura política para o efeito, à qual estava aliada uma nova geração de técnicos com experiência internacional que passam a exercer cargos dirigentes na Administração Pública e/ou cargos políticos, como é o caso de Arnaldo Sampaio, neste período político designado por Marcelismo. A implementação desta legislação não foi linear devido à ausência de vontade política e à fragmentação do Sistema de Saúde Português impossibilitando a integração dos diferentes sistemas que estavam dependentes de diferentes ministérios ou de organizações privadas. Acrescentou os centros de saúde do setor público que eram subfinanciados e somente prestavam cuidados de saúde pública na área da prevenção e promoção da saúde materna e infantil, incluindo a vacinação, e realizavam os exames médicos exigidos legalmente (para concurso a funcionário público). Os cuidados curativos permaneciam sob a responsabilidade dos serviços médicos ambulatoriais da Previdência Social.¹¹⁸⁶

Retrocedendo no tempo, importa referir que a 22 de novembro de 1971, sai o Decreto-Lei nº 511/71¹¹⁸⁷, que cria no Ministério do Interior o Serviço Nacional de Ambulâncias, por constituir “(...) *grave preocupação do Governo o problema do socorro a sinistrados e doentes, quer quando se trate de acidentes ocorridos nas vias públicas (...) quer nos demais casos de sinistros, intoxicações, agressões ou quaisquer outros em que se impõe acudir às vítimas prontamente, no próprio local, e assegurar, em termos adequados, o seu transporte para estabelecimentos hospitalares (...)*”. Neste documento reconhece-se a importância da atividade desenvolvida, até à data, por diferentes entidades públicas e privadas, destacando-se os corpos de bombeiros municipais e as associações humanitárias, que na época dispunham de 529 ambulâncias, as quais cobriam a grande maioria dos concelhos. No que respeita a Lisboa, tinha sido criado por Despacho Conjunto dos Ministros do Interior e da Saúde e Assistência de 13 de Outubro de 1965 “(...) *um serviço de prestação de primeiros socorros, levantamento e transporte de feridos e doentes aos hospitais, a cargo da Polícia de Segurança Pública, o qual rapidamente se popularizou sob a designação de «115», por referência ao número telefónico que o desencadeia e põe em ação. Tendo começado a funcionar nesse mesmo mês de Outubro, veio a tornar-se extensivo, a partir de Maio de 1967, às cidades do Porto e de Coimbra e, desde Maio de 1970, às cidades de Aveiro, Setúbal e Faro, prevendo-se que se alargue às demais sedes de distrito (...)*”. Como já foi referido também a Guarda Nacional Republicana¹¹⁸⁸, detinha a missão de prestar serviço de urgência e socorro aos utentes das estradas e tinha um serviço de ambulâncias. A Cruz Vermelha, também dispunha de viaturas que serviam essencialmente Lisboa e Porto. Dado este leque de serviços de diferentes entidades “(...) *importa, porém, adotar providências que assegurem a orientação e coordenação das atividades de todos os organismos que intervêm no serviço de socorro desta espécie, que garantam a sua melhor articulação com os serviços hospitalares e que permitam dispor de meios mais eficientes, no que respeita no tipo e equipamento das ambulâncias, e de melhor formação e utilização de pessoal apto a prestar os primeiros socorros (...)*”. Assim é criado o “(...) *Serviço Nacional de Ambulâncias (S. N. A.), tendo como objetivo assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte (...)*” e instalou-se para o efeito um sistema nacional de alertas.

¹¹⁸⁴ FERREIRA, 1975

¹¹⁸⁵ Idem

¹¹⁸⁶ FERREIRINHO et al, 2006

¹¹⁸⁷ Diário da República, 1971, *Decreto-Lei nº 511/71 de 22 de novembro de 1971*

¹¹⁸⁸ Desde 12 de Junho de 1970

Em 1973 surge o Ministério da Saúde, autonomizado face à Assistência, através do Decreto-Lei n.º 584/73¹¹⁸⁹. No entanto, as condicionantes políticas persistiam, impedindo a total efetivação da Reforma de 1971¹¹⁹⁰. Não obstante, persistiu uma linha de continuidade ideológica e política que ultrapassou a mudança de regime político, demonstrando que esta reforma foi decisiva para a saúde em Portugal e que, ao contrário de outras áreas da política, na saúde as ruturas não foram radicais, persistindo, a face mais visível e notável desta reforma, os CS e a valorização dos cuidados de saúde primários.¹¹⁹¹

