

CADERNOS DO PÚBLICO

O Estado e a Saúde

Henrique Medina Carreira

2

apoio exclusivo



Banco Português de Investimento

614.39
(469)
«1960-1995»
CAR

CD25A

TFN-2866

O Estado e a Saúde

Henrique Medina Carreira

614.39(469) e1960/199577 CAPZ

apoio exclusivo



Banco Português de Investimento

CD25A

Ficha técnica

© ANTÓNIO BARRETO, INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DA UNIVERSIDADE DE LISBOA E PÚBLICO.

Produção de texto: António Martinho

Grafismo: Jornal PÚBLICO

Capa: Ivone Ralha

Impressão: MIRANDELA - Artes Gráficas, S.A.

Depósito Legal n.º 97833/96

1.ª edição: 35 000 exemplares

2

CADERNOS DO PÚBLICO

O Estado e a Saúde

Henrique Medina Carreira



N.º 3539

CD25A



A apresentação

Este caderno, agora editado pelo Público, faz parte de uma série elaborada com alguns resultados do projecto de investigação "A formação de Portugal moderno: A evolução social, 1960-1995". Este projecto, que dirijo há dois anos no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, com a colaboração de Clara Valadas Preto, foi apoiado desde o início pela Fundação Tinker, de Nova Iorque. O seu primeiro resultado é um volume intitulado "A Situação Social em Portugal, 1960-1995", editado em Abril de 1996, com o apoio da mesma Fundação Tinker e a participação das Fundações Gulbenkian e Luso-Americana para o Desenvolvimento. Esse volume inclui vários estudos de colaboradores (Henrique Medina Carreira, Henrique Nascimento Rodrigues, João Ferrão, José da Silva Lopes, Maria Filomena Mónica e Maria João Valente Rosa), assim como uma longa série de indicadores sociais relativos às mais diversas áreas da sociedade portuguesa e que tentam retratar a sua evolução durante os últimos 35 anos. O objectivo deste projecto de investigação é o de constituir e actualizar, de modo permanente, uma Base de Dados sociais. A sua intenção última é a de permitir um melhor conhecimento factual da sociedade portuguesa que contribua para a informação dos cidadãos e o debate público. Por essa razão, encarei com entusiasmo esta iniciativa do Público de divulgar, em grande escala, parte dos estudos realizados.

António Barreto

CD25A

Índice

CD25A

I — As políticas	9
II — Os recursos	25
III — Prestações e resultados	37

CD25A

I - As políticas

CD25A

CD25A

1 Instrumentos de protecção da saúde pública

Na protecção social da saúde têm sido utilizadas, ao longo do tempo, diferentes técnicas. Por vezes, em regime de coexistência.

Durante séculos, espontaneamente e em obediência a um dever de caridade, foi prestada assistência sanitária aos indigentes enfermos por pessoas privadas ou por instituições públicas.

Muito mais tarde, na segunda metade do século xix, as associações de socorros mútuos, que dividem pelos membros de um grupo os custos das prestações de saúde realizadas a favor de cada associado, ocuparam um lugar de relevo nos serviços médicos e no fornecimento de medicamentos.

O seguro social obrigatório, promovido pelo Estado, é, no âmbito da saúde, uma realização já do presente século, largamente difundida e ainda em vigor nos países com empenhadas políticas sociais. Com a sua instituição nasce um direito de crédito individual a uma prestação material exigível a uma pessoa de direito público. Direito restrito, no entanto, aos próprios segurados abrangidos pelo sistema.

Só após a Segunda Grande Guerra o Estado organizou os cuidados de saúde através dos seus próprios serviços, embora a prestação dos mesmos seja, por vezes, concretizada através da colaboração de terceiros particulares. Os serviços de saúde estatais são, total ou parcialmente, financiados

através de impostos, podendo a eles ter acesso qualquer cidadão, porquanto a todos é reconhecido o direito de exigir a prestação dos respectivos cuidados. Em geral, entende-se que o serviço estatal de saúde visa o direito à saúde, como direito universal e geral (aspecto ideológico), através da prestação integrada de cuidados de saúde (aspecto técnico), a cargo de equipas multidisciplinares esclarecidas quanto aos conhecimentos e métodos próprios do «estado da arte» (aspecto funcional), com uma organização unitária (aspecto estrutural)¹.

Estes são os planos que diferenciam um serviço nacional de saúde dos serviços de saúde prestados com base no seguro social obrigatório, típico, durante uma certa fase, dos serviços médico-sociais da Previdência Social portuguesa².

Até meados do século passado quase toda a prestação social sanitária entre nós foi de origem assistencial. Por essa altura o operariado urbano começou a organizar-se, de acordo com o figurino mutualista, através de associações de capital indeterminado, de duração indefinida e número ilimitado de associados, em associações chamadas de «socorros mútuos», assentes no princípio do auxílio recíproco³. A «questão social», suscitada pela difusão da indústria, da urbanização e da erosão da família tradicional, não encontrou respostas políticas e públicas adequadas. Por isso, o operariado tomou a iniciativa, única ao seu alcance, da resolução, sempre parcial, das novas dificuldades que se lhe foram deparando.

Com a assistência, pública e particular, e o mutualismo se viveu até ao tempo do seguro social obrigatório, surgido em Portugal em 1935. O verdadeiro direito à saúde, da responsabilidade do Estado, ou por sua conta e solitação, só surge depois de 1945 e em alguns países mesmo, como o nosso, no início do último quartel do século xx.

Considerando as diferentes técnicas que foram sendo utilizadas na protecção social da saúde, pode propor-se para Portugal a seguinte periodifica-

1 BARBOSA, Pedro Morais, *Os Sistemas de Previdência, Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, vol. III, 1974, pp. 1 e 2.

2 Posição do autor cit. na nota anterior, p. 2.

3 Associações regulamentadas através do Decreto de 28 de Fevereiro de 1891 e do Decreto de 2 de Outubro de 1896. Este veio a ser revogado pelo Decreto n.º 19 281, de 31 de Dezembro de 1930.

ção: até 1946 vigora exclusivamente a assistência pública; de 1946 a 1976 coexistem a assistência pública e o seguro social obrigatório; em 1976 a Constituição cria o Serviço Nacional de Saúde, só em 1979 previsto em legislação ordinária⁴; de 1976 a 1990 predomina largamente o Serviço Nacional de Saúde. Reflectindo as dificuldades financeiras de sustentação do sistema introduzido em 1976, é publicada uma nova reforma em 1990⁵. Embora ainda mal definido na sua tendência evolutiva, depois de 1990 o sistema não corresponde, em aspectos essenciais, às regras vigentes logo após a Constituição de 1976.

2 Assistência pública e polícia sanitária

Desde a Idade Média foi a assistência, privada e pública, que prevaleceu na protecção social da saúde. Coube, especialmente, às instituições particulares — com grande relevo para as misericórdias — a assistência nesse domínio. Por caridade procurou-se apoiar e curar os doentes pobres nos hospitais. Ali se ministrava o socorro gratuito aos doentes sem meios patrimoniais próprios para se tratarem à sua custa. Mas a maior parte dos nossos hospitais eram administrados pelas misericórdias⁶.

A assistência pública na saúde, na perspectiva da acção curativa, era desenvolvida pelo Estado nos poucos hospitais que possuía: o Hospital de S. José, em Lisboa, separado da misericórdia em 1851, e os Hospitais da Universidade de Coimbra, integrados e dirigidos pela Faculdade de Medicina⁷.

Em todo o período considerado o Estado e os municípios reservam-se, fundamentalmente, para a área da saúde preventiva. Recuando a 1707, encontramos o «Regimento do Provedor-Mor da Saúde e dos Provedores desta cidade de Lisboa», publicado em 15 de Dezembro⁸. Pretende-se, como ali se deixa entrever, regulamentar a intervenção pública de modo geral e ade-

4 Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (LSNS).

5 Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990 (Lei de Bases da Saúde).

6 LOPES, Maria Antónia, «Os pobres e a assistência pública», in *História de Portugal*, direcção de José Mattoso, Círculo de Leitores, vol. 5.º, p. 508.

7 LOPES, M. A., *op. cit.* na nota anterior, p. 509.

8 BARBOSA, P. M., *Administração, Economia e Financiamento da Saúde*, inédito, p. 6.

quado para a conservação da saúde, uma vez que, perante os grandes flagellos, como o da peste, já havia cuidada disciplina jurídica. A «conservação da saúde» e a «prevenção das más doenças» é que não haviam sido ainda objecto de qualquer acção, pelo que se tornava «necessário prevenir com alguns remédios»⁹.

É com uma reduzida assistência sanitária e uma acção de prevenção, de «policia sanitária», já reclamada nos alvares do século XVIII, que a acção pública irá desenvolver-se até 1935¹⁰.

São conhecidas as reformas de 1837 (Passos Manuel)¹¹, de 1868 (bispo de Viseu)¹² e de 1901 (Ricardo Jorge)¹³.

Do ponto de vista do conteúdo da prestação de saúde pública, tais diplomas pouco evoluem, limitando-se a pequenas ampliações ditadas pelo próprio progresso que o grande desenvolvimento europeu do século XIX também aqui foi impondo. A protecção social da saúde, determinada naqueles três diplomas, tem um carácter geral e reflexo: das medidas tomadas resultam vantagens para a colectividade, beneficiando o cidadão, individualmente considerado, apenas por via indirecta. Não lhe é reconhecido o direito individual de exigir prestações concretas para a satisfação de interesses próprios de natureza sanitária.

A «policia sanitária» dirige-se, pois, à prevenção geral, desta advindo, num segundo momento, vantagens para cada um.

Naquele tempo a saúde pública visava: a educação sanitária da população; o saneamento do meio ambiente; a higiene materno-infantil, infantil, escolar, de alimentação e do trabalho; a higiene mental; a profilaxia das doenças, transmissíveis e sociais; a defesa sanitária das fronteiras; a hidrologia médica e as estações balneares; a fiscalização da produção e comércio de medicamentos e a sua comprovação ou a verificação da sua eficiência¹⁴.

Foi com este conteúdo aproximado, embora usando terminologia diver-

9 Cit. por BARBOSA, P. M., obra identificada na nota 8, p. 6, referindo o Regimento do Provedor-Mor da Saúde, de 15 de Dezembro de 1707.

10 Utilizar-se-á a designação de «policia sanitária» em sinonímia com «saúde pública».

11 Decreto de 3 de Janeiro de 1837.

12 Decreto de 3 de Dezembro de 1868.

13 Decreto de 24 de Dezembro de 1901.

14 Base IX da Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963.

sa, que se entendeu a saúde pública em Portugal e da qual se incumbiram, fundamentalmente, o Estado e os municípios. Até à reforma de 1971, e ao longo de quase um século e meio, constituiu a grande tarefa sanitária pública.

Atento o tipo de acções integrantes da função de preservação da saúde pública, a instituição dos seguros sociais obrigatórios nada interferiu com ela quando surgem as medidas de 1935. Tais seguros conferiram aos segurados, nos termos legais, direitos individuais de exigência de prestações da saúde, preventiva e curativa. Na «polícia sanitária», que era a saúde pública da época, repete-se, o cidadão não era titular de um direito pessoal e autónomo, beneficiando, apenas e reflexamente, como todos os demais, dessa acção.

Sem modificar o conteúdo da prestação pública, as reformas de 1837, 1868 e 1901 respeitam apenas a aspectos de mera administração pública, em consonância aliás com a legislação administrativa básica integrante dos códigos administrativos que se sucederam. Concretizaram meras fórmulas de articulação orgânica e administrativa na distribuição das competências.

O poder instituído na sequência da revolução de Setembro de 1836 cria o Conselho da Saúde Pública, com competências delegadas: no distrito cabem ao delegado, quase sempre um facultativo da medicina; no concelho, ao subdelegado, o administrador do concelho; na paróquia, ao respectivo regedor. A desintegração hierárquica do topo até à base, dos agentes da saúde pública criou uma «calamitosa descoordenação e ineficácia»¹⁵, que conduziram à reforma do bispo de Viseu, publicada em 1868.

Esta colocou à cabeça da hierarquia a Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, tutelando a acção do governador civil no distrito e do administrador no concelho. O sistema tornou-se mais coeso, eliminando os defeitos que vinham de 1837.

Em 1901 acentuam-se os cuidados relativos à organização, com uma maior estadualização, decorrente da subordinação, em matéria de saúde pública, ao Ministério do Reino, mesmo dos serviços ou entidades integrados em outros ministérios. Procurou-se ainda imprimir maior quali-

15 BARBOSA, P. M., *op. cit.* na nota 8, p. 11.

dade científica e formativa. Especialmente importante na reforma de 1901, no entanto, porque já se esboça uma saúde pública não limitada à «polícia sanitária», a atribuição à câmara municipal de competência para o tratamento gratuito dos pobres, expostos, crianças desvalidas e abandonadas e presos, devendo, para tanto, criar um ou mais partidos médicos¹⁶.

A acção assistencial pública, assim explicitada na reforma de 1901, relativa à saúde pública vai ser retomada e intensificada através das providências legislativas empreendidas em 1944 e 1945.

Até 1945, a par de acções privadas desenvolvidas através de esquemas ora assistenciais, ora mutualistas, o empenho significativo do Estado visa, portanto, a saúde pública, entendida como «polícia sanitária». «Os serviços da saúde portuguesa, com excepção dos serviços de sanidade geral, dos Hospitais Civis de Lisboa, Hospital Joaquim Urbano, no Porto, e os Hospitais Escolares de Lisboa e Coimbra, eram da responsabilidade da iniciativa privada»¹⁷.

3 Assistência pública e seguros sociais obrigatórios

Ainda em 1944 e 1945 são publicados, respectivamente, o Estatuto da Assistência Social¹⁸ e a Organização da Assistência Social¹⁹. O Estado continua a rejeitar uma função relevante no domínio da saúde, assumindo apenas um papel supletivo; considera como normal a assistência resultante de iniciativas particulares²⁰. Em matéria sanitária a assistência social terá uma acção de profilaxia e defesa contra a tuberculose, o sezonismo, o cancro, as doenças infecciosas, as anomalias mentais, as de nutrição e as adquiridas no trabalho. Esta acção assistencial e profiláctica é desenvolvida através de ins-

16 Artigo 346.º do Decreto de 24 de Dezembro de 1901.

17 SAMPAIO, Arnaldo, *Evolução da Política de Saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-45 e Suas Consequências*, Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, vol. V, 1981, p. 78.