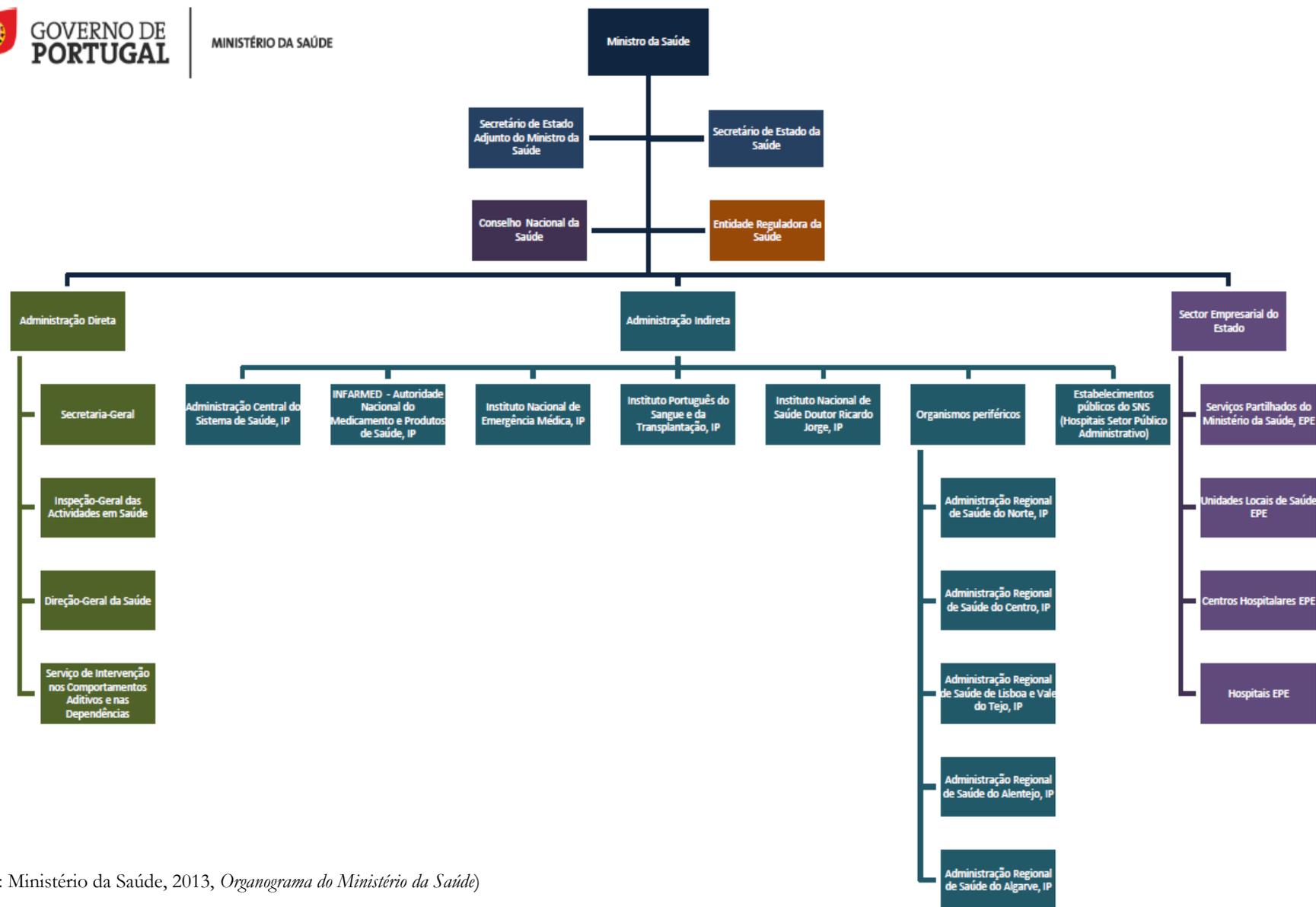
¹¹⁸⁹ Diário da República, 1973, *Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro de 1973*

¹¹⁹⁰ SAMPAIO, 1981

¹¹⁹¹ CAMPOS & SIMÕES, 2011

ANEXO VII

Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2013, *Organograma do Ministério da Saúde*

ANEXO VIII

Painel de peritos e documentos utilizados no Exercício DELPHI

8.1. Painel de peritos participantes no exercício.

	N.º	Nome	Background Institucional
Ex Ministros da Saúde	1	António Arnaut	Ministro dos Assuntos Sociais II Governo Constitucional.
	2	Luís Filipe da Conceição Pereira	Ministro da Saúde dos XV e XVI Governos Constitucionais.
	3	António Correia de Campos	Ministro da Saúde dos XIV e XVII Governos Constitucionais.
	4	Ana Jorge	Ministra da Saúde do XVII e XVIII Governos Constitucionais.
	5	Maria de Belém Roseira	Ministra da Saúde do XIII Governo Constitucional
Ministros	6	Leonor Beleza	Ministro da Saúde do X e XI Governos Constitucionais.
	7	Paulo Macedo	Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional
Secretários de Estado	8	Pedro Mota Soares	Ministro da Solidariedade e da Segurança Social do XIX Governo Constitucional
	9	Manuel Ferreira Teixeira	Secretário de Estado da Saúde do XIX Governo Constitucional
	10	Fernando Leal da Costa	Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde do XIX Governo Constitucional
Organismos públicos com funções na saúde	11	Agostinho Branquinho	Secretário de Estado da Solidariedade e da Segurança Social do XIX Governo Constitucional
	12	Francisco George	Diretor-Geral da Saúde
	13	Catarina Sena	Subdiretora-Geral da Saúde
	14	Graça Freitas	Subdiretora-Geral da Saúde
	15	Maria João Quintela	Direção Geral da Saúde - Chefe de Divisão de Saúde no Ciclo de Vida e em Ambientes Específicos
	16	João carvalho das Neves	Presidente da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P
	17	Jorge Simões	Presidente da Entidade Reguladora da Saúde
	18	Margarida França	Presidente da Sociedade Portuguesa para a Qualidade na Saúde
Ordens e Associações de profissionais de saúde	19	Aura Duarte	Conselho Nacional de Saúde Mental
	20	José Manuel Silva	Bastonário Ordem dos Médicos
	21	Germano Couto	Bastonário Ordem dos Enfermeiros
	22	Carlos Maurício Barbosa	Bastonário Ordem dos Farmacêuticos
	23	Telmo Baptista	Bastonário da Ordem dos Psicólogos
	24	Isabel Maria Sander de Souza Guerra	Presidente da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
	25	Elizabete Roldão	Presidente da Associação Portuguesa de Terapia Ocupacional
	26	Catarina Olim	Presidente da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala
Conselhos Técnicos Hospitalares	27	Fernanda Perpétua Rodrigues	Presidente da Associação dos Profissionais de Serviço Social
	28	Fernando Ribeiro	Presidente do Conselho Técnico do Centro Hospitalar Lisboa Norte
	29	António Galhardo Carvalhal	Conselho Técnico do Centro Hospitalar Lisboa Central
	30	Pedro Pessa Santos	Presidente do Conselho Técnico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