18 Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944.

19 Decreto-Lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945.

20 Base III da Lei n.º 1998.

titutos especializados, concebidos como órgãos de coordenação da assistência²¹.

São definidos, pela primeira vez, com rigor, os responsáveis pelos encargos da assistência: para além dos próprios assistidos, alguns parentes próximos respondem por eles; no caso de incapacidade, são os organismos corporativos, as câmaras municipais e o Estado²². Na Direcção-Geral da Assistência funcionam serviços de inquérito assistencial²³ que colaboram na organização, no cadastro e no recenseamento dos pobres e indigentes, informando as instituições de assistência sobre a indigência e o grau de pobreza dos que reclamam socorros públicos.

O crescimento dos grandes centros populacionais começa a tornar complexos os processos de identificação dos necessitados e das suas carências. Não é o instrumento técnico de protecção social que está em causa, é o modo da sua aplicação.

Estes diplomas legais, de 1944 e 1945, não alteram a substância do regime assistencial público na área sanitária. Como também não alteram a acção de «policia sanitária», em boa parte já integrada no Código Administrativo de 1940.

Daí que os cuidados médicos continuassem a constituir responsabilidade do indivíduo e da família, desde que não prestados pelo Estado no âmbito da saúde pública ou por uma instituição de assistência a indigentes²⁴.

Na sequência da Lei de Bases da Organização Hospitalar²⁵ foi concretizado um plano de construções hospitalares, regionais e sub-regionais, entregues às misericórdias, uma vez que, assumindo apenas uma função supletiva, o Estado rejeitava a responsabilidade pela gestão hospitalar²⁶.

Em 1946 ocorre a primeira grande viragem na prestação de cuidados públicos de saúde. Efectivamente, em 1935 foram instituídos pela primeira vez entre nós os seguros sociais obrigatórios, integrantes da Previdência Social²⁷. Durante uma década houve a prestação de cuidados médicos, mas

21 Bases VII e seguintes da Lei n.º 1998 e artigos 113.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 35 108.

22 Base XXI da Lei n.º 1998.

23 Artigos 23.º e 92.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 35 108.

24 SAMPAIO, A., *op. cit.*, p. 78.

25 SAMPAIO, A., *op. cit.*, p. 79, e Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946.

26 Bases IX, X e XI da Lei n.º 2 011.

27 Lei n.º 1884, de 26 de Março de 1935.

dispersos por sindicatos, com organização diferenciada e diversas regalias²⁸. Em 1946 constituiu-se a Federação das Caixas de Previdência, que permitiu a expansão dos serviços médico-sociais à margem dos serviços assistenciais e «policiais» de saúde do Estado.

A concepção do Estado sobre o seu papel permanece inalterada em matéria sanitária: chama a si as tarefas da saúde pública, remetendo a medicina curativa e recuperadora para o seu exercício privado, individual ou organizado, para a acção médico-social da previdência ou para a assistência, pública ou particular.

Enquanto na assistência pública não era reconhecido o direito de exigir a prestação de saúde, colocada na dependência da iniciativa voluntária, baseada na misericórdia ou na caridade, ou, se era reconhecido o direito, não era universal, porque não igual para todos²⁹, no sistema de seguro social, suportado pelo esquema financeiro de contrapartidas pagas pelos próprios, estes têm o direito de exigir cuidados de saúde que regulamentarmente lhe estão facultados. O seguro social não garante um direito universal e geral à saúde, restrito como se encontra aos beneficiários do sistema, mas garante-o ao conjunto dos membros do mesmo.

A expansão do número de beneficiários dos Serviços Médico-Sociais da Previdência Social evolui com grande rapidez: de menos de 10% da população residente até 1954, sobe para 16% em 1960, quase 30% em 1965, 60% em 1970 e 78% em 1975 (quadro n. 28).

Pela própria natureza das soluções adoptadas, o problema da saúde em Portugal continuava a não ter um tratamento global: os indigentes teriam de recorrer à assistência, pública ou particular; os abrangidos pelos Serviços Médico-Sociais da Previdência tinham acesso a esses serviços (78% da população residente em 1975); os funcionários públicos estavam, e estão, contemplados

População abrangida pelos Serviços Médico-Sociais da Previdência Social (x 1000)

QUADRO N.º 1

Anos	População abrangida (a)	Anos	População abrangida (a)
1951	334,5	1965	2 603,4
1954	777,8	1970	5 199,3
1960	1 402,2	1975	7 293,6

(a) Beneficiários e pessoas da família.
Fonte: Estatísticas da Segurança Social (INE).

28 SAMPAIO, A., *op. cit.*, p. 79.

29 BARBOSA, P. M., *op. cit.* na nota 1, p. 29.

com os benefícios da ADSE (8% da população residente em 1975). Neste último ano cerca de 86% dos residentes achavam-se, assim, abrangidos nos dois sistemas principais de saúde pública, integrantes dos seguros obrigatórios, e não da assistência.

O problema que se colocava em 1975 não era então tanto o do volume da população entregue à assistência ou a si própria (uns 14%) como o da diversidade de regimes, do grau de aproveitamento dos recursos e, eventualmente, da qualidade dos cuidados médicos facultados.

Eis, pois, um reparo qualificado: durante este período «o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos Portugueses, permitiu a criação de [...] um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à redução dos problemas da saúde [...] Como resultado, os Portugueses [...] tinham [...] vários serviços de saúde de tipo vertical, mal dotados e mal equipados [...]»³⁰.

Em 1971 ocorre uma importante tentativa de reforma, destinada a eliminar os defeitos apontados. O diploma principal deste ensaio reformista pretende ajustar a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência, de 1963. Mas vai mais longe e visa garantir o direito à saúde, que considera um direito de personalidade, compreendendo o acesso aos serviços, apenas com as restrições impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis³¹.

A saúde pública, como «polícia sanitária», na sequência dos diplomas de 1837, 1868 e 1901, continua em 1971 a ocupar posição saliente nas competências da Direcção-Geral de Saúde³².

Atribuiu-se à legislação de 1971 a virtude do reconhecimento do direito à saúde, da promoção de uma política unitária da saúde, de integração de todas as actividades da saúde e assistência e do planeamento central e descentralizado da execução. Esta reforma encontrou as maiores dificuldades

30 SAMPAIO, A., *op. cit.*, p. 80. Parece evidente que a reforma de 1971 pretendeu dar resposta a alguns destes problemas, na opinião de BARBOSA, P. M., *Política Nacional de Saúde*, separata dos *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, vol. I, 1972, p. 4.

31 Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, artigo 2.º

32 Decreto-lei cit. na nota anterior, artigos 30.º a 33.º

de aplicação, ainda que os centros de saúde, então criados, tivessem tido resultados muito positivos³³. Não conseguiu, porém, o essencial para a criação de um sistema de saúde, ou seja, a integração dos Serviços Médico-Sociais da Previdência³⁴. Talvez tivesse residido aí a razão do malogro da reforma de 1971.

Nas três décadas que decorrem entre 1946 e 1976 deve sublinhar-se o decisivo impulso que constituiu a criação dos seguros sociais obrigatórios, abrangendo também a saúde; o caminho rasgado pelas ideias que fundamentaram a tentativa de reforma de 1971, e a instituição dos centros de saúde.

4 O Sistema Nacional de Saúde até 1990

Com a entrada em vigor da Constituição de 1976 instituiu-se o Serviço Nacional de Saúde, universal e gratuito³⁵. Estes dois princípios constitucionais são desde logo aplicados, ainda que só mais tarde a legislação ordinária os tenha acolhido e desenvolvido³⁶.

Através do SNS pretende-se criar, dentro do Estado, uma organização de prestação de cuidados globais de saúde a toda a população, garantindo o seu acesso a todos os cidadãos, e mesmo a alguns estrangeiros, em regime de gratuidade no acto da prestação³⁷.

A lei que instituiu o SNS também subordinava a garantia do acesso universal aos cuidados de saúde aos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, utilizando rigorosamente a expressão constante da reforma de 1971³⁸. E a própria gratuidade não impediria, de acordo com a lei, o estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas, tendentes a racionalizar a utilização das prestações³⁹. Atribui-se ao Estado a incumbência

33 SAMPAIO, A., *op. cit.*, pp. 80 e 81.

34 BARBOSA, P. M., *op. cit.* na nota 8, p. 21.

35 Constituição de 1976, artigos 63.º e 64.º

36 Lei do SNS.

37 Lei do SNS.

38 Lei do SNS, artigo 6.º, n.º 1, e Decreto-Lei n.º 413/71, artigo 2.º, n.º 2.

39 Lei do SNS, artigo 7.º

de mobilizar os recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização⁴⁰.

O conteúdo das prestações a cargo do SNS é extremamente amplo, compreendendo, entre outros, os cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença; os cuidados médicos de clínica geral e de especialidades; os cuidados de enfermagem; o internamento hospitalar; os meios de diagnóstico; os medicamentos e produtos medicamentosos; as próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos⁴¹.

A lei do SNS é o primeiro diploma que efectiva o direito universal e gratuito à saúde e que define, de forma explícita, o conteúdo das prestações que são objecto daquele direito. Viu-se que, anteriormente, a legislação sobre saúde fora quase sempre relacionada com a saúde pública, enquanto «policia sanitária»; fora deste quadro os cuidados de saúde restringiam-se ao âmbito assistencial, para indigentes, ou aos Serviços Médico-Sociais da Previdência Social, para os respectivos beneficiários.

Durante mais de duzentos anos a legislação da saúde não foi de «saúde», antes direito administrativo aplicado à «saúde»⁴². A lei do SNS está, claramente, fora desta linha tradicional.

Enquanto a via da assistência combinava a potencial gratuitidade com a restrição à condição da indigência, a via previdencial associava a onerosidade e a qualidade de beneficiário do sistema. O SNS recebe da assistência o atributo da gratuitidade e do sistema previdencial o reconhecimento de um direito individual a prestações concretas, cujo conteúdo são os cuidados de saúde.

Retomando, em alguns aspectos, ideias e princípios da reforma de 1971, a lei do SNS completa-os e introduz outros, instituindo um modelo inteiramente novo em Portugal de organização e de prestação de cuidados da saúde.

Num diferente contexto político, a concretização do SNS já se torna viável. O primeiro passo para a unificação do sistema, pretendida em 1971, foi tentado ainda antes da promulgação da Constituição de 1976, com a deter-

40 Lei do SNS, artigo 50.º

41 Lei do SNS, artigo 14.º

42 BARBOSA, P. M., *op. cit.* na nota 8, p. 24.

minação da transferência, a partir de 1 de Janeiro de 1975, para a Secretaria de Estado da Saúde, dos serviços médico-sociais das instituições de previdência de inscrição obrigatória. Tal decisão política não foi executada⁴³. Esta transferência só veio a ocorrer em 1977, na sequência do regime constitucional vigente desde o ano anterior⁴⁴.

O Estado português só ficou profundamente envolvido no âmbito sanitário desde 1976. Às tarefas típicas da saúde pública tradicional acrescenta o dever de prestação universal e gratuita de cuidados de saúde preventivos, terapêuticos e de recuperação. Abandona a tarefa assistencial pública, absorve noutro sistema os serviços de saúde da previdência social e torna-se o agente fundamental da satisfação colectiva e individual de necessidades sanitárias. Ao seu lado pouco mais resta que não seja a medicina privada.

5 A reforma de 1990 e o recuo do Serviço Nacional de Saúde

A lei do SNS contém, explícitos ou implícitos, princípios que importa ter presentes quando se analisa a evolução em curso a partir da reforma de 1990 e respectiva regulamentação, publicada em 1993⁴⁵. Três deles são decisivamente relevantes e estão em causa na fase actual da política de saúde: o da responsabilidade estadual pela protecção da saúde; o da gratuidade e da forma do respectivo financiamento; o da natureza da entidade, serviço ou instituição prestadores dos serviços de saúde.

O Estado assumiu, em 1976 e 1979, a responsabilidade exclusiva pela satisfação do direito à protecção da saúde. O princípio agora vigente passou a ser o da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados⁴⁶.

A gratuidade, ao abrigo da lei do SNS, de 1979, só poderia ser quebra-

43 Decreto-Lei n.º 589/74, de 6 de Novembro.

44 Decreto-Lei n.º 17/77, de 12 de Janeiro, e Decreto Regulamentar n.º 12/77, de 7 de Fevereiro.

45 Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde); Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

46 Lei do SNS, artigo 1.º, e Lei n.º 48/90, base 1.



da através do estabelecimento de taxas moderadoras tendentes a racionalizar a utilização das prestações. Para garantia da gratuitidade incumbia ao Estado mobilizar os recursos financeiros indispensáveis. O financiamento, depois de 1993, passa a ser também da responsabilidade de outras entidades, além do Estado. Incumbe, nomeadamente, aos beneficiários, «tendo em conta as suas condições económicas e sociais, sendo a demonstração das mesmas feita segundo regras a estabelecer pelo ministro da Saúde»⁴⁷. É prevista também a criação de um seguro de saúde e admite-se que se clause a responsabilidade do segurado, de acordo com critérios a definir⁴⁸. São ainda estabelecidos preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do SNS, tendo em conta os custos reais directos e indirectos e o necessário equilíbrio da exploração⁴⁹. O primeiro preço já foi publicado⁵⁰.

A lei do SNS estatui também o princípio do acesso às prestações de saúde através de serviços e estabelecimentos da sua rede oficial. Admitiu apenas, transitoriamente, «enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso [...] por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes»⁵¹. O diploma de 1993 prevê mecanismos diferentes, a saber: a gestão de instituições e serviços do SNS por entidades às quais seja confiada mediante contrato de gestão, precedido de concurso público⁵²; a gestão da instituição ou serviço de saúde por uma pessoa colectiva constituída por médicos e com a qual se celebre contrato constitutivo do regime de convenção⁵³; também em regime de convenção, com grupos de médicos, é possível contratar a prestação de cuidados de saúde em determinada área geográfica⁵⁴.