	31	Filomena Oliveira	Presidente do Conselho Técnico do Centro Hospitalar do Porto
	32	Dulce Mendonça	Presidente do Conselho Técnico do Hospital de São João
Organismos de utilidade pública com ação sobre a saúde	33	Pedro Santana Lopes	Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
	34	Isabel Vaz	Presidente da Comissão Executiva do Grupo Espírito Santo Saúde
	35	Salvador Maria Guimarães José de Mello	Presidente Conselho de Administração da José de Mello Saúde
Académicos	36	Maria João Valente Rosa	Professor Auxiliar da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa
	37	Maria Luís Rocha Pinto	Professora Associada da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro
	38	Maria Filomena Mendes	Professor Associado na Universidade de Évora. Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia
	39	Pedro Pita Barros	Professor Catedrático da Faculdade de Economia - Nova School of Business and Economics - da Universidade Nova de Lisboa -
	40	Alberto Holly	Professor Adjunto da Nova School of Business and Economics da Universidade Nova de Lisboa
Especialistas	41	Constantino Sakellarides	Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Presidente da Associação Portuguesa de Promoção para a Saúde Pública Presidente eleito da Associação Europeia de Saúde Pública
	42	Manuel Villaverde Cabral	Diretor do Instituto do Envelhecimento Investigador Coordenador Jubilado do Instituto de Ciências Sociais
	43	Luís Ferreira Marquês	Colaborou nas diversas reorganizações dos Centros de Saúde. Integrou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários
	44	Vítor Borges Ramos	Professor convidado da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa. Integra a equipa de assessoria ao coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Elaboração própria

8.2. Questionário

EXERCÍCIO DELPHI

Dissertação Doutoramento: “Envelhecimento, saúde e educação em Portugal. Práticas e desafios”, financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através da bolsa de Doutoramento com referência: SFRH / BD / 60942 / 2009, enquadrada no projeto PTDC/SOC-DEM/098382/2009, *Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas /Ageing and health in Portugal. Politics and Practise*, financiado pela FCT, tendo como entidade de acolhimento o Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE/UP).

Coordenadora/Orientadora: Teresa Maria Ferreira Rodrigues

Investigadora/Doutoranda: Carla Isabel Leão de Sá e Silva Coelho

QUESTIONÁRIO

MÉTODO DELPHI – EXPLICAÇÃO

O método Delphi consiste num procedimento de grupo fundamentado na conceção de que a análise de um problema complexo, efetuada por um conjunto de especialistas, é mais assertiva, baseando-se na utilização sistemática dum juízo intuitivo.

O instrumento de trabalho é um questionário anónimo de forma a impedir o “efeito de líder”. Este questionário pode ser aplicado em diferentes rondas de forma a chegar-se à convergência de respostas e inferir consensos eventuais, com o objetivo de diminuir a dispersão de opiniões.

Com este método pretende-se presumir, para os anos subsequentes, as alterações mais relevantes que se irão gerar no fenómeno em análise.

*O Exercício Delphi apresenta um conjunto de princípios distintivos: (i) utiliza painéis de especialistas; (ii) apela à intuição dos participantes e ao seu posicionamento face a questões incertas, caracterizadas por informação limitada; (iii) é interactivo, no sentido em que organiza a partilha das respostas e o feedback entre os participantes nas sucessivas rondas, fomentando a aprendizagem mútua; (iv) pressupõe a garantia do anonimato das respostas; (v) implica a não confrontação pessoal; (vi) apresenta resultados qualitativos sob a forma de relatórios, conclusões, etc., e quantitativos (probabilidades subjectivas, médias, medianas, etc.); (vii) engloba elementos exploratórios e, eventualmente, normativos; (viii) assenta no posicionamento de peritos face a afirmações em contexto de incerteza e pela elaboração de previsões subjectivas; (ix) é potenciado pela ideia de base da Prospectiva de que o futuro pode ser “moldado”/ “construído”, tentando utilizar a força de self-fulfilling e self-destruction da antecipação; e, (x) salienta os processos psicológicos envolvidos na comunicação.*¹¹⁹²

O método implica o envio dos questionários, receção e análise de dados. Após esta análise poderá realizar-se uma 2ª ronda, que tem como objetivos informar os peritos envolvidos dos resultados da 1ª ronda e solicitar a confirmação das respostas dadas e dos resultados obtidos nesta ronda inicial, caso exista disparidade nas respostas dadas pelo painel de peritos.

¹¹⁹² LEAL, 2009

Departamento de Estudos Políticos

NOME	
DATA	

Este projeto visa avaliar o impacto do aumento do total de residentes com 65 e mais anos nas políticas e práticas de saúde em Portugal até 2030.

Sabemos que a generalização do fenómeno de envelhecimento das estruturas etárias tem implicações a vários níveis, designadamente:

- Nível familiar – as famílias, sujeitas a uma mudança na sua constituição, deixam de ter capacidade para prestar apoio enquanto cuidadores;
- Nível institucional – as instituições de saúde e proteção social são obrigadas a adequar-se às alterações das estruturas demográficas e sociais, que implicam o aumento da prestação de cuidados de saúde direcionados a uma população potencialmente mais dependente;
- Nível da sustentabilidade das economias - a) em termos de garantia de sustentabilidade dos regimes de segurança social, nomeadamente pela pressão crescente dos inativos face à população ativa; b) no sector do mercado de trabalho, devido ao envelhecimento da população em idade ativa.