Muito recente, o modelo criado em 1990 e só regulamentado em 1993, encontra-se agora em início de aplicação. Mas altera profundamente aquele que surgiu com a Constituição de 1976 e com a LSNS. Poderá mesmo, de

47 Artigos 23.º, n.º 1, alínea a), e 25.º, n.º 3, do Decreto-Lei n.º 11/93.

48 Artigo 24.º, n.º 2, do Decreto-Lei n.º 11/93.

49 Artigos 25.º e 26.º do Decreto-Lei n.º 11/93.

50 Portaria n.º 388/94, de 18 de Junho.

51 Artigo 15.º da Lei do SNS.

52 Artigos 28.º e 29.º do Decreto-Lei n.º 11/93.

53 Artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 11/93.

54 Artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 11/93.

facto, fazê-lo desaparecer em tudo o que é essencial à sua identidade institucional e funcional. Daí que considere ser 1990 um novo ano de viragem radical na política da saúde, como o foram 1935, 1946 e 1976. Só os seus efeitos possíveis ainda não surgiram plenamente.

A responsabilidade conjunta e não unitária pela protecção da saúde conduzirá, provavelmente, a um afastamento progressivo do Estado nesta área, não sendo excessivo admitir que, em certa altura, retorne à função supletiva, mesmo que ainda relevante, que teve até 1976. Também a responsabilização dos próprios utentes pelo custo da saúde, em conformidade com as suas condições económicas e sociais, prenuncia o retorno a um modelo similar do da assistência pública, embora com cambiantes de feição económica: em tempos passados, e como se disse, todos tinham a possibilidade de acesso aos serviços de saúde do Estado, não suportando, afinal, os respectivos custos quem demonstrasse impeditiva a sua situação de pobreza. É este, no fundo, o figurino esboçado no diploma de 1993. Do mesmo modo, os contratos de gestão e de convenção, à medida que forem sendo celebrados, irão abalando a unidade do funcionamento global do aparelho sanitário público, não sendo impensável que de um sistema se avance para uma justaposição de células essenciais sem obediência ao comando centralizado que hoje existe. Em política de saúde o ano de 1990 poderá vir a ser o momento determinante de mais uma viragem profunda.

O tempo mostrará a adequação, ou não, da reforma em curso. Iguamente julgará a essencialidade e a suficiência da mesma. Certo, sim, é que os severos constrangimentos financeiros existentes, adiante evidenciados, impõem que se repense e debata profundamente o modelo vigente antes que as restrições de meios acentuem de modo drástico a erosão qualitativa que, de outro modo, será inevitável.

II - Os recursos

CD25A

CD25A

1 Recursos humanos

As estatísticas revelaram recentemente que, com 284 médicos por 100 000 habitantes, não tendo os melhores índices da UE, Portugal também não é o país pior colocado (quadro n. 2). Este decisivo recurso humano, em matéria de saúde, não só cresceu fortemente — duplicou em relação a 1977 —, como também nos situa em melhor posição quantitativa do que a Dinamarca, a Holanda e a Irlanda.

Já no que respeita a pessoal de enfermagem, por 100 000 habitantes, Portugal ocupa, com 280 enfermeiros, uma má posição, só melhor do que a da Grécia, com 248. Encontramo-nos, assim, muito distantes de outros países, ao contrário do que sucede com o número de médicos. Pior é que não parece atractiva esta profissão, se se considerar que o seu crescimento, em relação a 1977, não foi satisfatório (apenas + 68 enfermeiros por 100 000 habitantes).

Reflectindo este baixo número de enfermeiros, a sua relação por cama ocupada não parece adequada, ainda que seja próxima da da Alemanha e da Grécia (quadro n. 2).

Globalmente, pode dizer-se que, no que respeita a médicos e a enfermeiros, Portugal ocupa uma posição um pouco abaixo da intermédia. Num ou noutro caso, talvez surpreendentemente, revelamos índices superiores a países mais ricos e desenvolvidos. Trata-se apenas, em todo o caso, de nú-

Número de médicos e enfermeiros na União Europeia

QUADRO N.º 2

Países	Médicos		Enfermeiros				
	por 100 000 habitantes		Por 100 000 habitantes		Por cama ocupada		
	1977	1988-1991	1977 (a)	1988-1991	1975	1980	1987
Alemanha	204	n. d.	394	n. d.	0,28	0,35	0,45
Bélgica	225	336	358	n. d.	n. d.	(b) 0,28	0,68
Dinamarca	195	278	605	655	0,38	0,42	(a) 0,60
Espanha	180	382	123	381	0,32	0,46	n. d.
França	163	300	591	n. d.	0,17	0,24	0,38
Grécia	221	320	199	248	0,26	0,31	0,49
Holanda	171	251	375	815	n. d.	n. d.	n. d.
Irlanda	120	158	591	655	0,53	0,76	1,2
Itália	206	475	336	295	0,34	0,45	0,60
Luxemburgo	114	n. d.	381	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
PORTUGAL	142	284	212	(c) 280	0,34	0,30	0,47
Reino Unido	152	n. d.	417	497	0,36	0,47	0,69

(a) Parteiros e enfermeiros.

(b) 1979.

(c) 1992 (DEPS). Refere-se apenas a pessoal de enfermagem do SNS.

Fontes: OMS, *Anuário de Estatísticas Sanitárias Mundiais*, 1980 e 1993, e OCDE - *Les systèmes de santé*, 1990, e DEPS.

meros, sem conexão necessária com as condições de eficiência e de operacionalidade.

Na perspectiva estritamente interna é assinalável o crescimento dos recursos desde 1960: há 4 vezes mais médicos, o que corresponde a um aumento anual médio de 4,5%; há 3,2 vezes mais enfermeiros, com a reserva de alguma sobreavaliação, o que representa um crescimento anual médio da ordem dos 5,7% (quadro n. 3).

As disponibilidades totais do SNS, no que respeita aos recursos humanos, têm evoluído significativamente, espelhando a expansão da intervenção do Estado no domínio da saúde. Em pouco mais de duas décadas, de 1970 a 1994, os efectivos elevam-se de 45 107 profissionais para 102 442 (+127%) (quadro n. 3). Em 1992 há uma pequena diminuição, da ordem

Recursos humanos

QUADRO N.º 3

Anos	Médicos		Enfermeiros		Técnicos de diagnóstico e terapêutica		Totais de recursos no SNS
	Portugal	SNS	Portugal (a)	SNS	Portugal	SNS	
1960	7 075	n. d.	9 541	n. d.	n. d.	n. d.	(b) 18 234
196	7 820	(c) 4 211	11 248	3 842	n. d.	n. d.	(d) 30 039
1970	8 156	7 550	13 797	8 941	n. d.	n. d.	45 107
1975	11 101	n. d.	18 592	13 668	n. d.	n. d.	(e) 65 320
1980	19 327	(f) 15 608	22 144	18 923	n. d.	(g) 2 400	(h) 87 179
1985	24 629	18 247	23 991	20 695	(i) 3 206	3 660	87 857
1990(j)	28 016	20 574	28 154	24 973	4 873	4 738	100 670
1991	28 326	20 878	30 094	25 063	4 910	4 775	102 442
1992	28 604	20 747	30 181	26 241	4 874	4 682	100 478

(a) Engloba parteiras e auxiliares de enfermagem. Os números estão sobreavaliados porque há casos de actividade cumulativa.