A nível internacional vários estudos verificaram a existência de uma associação significativa entre idade, nível de escolaridade, rendimento e avaliação subjetiva do estado de saúde. Concluiu-se que os indivíduos mais velhos tendem a classificar de modo mais negativo o seu estado de saúde. No entanto, os mais escolarizados tendem a classifica-lo de modo mais positivo. Assim, dado que a estrutura etária e os níveis médios de escolaridade parecem ser determinantes na avaliação subjetiva do estado de saúde, e que se prevê um aumento constante dos níveis médios de escolaridade da população portuguesa nas idades mais avançadas, desejamos discutir a seguinte questão: *Quais as consequências que o envelhecimento da população portuguesa até 2030 trará em termos de políticas públicas de saúde e de que modo o contexto expectável de aumento dos níveis médios de escolaridade da população poderá contribuir para minorar os gastos com saúde?*

ESTE QUESTIONÁRIO PRETENDE RESPONDER A 3 QUESTÕES ESSENCIAIS:

1.	QUE AJUSTAMENTOS DEVEM SER FEITOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE À MEDIDA QUE A POPULAÇÃO PORTUGUESA ENVELHECE?
2.	PODERÁ A MELHORIA DOS NÍVEIS EDUCACIONAIS DA POPULAÇÃO PORTUGUESA CONTRIBUIR PARA MITIGAR A PRESSÃO ESPERADA NOS GASTOS DE SAÚDE NOS PRÓXIMOS ANOS?
3.	PODERÃO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS EXERCÍCIOS PROSPETIVOS AJUDAR OS DECISORES POLÍTICOS A ENCONTRAR RESPOSTAS ADEQUADAS A NÍVEL NACIONAL E TAMBÉM LOCAL?

Assinale a sua opção de resposta com um (X).

1.	Qual o grau de importância que o aumento do número de idosos tem para os serviços de saúde em Portugal?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nada importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pouco importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Medianamente Importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muito Importante</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observações:</p>	<input type="checkbox"/>	Nada importante	<input type="checkbox"/>	Pouco importante	<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante	<input type="checkbox"/>	Muito Importante
<input type="checkbox"/>	Nada importante									
<input type="checkbox"/>	Pouco importante									
<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante									
<input type="checkbox"/>	Muito Importante									
2.	Considera que os serviços de saúde existentes respondem às necessidades da população idosa, maioritariamente pouco instruída e com poucos recursos económicos?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pouco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Razoavelmente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sim</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observações:</p>	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Razoavelmente	<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não									
<input type="checkbox"/>	Pouco									
<input type="checkbox"/>	Razoavelmente									
<input type="checkbox"/>	Sim									
3.	Qual o grau de importância que atribui à proximidade dos serviços de saúde na promoção da saúde e qualidade de vida dos idosos?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nada importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pouco importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Medianamente Importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muito Importante</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observações:</p>	<input type="checkbox"/>	Nada importante	<input type="checkbox"/>	Pouco importante	<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante	<input type="checkbox"/>	Muito Importante
<input type="checkbox"/>	Nada importante									
<input type="checkbox"/>	Pouco importante									
<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante									
<input type="checkbox"/>	Muito Importante									
4.	Qual o grau de adequação que considera possuírem os recursos humanos no setor da saúde para garantir a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nenhum</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Reduzido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Razoável</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Elevado</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observações:</p>	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Reduzido	<input type="checkbox"/>	Razoável	<input type="checkbox"/>	Elevado
<input type="checkbox"/>	Nenhum									
<input type="checkbox"/>	Reduzido									
<input type="checkbox"/>	Razoável									
<input type="checkbox"/>	Elevado									
5.	Os serviços de saúde existentes respondem às necessidades da população idosa das regiões rurais e interiores do país?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pouco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Razoavelmente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sim</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observações:</p>	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Razoavelmente	<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não									
<input type="checkbox"/>	Pouco									
<input type="checkbox"/>	Razoavelmente									
<input type="checkbox"/>	Sim									
6.	Os serviços de saúde existentes respondem às necessidades da população idosa das regiões urbanas nacionais?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Não</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pouco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Razoavelmente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sim</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observações:</p>	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>	Pouco	<input type="checkbox"/>	Razoavelmente	<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não									
<input type="checkbox"/>	Pouco									
<input type="checkbox"/>	Razoavelmente									
<input type="checkbox"/>	Sim									
7.	Qual o grau de importância dos cuidados de saúde primários para a promoção e manutenção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas?	<p>Assinale uma das hipóteses:</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nada importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pouco importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Medianamente Importante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muito Importante</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	Nada importante	<input type="checkbox"/>	Pouco importante	<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante	<input type="checkbox"/>	Muito Importante
<input type="checkbox"/>	Nada importante									
<input type="checkbox"/>	Pouco importante									
<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante									
<input type="checkbox"/>	Muito Importante									

Departamento de Estudos Políticos

		Observações:
8.	Os serviços de saúde que atualmente prestam cuidados de saúde primários respondem às necessidades da população idosa residente nas zonas rurais e interiores do país?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Sim Observações:
9.	Os serviços de saúde que atualmente prestam cuidados de saúde primários respondem às necessidades da população idosa residente nas regiões urbanas nacionais?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Sim Observações:
10.	Considera que a atual rede hospitalar responde às necessidades da população idosa residente nas regiões rurais e interiores do país?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Sim Observações:
11.	Considera que a atual rede hospitalar responde às necessidades da população idosa residente nas regiões urbanas do país?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Sim Observações:
12.	Considera que a atual rede de cuidados continuados e paliativos responde às necessidades da população idosa residente nas regiões rurais e interiores do país?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Sim Observações:
13.	Considera que a atual rede de cuidados continuados e paliativos responde às necessidades da população idosa residente nas regiões urbanas do país?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Razoavelmente <input type="checkbox"/> Sim Observações:
14.	Considera que os serviços conseguirão responder às necessidades específicas da	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável

	população, no cenário previsível de aumento do número dos muito idosos (80 e + anos)?	<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
15.	Neste cenário de aumento da população idosa considera adequadas as políticas que defendem o encerramento dos serviços de saúde de proximidade e a criação de serviços centralizados?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Pouco
		<input type="checkbox"/>	Razoavelmente
		<input type="checkbox"/>	Sim
		Observações:	
16.	Considera importante que a rede de cuidados continuados e paliativos se estenda a todo o país, pela criação de unidades de proximidade, de forma a manter os idosos próximos das suas famílias e do seu meio?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Nada importante
		<input type="checkbox"/>	Pouco importante
		<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante
		<input type="checkbox"/>	Muito Importante
		Observações:	
17.	Considera importante que as unidades de reabilitação se estendam a todo o país, pela criação de unidades de proximidade, de forma a manter os idosos próximos das suas famílias e do seu meio?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Nada importante
		<input type="checkbox"/>	Pouco importante
		<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante
		<input type="checkbox"/>	Muito Importante
		Observações:	
18.	Considera importante a criação de instituições prestadoras de apoio domiciliário a nível da alimentação, higiene e saúde, em todo o país, de forma a manter os idosos nas suas casas e próximos das suas famílias e do seu meio?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Nada importante
		<input type="checkbox"/>	Pouco importante
		<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante
		<input type="checkbox"/>	Muito Importante
		Observações:	
19.	Considera importante o alargamento da rede de instituições com cariz de internamento (lares/casas de repouso) por todo o país, de forma a manter os idosos nas suas localidades e próximos das suas famílias e do seu meio?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Nada Importante
		<input type="checkbox"/>	Muito Pouco
		<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante
		<input type="checkbox"/>	Muito importante
		Observações:	
20.	A reorganização dos serviços de saúde tem levado maioritariamente ao agrupamento dos serviços nas sedes de concelho e de distrito. Considera que este facto dificulta a acessibilidade aos serviços de saúde por parte da população idosa?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Não sabe/Não Responde
		Observações:	
21.	No contexto de uma reorganização dos serviços de saúde, que importância atribui à necessidade da sua adequação regional, em função do tipo predominante de idoso aí residente?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Nada importante
		<input type="checkbox"/>	Pouco importante
		<input type="checkbox"/>	Medianamente Importante
		<input type="checkbox"/>	Muito Importante
		Observações:	

Departamento de Estudos Políticos

22.	No processo de reorganização dos serviços de saúde, que importância deve ser dada aos seguintes aspetos? Coloque-os por ordem crescente de importância, sendo 1 a área em que se deveria investir menos e 5 a área em que se deveria investir mais.	Coloque por ordem crescente de importância: Número total de efetivos com 65 ou mais anos Rendimentos médios Nível de instrução Estrutura familiar de suporte (cuidadores) Fatores exógenos (rede de transportes, espaço rural/urbano) Observações:
23.	Aquando da tomada de decisão relativa à reorganização dos serviços de saúde, considera que os fatores inumerados na questão 22 deveriam ser tidos em consideração?	Assinale uma das hipóteses: Sim Não Não sabe/Não Responde Observações:
24.	Considerando o aumento esperado dos níveis de escolaridade da população idosa, considera que a linha orientadora seguida atualmente na reorganização dos serviços de saúde responderá às necessidades da população idosa?	Assinale uma das hipóteses: Sim Não Não sabe/Não Responde Observações:
25.	Que importância atribui à necessidade de serviços de vigilância de proximidade (ex: nas sedes de freguesia) nas regiões rurais e interiores, atendendo ao volume atual e futuro dos maiores de 65 anos e à prevalência de patologias específicas de longa e média duração?	Assinale uma das hipóteses: Nada importante Pouco importante Medianamente Importante Muito Importante Observações:
26.	Considera que a sensação de isolamento e de perda de proteção na saúde (que poderá ser suscitada pelo encerramento das unidades de saúde de proximidade e a diminuição do apoio familiar) podem induzir a estados de doença, nomeadamente a patologias do foro psíquico?	Assinale uma das hipóteses: Improvável Pouco Provável Provável Muito Provável Observações:
27.	Poderá a situação descrita na questão 26 aumentar a sobrecarga dos serviços de saúde e consequentemente a despesa pública?	Assinale uma das hipóteses: Improvável Pouco Provável Provável Muito Provável Observações:
28.	Que grau de importância atribui ao fator “nível de instrução” no estado de saúde do indivíduo?	Assinale uma das hipóteses: Nada importante Pouco importante Medianamente Importante Muito Importante

		Observações:
29.	Considera que o nível de instrução do indivíduo influencia a percepção do seu estado de saúde?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
30.	Que importância atribui ao nível de instrução na “gestão” do binómio saúde/doença?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Nada importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Medianamente Importante <input type="checkbox"/> Muito Importante Observações:
31.	Um indivíduo com baixo nível de instrução gere o binómio saúde/doença de forma mais ou menos capaz que outro com nível de instrução superior?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Mais <input type="checkbox"/> Menos <input type="checkbox"/> Da mesma forma Observações:
32.	O nível de instrução do utente facilita a intervenção dos profissionais de saúde?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Irrelevante Observações:
33.	Considera que os indivíduos com maior grau de instrução utilizam menos os serviços de saúde?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
34.	Considera que indivíduos com maior grau de instrução utilizam os serviços de saúde de forma mais direcionada e com uma noção da sintomatologia mais objetiva, facilitando o processo de diagnóstico e intervenção?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
35.	Considera que indivíduos com maior grau de instrução assimilam melhor a informação fornecida por campanhas de prevenção da doença?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
36.	Considera que indivíduos mais instruídos	Assinale uma das hipóteses:

Departamento de Estudos Políticos

	retêm melhor a informação e prescrições dos profissionais de saúde?	<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
37.	Considera que indivíduos mais instruídos podem ser um veículo promotor de saúde para a sociedade?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
38.	Considera que indivíduos mais instruídos poderão utilizar menos os serviços de saúde, ou utilizá-los com mais ponderação?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
39.	Considera que os indivíduos mais instruídos têm melhor/mais saúde e maior longevidade?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
40.	Considerando o aumento do nível de instrução dos idosos e atendendo a que são estes quem mais utiliza os serviços de saúde, terão os serviços uma utilização mais sustentável no futuro próximo?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
41.	O aumento do nível de instrução dos idosos poderá mitigar o impacto negativo de alguns fatores que atualmente limitam o acesso aos serviços (distância, transportes, capacidade económica)?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
42.	O aumento do nível de instrução dos idosos poderá diminuir o afluxo de utentes aos serviços de saúde, nomeadamente pelo recurso às TIC (telemedicina, por ex.)?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável

		Observações:
43.	O aumento do nível de instrução dos idosos poderá reduzir os gastos com os serviços de saúde?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
44.	Pode o acréscimo da média dos níveis educacionais dos portugueses contribuir para reduzir o cenário de falta de sustentabilidade dos sistemas nacionais de proteção social?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
45.	Considera importantes os estudos prospetivos no apoio à tomada de decisão sobre políticas de saúde?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Nada importante <input type="checkbox"/> Pouco importante <input type="checkbox"/> Medianamente Importante <input type="checkbox"/> Muito Importante Observações:
46.	A previsão de diferentes estados de saúde e grau de prevalência de certas patologias, por via das alterações dos perfis demográficos, poderão levar a distintas posições a quando da tomada de decisão política?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
47.	Considera que no futuro próximo continuarão a existir em Portugal diferentes realidades regionais no setor da qualidade de vida e acesso a cuidados de saúde?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
48.	Caso tenha respondido afirmativamente à questão 47, considera que no futuro próximo a existência dessas diferenças poderá levar à necessidade de adotar políticas de saúde direcionadas para responder às especificidades regionais?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Improvável <input type="checkbox"/> Pouco Provável <input type="checkbox"/> Provável <input type="checkbox"/> Muito Provável Observações:
49.	Considera que a tomada de decisão e o planeamento de infra-estruturas, recursos humanos ou outros, deveriam refletir as diferenças regionais?	Assinale uma das hipóteses: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Indiferente Observações:
50.	Considera que a tomada de decisão com	Assinale uma das hipóteses:

Departamento de Estudos Políticos

	base na realidade média nacional e sem atender a eventuais especificidades regionais poderá aumentar as despesas com o sistema de saúde, por criar situações de excesso ou falta de recursos do sistema?	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
		<input type="checkbox"/>	Indiferente
		Observações:	
51.	Coloque por ordem crescente de despesa pública os tipos de cuidados de saúde que apresentamos, sendo 1 o que gera menos despesa e 5 o que representa a maior despesa.	Coloque por ordem crescente de importância:	
		<input type="checkbox"/>	Preventivos
		<input type="checkbox"/>	Curativos
		<input type="checkbox"/>	Reabilitação
		<input type="checkbox"/>	Continuados
		<input type="checkbox"/>	Paliativos
		Observações:	
52.	Considera que o Estado deveria investir mais em que tipos de cuidados de saúde? Coloque-os por ordem crescente de importância, sendo 1 o tipo de cuidados em que se deveria investir menos e 5 o tipo de cuidados em que se deveria investir mais.	Coloque por ordem crescente de importância:	
		<input type="checkbox"/>	Preventivos
		<input type="checkbox"/>	Curativos
		<input type="checkbox"/>	Reabilitação
		<input type="checkbox"/>	Continuados
		<input type="checkbox"/>	Paliativos
		Observações:	
53.	Na questão 52, quando se pronuncia sobre o investimento, refere-se ao investimento em:	Assinale a(s) hipótese(s) que considera mais relevante(s):	
		<input type="checkbox"/>	Unidades de saúde
		<input type="checkbox"/>	Equipamentos
		<input type="checkbox"/>	Recursos Humanos
		<input type="checkbox"/>	Outros. Quais?
		Observações:	
54.	Considera que o investimento em unidades de reabilitação poderá melhorar a saúde e aumentar a qualidade de vida da população idosa?	Assinale uma das hipóteses:	
		<input type="checkbox"/>	Improvável
		<input type="checkbox"/>	Pouco Provável
		<input type="checkbox"/>	Provável
		<input type="checkbox"/>	Muito Provável
		Observações:	
55.	Na questão 54, quando se pronuncia sobre o investimento, refere-se ao investimento em:	Assinale a(s) hipótese(s) que considera mais relevante(s):	
		<input type="checkbox"/>	Unidades de saúde
		<input type="checkbox"/>	Equipamentos
		<input type="checkbox"/>	Recursos Humanos
		<input type="checkbox"/>	Outros. Quais?
		Observações:	

Agradecemos o seu contributo!

8.3. Texto de rosto do e-mail enviado aos peritos que constituem o painel.

Exma. Sr.(a).....(Titulo e nome do perito)

Chamo-me Carla Leão, em 2009 iniciei o meu Doutoramento em Ciência Política, especialização em Políticas Públicas, no Departamento de Estudos Políticos, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através da bolsa de Doutoramento com referência: SFRH / BD / 60942 / 2009 e nesse âmbito encontro-me a desenvolver, desde 2010, a minha Tese de Doutoramento intitulada “Envelhecimento, saúde e educação em Portugal. Práticas e desafios” (titulo provisório), que está enquadrada no projecto PTDC/SOC-DEM/098382/2009, “Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas /Ageing and health in Portugal. Politics and Practise”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, tendo como entidade de acolhimento o Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE/UP), com a coordenação da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues, Professora Associada do Departamento de Estudos Políticos da Universidade Nova de Lisboa, a qual acumula o papel de minha orientadora.

No âmbito do presente projeto e do meu doutoramento, seleccionámos um painel de especialistas para nos darem a sua opinião relativamente ao cenário atual e futuro (2030) de políticas públicas de saúde, nomeadamente no que se refere a equipamentos/infraestruturas de saúde e recursos humanos, tendo como referência o processo de envelhecimento populacional em Portugal, especificamente o aumento da população com 65 e mais anos, promotora de novos desafios, designadamente devido ao aumento do grau de instrução.

Considerando os seus conhecimentos de excelência, tomámos a liberdade de o incluir neste painel, sendo que adiantamos as nossas desculpas e agradecimentos caso considere uma ousadia ou não esteja disponível para dar o seu contributo.