(b) 1961. Não inclui médicos nem enfermeiros.

(c) 1964.

(d) 1964. Inclui todo o sector da saúde, pública e privada, sendo os médicos e as enfermeiras apenas do sector público.

(e) Não incluídos 7470 médicos das caixas de previdência, mas apenas os 3242 existentes em 1970.

(f) 1982.

(g) 1979.

(h) 1983.

(i) 1986. Continente e SNS.

(j) Em 1990 e nos anos seguintes inclui o IPO e o Instituto Cama Pinto

Fontes: Anuário Estatístico e Estatísticas da Saúde (INE), CES, Trabalhos Preparatórios do III Plano de Fomento, Instituto Damião de Góis-DEPS.

dos 2000 trabalhadores (- 131 médicos e - 93 técnicos de diagnóstico e terapêutica). Tendo aumentado o número de enfermeiros (+ 378), poderá concluir-se que a redução de efectivos em 1992 corresponde a pessoal de menor qualificação.

Ainda que de uma forma incompleta, o quadro n.º 4 revela uma tendência geral para a diminuição do número de camas por profissional de enfermagem. Nos casos para que há valores mais recentes — hospitais centrais e hospitais distritais —, a relação número de camas/enfermeiro caiu quer em 1990, quer em 1992.

Os grandes aumentos do volume de pessoal do SNS ocorrem entre 1970 e 1975 (+ 20 213 trabalhadores, equivalentes a + 44,8%) e entre 1975 e 1980 (+ 21 859 trabalhadores, correspondentes a + 33,5%). Após o ano

de 1980, o ritmo do crescimento dos trabalhadores do SNS tornou-se, compreensivelmente, muito menor.

Número de camas por enfermeiro

QUADRO N.º 4

Tipos de hospitais	1964	1969	1978	1980	1985	1990	1992
Hospitais centrais gerais	3,06	2,4	2,04	1,7	-	-	-
Hospitais centrais (a)	-	-	-	-	1,42	1,19	1,14
Hospitais regionais/hospitais distritais	3,9	9,3	3,01	2,5	-	-	-
Hospitais distritais (b)	-	-	-	-	1,99	1,59	1,36
Hospitais sub-regionais	18,5	¥	-	-	-	-	-
Hospitais especializados	¥	¥	¥	2,67	-	-	-
Hospitais concelhios	¥	14,1	¥	(c) 6,1	-	-	-

(a) Inclui os especializados.

(b) Inclui os hospitais de nível 1.

(c) 1981.

Fontes: III Plano de Fomento, 1964; DGH-ITE, 1969, 1978, 1980, 1981; DRH, 1985, 1990; DEPS, Elementos Estatísticos de Saúde, 1992.

2 Os equipamentos hospitalares

O SNS dispõe actualmente de mais hospitais centrais gerais, hospitais regionais/distritais e hospitais especializados do que há duas ou três décadas, mas apenas de metade dos hospitais concelhios. O número de hospitais com mais recursos tem, assim, aumentado (quadro n. 5).

Também o número global de camas vem crescendo nos hospitais centrais gerais (7729 em 1961 e 9656 em 1992), nos hospitais regionais/distritais (3530 em 1961 e 9387 em 1992) e nos hospitais especializados (1380 em 1970 e 2206 em 1992). Só nos hospitais sub-regionais/concelhios a tendência é para a drástica redução do número de camas (quadro n. 5).

Segue-se que o número de camas nos hospitais de maior capacidade técnica tem vindo a crescer, de modo que, se se considerarem conjuntamente apenas os hospitais centrais gerais e os regionais/distritais, das 11 259 camas disponíveis em 1961 se passa para 19 043 em 1992 (quase + 70%).

Número de hospitais e de camas (a)

QUADRO N.º 5

Hospitais	Indicador	1961	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Hospitais centrais gerais	Número de hospitais	5	5	5	9	10	11	15	15	15
	Número de camas	7 729	7 794	7 529	9 495	10 455	9 712	9 905	9 769	9 656
	Camas/hospital	1545,8	1555,8	1505,0	1055,0	1045,5	882,9	660,3	651,3	643,7
Hospitais regionais/distritais	Número de hospitais	20	21	21	38	37	37	38	38	38
	Número de camas	3 530	3 846	4 093	6 841	8 445	8 270	8 984	9 175	9 387
	Camas/hospital	176,5	183,1	194,9	180,0	228,2	223,5	236,45	241,4	247,0
Hospitais de nível 1	Número de hospitais	-	-	-	-	-	23	25	25	25
	Número de camas	-	-	-	-	-	1 954	2 037	1 991	1 974
	Camas/hospital	-	-	-	-	-	85,0	81,5	79,6	79,0
Hospitais sub-regionais /concelhios/unidades de internamento dos centros de saúde	Número de hospitais	220	222	221	206	194	148	137	127	121
	Número de camas	8 471	8 702	9 717	8 587	8 047	4 452	2 828	2 522	2 243
	Camas/hospital	38,5	39,2	44,0	41,7	41,5	30,1	20,6	19,9	18,5
Hospitais especializados	Número de hospitais	¥	¥	8	10	10	15	14	14	14
	Número de camas	¥	¥	1 380	1 605	1 650	2 244	2 230	2 198	2 206
	Camas/hospital	¥	¥	172,5	160,5	165,0	149,6	159,3	157,0	157,6

(a) Este quadro respeita ao continente, área a que se referem, em geral, os restantes elementos. Inclui os hospitais de nível 1, muitas vezes incluídos no registo dos hospitais distritais.

Os hospitais sub-regionais, que deram lugar aos hospitais concelhios, os quais, por sua vez, se dividiram em hospitais de nível 1 e em unidades de internamento dos centros de saúde, devem pertencer à rede de unidades hospitalares. No entanto, as unidades de internamento dos centros de saúde (a partir de 1985) fazem parte da rede de cuidados de saúde primários.

Fonte: DEPS.

É a partir de 1970 e de 1975 que, quer o número de hospitais, quer o número de camas, sobem sensivelmente nos hospitais principais do país.

Quando se analisa a evolução dos equipamentos hospitalares, conclui-se que os hospitais centrais gerais têm perdido dimensão, uma vez que das 1545,8 camas/hospital em 1961 se vai baixando progressivamente até às 643,7 camas/hospital em 1992. Os hospitais sub-regionais/concelhios revelam a mesma tendência, havendo uma queda de 44,0 camas/hospital em 1970 para 18,5 camas/hospital em 1992.

3 Os meios financeiros despendidos

No período de 1960 a 1992 é indispensável considerar a criação do SNS, em 1979. Convém, por isso, verificar o que ocorreu, no âmbito das despesas, nos anos anteriores. Nestes, a intervenção pública fez-se pela via da saúde pública («polícia sanitária»), da assistência e dos Serviços Médico-Sociais da Previdência Social.

Verifica-se, entre 1960 e 1975, um crescimento acelerado das despesas, mais acentuado nas suportadas com os serviços médico-sociais, que se elevam a um ritmo anual médio e real de quase 17% (quadro n. 6). As despesas com a sanidade básica (saúde pública) e a assistência pública elevam-se a um ritmo anual de 12,5%. A maior subida ocorre de 1970 para 1975: as despesas totais elevam-se de 123% e as dos serviços médico-sociais de 162% (quadro n. 6). Em 1975, pela primeira vez, os gastos destes serviços (111,8 mc.) suplantam os de «polícia» e assistência pública sanitária. Compreende-se o sentido da evolução quando se considera a população abrangida pelos serviços médico-sociais: 1,4 milhões de pessoas em 1960; 5,2 milhões em 1970; 7,3 milhões em 1975 (quadro n. 28). A capitação das despesas daqueles serviços elevou-se, a preços constantes, de 7500\$/ano em 1960 para 8200\$/ano em 1970; em 1975 ocorre uma acentuada subida, para cerca de 15 300\$/ano.

Despesas com a saúde pública, a assistência sanitária e os serviços médico-sociais (a)

QUADRO N.º 6

Anos	Totais		Sanidade básica e assistência pública (b)			Serviços Médico-Sociais da Previdência		
	Valor (1)	% do PIB (2)	Valor (3)	% do PIB (4)	% do total (5)	Valor (6)	% do PIB (7)	% do total (8)
1960	25,8	0,90	15,2	0,53	58,9	10,6	0,37	41,1
1965	46,5	1,19	26,2	0,67	56,3	20,3	0,52	43,7
1970	90,2	1,71	47,5	0,90	52,6	42,7	0,81	47,4
1975	200,7	3,07	88,9	1,36	44,3	111,8	1,71	55,7

(a) Valores em milhões de contos, a preços de 1992.

(b) Equivalente à «saúde pública» entendida no século XIX e grande parte do século XX.

Fonte: Estatísticas das Finanças Públicas (INE).

Uma estimativa da OCDE (quadro n. 7) revela os valores totais despendidos com a saúde em Portugal. O ritmo do crescimento é muito significativo entre 1970 e 1975. Torna-se muito mais moderado no período posterior, embora se deva sublinhar a subavaliação nos anos de 1990, 1991 e 1992. Com as reservas que podem ser apontadas aos valores do quadro n. 7, é possível concluir, em todo o caso, que há uma cobertura um pouco inferior a 60% através de meios públicos; a parte restante corresponde a despesas privadas com a saúde.

A acção do Estado no domínio da saúde ganhou em três décadas uma dimensão significativa⁵⁵. De menos de 1% do PIB em despesas do SNS em 1960, sobe-se para 4,6% em 1992 (quadro n. 7). A análise que nele se faz, a preços de 1992, é mais expressiva: neste último ano o Estado gastou com a saúde mais de 21 vezes o que despendera em 1960; isto equivale a um ritmo de subida média, anual e real, de 10%. Até 1970 o peso relativo de gastos com a saúde foi muito moderado, não chegando a 2% do PIB. É a partir de 1980 que o valor despendido adquire uma expressão assinalável, superior a 300 mc., embora em 1975 já se tivesse aproximado dos 200 mc. (quadro n. 8).

Os elementos disponíveis permitem uma análise das despesas correntes do SNS, por tipo de consumos (quadro n. 9). As despesas mais significativas ocorrem com o pessoal;

Despesas com a saúde (em percentagem do PIB)

QUADRO N.º 7

Anos	Despesas totais	Despesas públicas	Despesas privadas
1960	n. d.	0,90	n. d.
1965	n. d.	1,19	n. d.
1970	3,11	1,83	1,28
1975	6,34	3,73	2,61
1980	5,88	4,25	1,63
1985	6,97	3,93	3,04
1990 (a)	7,00	4,08	2,92
1991 (a)	7,83	4,53	3,30
1992 (a)	7,93	4,60	3,33

(a) Estes valores encontram-se subavaliados.
Fontes: Estimativas da OCDE e DEPS.

Despesas com o SNS

QUADRO N.º 8

Anos	Percentagem	Valor (mc. de 1992)
1960	0,9	24,6
1965	1,2	46,9
1970	1,7	89,7
1975	3,1	199,3
1980	3,8	317,9
1985	3,9	340,4
1990	4,1	449,1
1991	4,4	491,7
1992	4,6	520,8

Fontes: Contas Gerais do Estado e Estatísticas das Finanças Públicas (INE).

⁵⁵ Não é correcto falar do SNS antes da sua criação em 1976. Para efeitos financeiros, os gastos com a «saúde», mesmo antes de 1976, são referidos, por razões de simplificação, como sendo do SNS.

desde 1980, com uma baixa em 1985, andam à volta dos 53% das despesas correntes totais.

Nos demais gastos regista-se a tendência para a diminuição do peso relativo das despesas com medicamentos (perto de 19% em 1980 e 16,5% em 1992) e com outros serviços oriundos do sector privado (14,2% em 1985 e 9,9% em 1992). Sendo globalmente estes os valores das transferências para o sector privado, estas descem de 32,6% do total (1985) para 26,4% (1992). Os dispêndios com o consumo e outros encargos não sofrem oscilações muito marcadas, representando um mínimo de 19% do total (1990) e um máximo de 21,5% (1992) (quadro n. 9).

Despesas correntes do SNS

QUADRO N.º 9

Anos	Totais	Pessoal		Consumos e outros encargos		Transferências para o sector privado			
		Valor	% do total	Valor	% do total	Medicamentos		Outros serviços (a)	
						Valor	% do total	Valor	% do total
1980	43,9	23,4	53,2	9,2	21,0	8,3	18,9	3,0	6,8
1985	130,0	61,8	47,6	25,8	19,9	23,8	18,4	18,5	14,2
1990	345,1	182,8	52,9	65,5	19,0	61,3	17,8	35,6	10,3
1991	442,5	236,9	53,6	85,5	19,3	76,2	17,2	44,0	9,9
1992	525,6	273,7	52,1	113,2	21,5	86,8	16,5	52,0	9,9

(a) Meios complementares de diagnóstico, de terapêutica e outros serviços clínicos.

Fontes: Contas Gerais do Estado e DEPS.

Observadas as despesas correntes do SNS, de acordo com o tipo de serviço (quadro n. 10), salienta-se o peso das suportadas com os hospitais: aproximam-se dos 50% do total, com excepção do ano de 1985, em que não chegaram aos 42%. Quase equivalente é a importância das despesas com as administrações regionais de saúde (ARS), nas quais estão integrados os serviços de atendimento permanente⁵⁶.

⁵⁶ O número de Serviços de Atendimento Permanente evoluiu nos seguintes termos: 65 em 1985, 203 em 1990, 215 em 1991 e 227 em 1992 (fonte: DEPS).

Despesas correntes por tipo de serviço (a)

QUADRO N.º 10

Anos	Despesas totais	Serviços centrais com autonomia		ARS		Hospitais (b)		Psiquiatria (c)		Diversos (b)	
		Valor	% do total	Valor	% do total	Valor	% do total	Valor	% do total	Valor	% do total
		1980	43,9	0,6	1,4	20,9	47,7	22,1	50,2	-	-
1985	129,6	1,6	1,2	69,0	53,2	54,2	41,8	4,4	3,4	0,4	0,4
1990	318,0	5,6	1,8	148,3	46,6	151,6	47,7	9,8	3,1	2,7	0,8
1991	391,7	5,5	1,4	174,9	44,7	194,6	49,7	11,8	3,0	4,8	1,2
1992	459,2	7,3	1,6	209,2	45,6	228,7	49,8	10,8	2,4	3,1	0,7

(a) Valores das despesas em milhões de contos, a preços correntes.