Atentando ao facto de que eventualmente nos possa dar o seu contributo para a investigação, enviamos em anexo o documento/instrumento que elaborámos para recolha dos dados, o qual assenta no preenchimento de um questionário (Delphi) com perguntas de resposta fechada no entanto com espaço para os comentários que considerar relevantes, sendo que a metodologia do mesmo se encontra no referido documento, que enviamos junto com uma carta de apresentação.

Acrescentamos que o tratamento de dados é confidencial, não existindo, nunca, o paralelismo entre as suas respostas e o seu nome, figurando este, somente, no capítulo referente á metodologia aquando da descrição do painel de peritos. No questionário pedimos-lhe a sua identificação, somente para o caso em que aconteçam respostas muito divergentes que justifiquem a realização de uma segunda ronda.

Caso considere pertinente e/ou se pretender esclarecer algum assunto poderá fazê-lo por e-mail para: xxxxxxxxxxxx ou pelos telefones: xxxxxx e xxxxxx(Departamento de Estudos Políticos da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa – Departamento no qual sou docente)

Como constrangimento adiantamos a exiguidade de tempo de que dispomos, sendo que necessitamos da sua valorosa resposta até ao final do mês de Fevereiro de 2014. De forma a dar-nos a sua resposta poderá optar por nos enviar a mesma via e-mail ou pessoalmente, se assim o considerar, sendo que se optar pela ultima via, agradecemos contacto prévio de forma a efetuar a marcação da recolha.

Pedimos desculpa pelo incómodo

Muito obrigado pelo tempo e amabilidade concedidos

Atenciosamente

Carla Leão

Teresa Rodrigues

8.4. Carta de apresentação para peritos

Excelentíssima Senhor (a)

.....(Título e nome do perito)

Lisboa, 4 de Fevereiro de 2014

Em 2009 iniciei o meu Doutoramento em Ciência Política, especialização em Políticas Públicas, no Departamento de Estudos Políticos, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através da bolsa de Doutoramento com referência: SFRH / BD / 60942 / 2009 e nesse âmbito encontro-me a desenvolver, desde 2010, a minha Tese de Doutoramento intitulada “*Envelhecimento, saúde e educação em Portugal. Práticas e desafios*” (título provisório), que está enquadrada no projecto PTDC/SOC-DEM/098382/2009, *Envelhecimento e Saúde em Portugal. Políticas e Práticas /Ageing and health in Portugal. Politics and Practise*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, tendo como entidade de acolhimento o Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE/UP), com a coordenação da Professora Doutora Teresa Ferreira Rodrigues, Professora Associada do Departamento de Estudos Políticos da Universidade Nova de Lisboa, a qual acumula o papel de minha orientadora.

A investigação em causa visa discutir a seguinte questão:

Quais as consequências que o envelhecimento da população portuguesa até 2030 trará em termos de políticas públicas e de que modo o contexto expectável de aumento dos níveis médios de escolaridade da população poderá contribuir para minorar os gastos com saúde?

E especificamente responder a três questões mais concretas:

- Que ajustamentos devem ser feitos nos serviços de saúde à medida que a população portuguesa envelhece?
- Poderá a melhoria dos níveis educacionais da população portuguesa contribuir para mitigar a pressão esperada nos gastos de saúde nos próximos anos?
- Poderão os resultados obtidos nos exercícios prospetivos ajudar os decisores políticos a encontrar respostas adequadas a nível nacional e também local?

Neste sentido, entendemos elaborar um Exercício Delphi (inquérito já testado e cuja explicação mais pormenorizada segue junto com o instrumento de avaliação) de forma a enriquecer o conhecimento da comunidade científica e permitir tirar elações mais concretas e assertivas.

Este exercício envolve um conjunto de peritos (cuja listagem se encontra no final da presente carta), a quem se pede o parecer sobre questões relativas ao tema em estudo, as quais consideramos serem relevantes para a investigação. As respostas serão tratadas de forma a manter o anonimato do perito, ou seja, no tratamento dos dados e na redação do trabalho não faremos paralelo entre o perito e as suas respostas, colocando somente o nome do perito na descrição metodológica do exercício.

Atentando ao perfil e experiência de V/ Ex.^a nestes assuntos, tomamos a liberdade de enviar o questionário em anexo para que nos possa conceder o vosso valoroso parecer. Acrescentamos que esta fase do exercício constitui a denominada 1^a ronda, sendo que poderá existir uma 2^a ronda que incidirá, apenas e só, nas questões onde se verifique maior disparidade de respostas na 1^a ronda e por esta razão bastante menos morosa.

Solicitamos uma resposta até finais do mês de fevereiro, antecipando um pedido de desculpas pelo alongar de questões, no entanto a abordagem e a sensibilidade do tema em estudo assim o requiere.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade para contribuir com o seu parecer e conhecimento, que em muito engrandecerá a nossa investigação.

A Doutoranda,

A Coordenadora / Orientadora,

Carla Leão

Prof. Doutora Teresa Ferreira Rodrigues

ANEXO IX

Tabela conclusiva: Serviços e recursos humanos da saúde por NUTS II. Ranking NUTS II

Tabela 9.1. Serviços e recursos humanos da saúde por NUTS II. Ranking NUTS II

Local de residência Portugal/ NUTS II	População 2011			Centros de saúde 2012							Extensões dos centros de saúde 2011			
	Tot.	65 + anos	% de idosos	Tot.	Com intern.	Sem intern.	C/ Serv. Urg.	S/ Serv. Urg.	C/ Serv. Dom.	S/ Serv. Dom.				
Portugal	10562178	2010064	19	387	17	370	94	293	387	0	1199			
Norte	3689682	631439	17	120	1	119	25	95	120	0	267			
Centro	2327755	521750	22	108	2	106	24	84	108	0	487			
Lisboa	2821876	513842	18	54	0	54	8	46	54	0	6			
Alentejo	757302	182988	24	59	0	59	12	47	59	0	238			
Algarve	451006	87769	19	16	0	16	3	13	16	0	65			
RAA	246772	32378	13	17	12	5	14	3	17	0	100			
RAM	267785	39898	15	13	2	11	8	5	13	0	36			
RANKING														
1º	Norte	Norte	Alentejo	Norte	RAA	Norte	Norte	Norte	Norte	Norte	0	Centro		
2º	Lisboa	Centro	Centro	Centro	RAM	Centro	Centro	Centro	Centro	Centro	0	Norte		
3º	Centro	Lisboa	Algarve	Alentejo	Centro	Alentejo	RAA	Alentejo	Alentejo	Alentejo	0	Alentejo		
4º	Alentejo	Alentejo	Lisboa	Lisboa	Norte	Lisboa	Alentejo	Lisboa	Lisboa	Lisboa	0	RAA		
5º	Algarve	Algarve	Norte	RAA	0	Algarve	Lisboa	Algarve	RAA	RAA	0	Algarve		
6º	RAM	RAM	RAM	Algarve	0	RAM	RAM	RAM	RAM	Algarve	0	RAM		
7º	RAA	RAA	RAA	RAM	0	RAA	Algarve	RAA	RAM	RAM	0	Lisboa		
Local de residência Portugal/ NUTS II	Hosp. Ofici/Priva 2013			Hosp. ofici 2012		Hosp. Priva. 2012		Unid. de MFR 2010	Unidades internamento RNCCI 2012					Equip. domici. RNCCI 2012
	Total	Ofici.	Priva.	Hosp. geral	Hosp. especi.	Hosp. geral	Hosp. especi.		Total	LDM	MDR	Convalescença	Cuidados paliativos	
Portugal	227	119	108	87	28			813	268	123	82	45	18	245
Norte	75	38	37	29	7	32	6	285	91	40	27	19	5	79
Centro	55	36	19	26	10	18	3	154	75	36	27	9	3	49
Lisboa	59	28	31	17	9	23	12	308	51	22	15	8	6	55
Alentejo	11	7	4	7	0	2	2	38	35	17	9	6	3	31
Algarve	10	4	6	3	1	4	1	28	16	8	4	3	1	31
RAA	8	3	5	3	0	1	4	x	x	x	x	x	x	x
RAM	9	3	6	2	1	3	3	x	x	x	x	x	x	x
RANKING														
1º	Norte	Norte	Norte	Norte	Centro	Norte	Lisboa	Lisboa	Norte	Norte	Norte	Norte	Lisboa	Norte
2º	Lisboa	Centro	Lisboa	Centro	Lisboa	Lisboa	Norte	Norte	Centro	Centro	Centro	Centro	Norte	Lisboa
3º	Centro	Lisboa	Centro	Lisboa	Norte	Centro	R.A.A.	Centro	Lisboa	Lisboa	Lisboa	Lisboa	Centro	Centro
4º	Alentejo	Alentejo	Algarve	Alentejo	Algarve	Algarve	Centro	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo

5º	Algarve	Algarve	R.A.M.	Algarve	R.A.M.	R.A.M.	R.A.M.	Algarve	Algarve	Algarve	Algarve	Algarve	Algarve	Algarve
6º	R.A.M.	R.A.A.	R.A.A.	R.A.A.	Alentejo	Alentejo	Alentejo	x	x	x	x	x	x	x
7º	R.A.A.	R.A.M.	Alentejo	R.A.M.	R.A.A.	R.A.A.	Algarve	x	x	x	x	x	x	x
Local de residência Portugal/ NUTS II	Hospitais 2012			Fisiot. Hospitais 2012	Centros de saúde 2012		Enfer. Centros de saúde 2007	Fisiot. Centros de saúde 2011	% Idosos Viver só 2011	% Idoso viver com idoso 2011	% Idoso sem completar grau de ensino ou completa somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico 2011	% Idoso sem completar grau de ensino ou completa somente o 1º e/ou o 2º ciclo do ensino básico 2031		
	Méd.	Enf.	T.D.T		Fisiot.	Méd.							TDT	Enf.
Portugal	21417	37495	8322	794	7423	1067	8328							
Norte	7595	11813	2222	201	2776	244	2757	28	17,1%	37%	89,5%	67,9%		
Centro	3589	6769	1357	167	1690	232	1764	25	20,1%	42,9%	91,2%	63%		
Lisboa	8159	13800	3680	273	1838	174	1644	38	22,3%	40,1%	75,7%	43,4%		
Alentejo	618	1459	353	63	482	153	801	24	21,9%	43,5%	92,7%	60,3%		
Algarve	681	1480	301	40	306	93	343	23	20,7%	41,2%	84,9%	56,2%		
RAA	387	1021	190	24	174	119	451	x	17%	30,1%	88,8%	67,6%		
RAM	388	1153	219	26	157	52	568	x	17,1%	26,9%	90%	66,6%		
RANKING									Ranking invertido - ordem crescente	Ranking invertido - ordem crescente	Ranking invertido - ordem crescente	Ranking invertido - ordem crescente		
1º	Lisboa	Lisboa	Lisboa	Lisboa	Norte	Norte	Norte	Lisboa	RAA	RAM	Lisboa	Lisboa		
2º	Norte	Norte	Norte	Norte	Lisboa	Centro	Centro	Norte	Norte	RAA	Algarve	Algarve		
3º	Centro	Centro	Centro	Centro	Centro	Lisboa	Lisboa	Centro	RAM	Norte	RAA	Alentejo		
4º	Algarve	Algarve	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Alentejo	Centro	Lisboa	Norte	Centro		
5º	Alentejo	Alentejo	Algarve	Algarve	Algarve	RAA	RAM	Algarve	Algarve	Algarve	RAM	RAM		
6º	RAM	RAM	RAM	RAM	RAA	Algarve	RAA	x	Alentejo	Centro	Centro	RAA		
7º	RAA	RAA	RAA	RAA	RAM	RAM	Algarve	x	Lisboa	Alentejo	Alentejo	Norte		

Legenda: x:sem dados