(b) A partir de 1988 inclui o IPO.

(c) De 1985 a 1989 inclui também instituições particulares.

(d) Inclui outras instituições particulares.

Fontes: DCGSS e DEPS.

A importância relativa dos serviços centrais com autonomia e das despesas diversas é muito pequena. O peso da psiquiatria, em descida, também não é assinalável na perspectiva financeira. Conclui-se que são as administrações regionais de saúde e os hospitais que realizam a grande parte dos gastos: 94,3% do total (1990) e 95,4% (1992).

Importa sublinhar o rápido agravamento dos custos hospitalares, segundo os tipos de hospitais. O custo diário do internamento nos hospitais centrais sofre um agravamento de 118% entre 1983 e 1992 (quadro n.º 11) e de 126% nos hospitais distritais. O custo hospitalar suportado por doente tratado nos hospitais centrais eleva-se de 223 770\$ (1983) para 288 455\$ (1992) (+ 29%). E nos hospitais distritais sobe de 97 220\$ (1983) para 165 450\$ (1992) (+ 70%). Quer nos custos diários, quer nos respeitantes a cada doente tratado, o agravamento é mais sensível, sobretudo quanto aos últimos, nos hospitais distritais.

Custos hospitalares

(a preços de 1992)

QUADRO N.º 11

Anos	Custo diário de internamento		Custo por doente tratado	
	Hospitais Centrais	Hospitais Distritais	Hospitais Centrais	Hospitais Distritais
	1983	14 900\$	10 125\$	223 770\$
1985	15 400\$	10 180\$	211 690\$	88 585\$
1990	27 175\$	18 305\$	264 095\$	140 320\$
1992	32 580\$	22 915\$	288 455\$	165 450\$

Fontes: ICGIF e DEPS.

CD25A

III - Prestações e resultados

CDZ/A

CD25A

1 As prestações

Os recursos disponíveis nos anos considerados facultaram internamentos hospitalares cujo número oscilou de acordo com os tipos de hospitais e com os anos (quadro n. 12). O número total de dias de internamento nos hospitais centrais gerais desceu 15% entre 1975 e 1992 e aumentou 55% nos hospitais distritais e de nível 1. Quanto aos primeiros, o número médio anual de dias de internamento situou-se em redor dos 2,968 milhões de dias; e, quanto aos segundos, nos 2,553 milhões de dias.

Dias de internamento em hospitais
(x 1000)

QUADRO N.º 12

Tipo de hospital	1961	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992
Hospitais centrais gerais	(a) 2 689,1	2 840,9	2 864,3	3 326,1	3 183,5	2 995,1	2 956,7	2 885,7
Hospitais distritais e de nível 1	(b) 2 594,1	(c) 2 532,3	(d) 2 711,4	(d) 1 866,8	2 276,2	2 566,6	2 821,5	2 911,6
Hospitais especializados	n. d.	147,6	416,8	302,0	361,8	321,4	582,6	520,3
Saúde mental	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	(d) 1 348,3	890,9	1 155,0

(a) Engloba também alguns hospitais especializados.

(b) Refere-se aos hospitais regionais e sub-regionais. Dos últimos, parte deu lugar aos distritais e a maior parte aos concelhios.

(c) Inclui hospitais regionais e sub-regionais.

(d) Só hospitais distritais.

(e) Todos os internados e nos anos seguintes apenas os saídos.

Fonte: DEPS.

Os internamentos nos hospitais especializados têm variado sensivelmente, no período analisado, entre 1965 e 1992.

Correlacionadamente, ou não, verifica-se assim que desde 1975 se compreendem duas tendências de sentidos opostos: nos hospitais centrais gerais os dias de internamento baixam sempre, de 3,326 milhões de dias (1975) para 2,886 milhões (1992); nos hospitais distritais e de nível 1 elevam-se sempre, de 1,867 milhões de dias (1975) para 2,912 milhões de dias (1992) (quadro n. 12).

Em todo o caso, e como o número de hospitais variou significativamente (quadro n. 5), é indispensável analisar a evolução em referência a cada tipo de unidade hospitalar. O quadro n. 13 assinala uma forte tendência para a descida do número médio de dias de internamento em cada hospital. Nos hospitais centrais gerais verifica-se uma quase ininterrupta baixa desse valor, passando de 538 000 dias (1961) para 192 000 dias (1992); nos hospitais distritais e de nível 1 ocorre fenómeno idêntico, com a baixa quase constante dos 130 000 dias (1961) para os 77 000 dias (1992). O mesmo pode dizer-se para os hospitais especializados, entre 1970 e 1992.

A ocorrência da menor utilização média do tempo disponível de cada hospital central geral (quadro n. 13) evolui paralelamente com a diminuição

Dias de internamento por hospital (x 1000)			
QUADRO N.º 13			
Anos	Hospitais centrais gerais	Hospitais distritais e de nível 1	Hospitais especializados
1961	537,8	129,7	n.d.
1965	568,2	120,6	n.d.
1970	572,9	129,1	52,1
1975	369,6	49,1	30,2
1980	318,4	61,5	36,2
1985	272,3	69,4	21,4
1990	197,1	74,3	39,5
1992	192,3	76,6	37,2

Fonte: DEPS.

ção da capacidade média por hospital, expressa na relação camas/hospital (quadro n. 5). Já quanto aos hospitais distritais e de nível 1, diminui o número de dias de internamento por hospital (quadro n. 13) e aumenta o número de camas por hospital (quadro n. 5), o que indicia a disponibilidade crescente de equipamentos instalados.

É ainda possível determinar a evolução dos serviços prestados: as consultas, as urgências e os doentes internados e saídos (quadro n. 14).

A observação deste quadro revela que o número global de consultas e de internamentos (doentes tratados) aumenta sempre

nos hospitais centrais gerais e nos hospitais regionais/distritais. As consultas têm um ritmo de crescimento anual médio de 3,2% naqueles hospitais e de 8,5% nestes. O número de doentes saídos cresce 4,2% por ano nos hospitais centrais gerais e 4,8% nos hospitais regionais/distritais. Nos hospitais especializados o número de consultas cresce a um ritmo anual médio muito elevado, de 20,6%, embora com tendência para a desaceleração desde 1990.

Prestações por tipo de hospital
(x 1000)

QUADRO N.º 14

Prestações por tipo de hospital	1961	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Urgências hospitalares:									
Hospitais centrais gerais	238,4	301,6	320,3	785,6	1501,8	1500,8	1647,4	1681,6	1492,7
Hospitais especializados	n.d.	n.d.	17,8	25,9	32,9	45,5	83,9	106,3	102,2
Hospitais regionais/distritais	65,2	89,5	162,0	648,6	1898,7	2713,1	3619,2	3508,6	3013,5
Hospitais sub-regionais/concelhios	225,9	215,3	273,7	n.d.	(a) 916,6	-	-	-	-
Total	529,5	606,4	773,8	1460,1	4349,2	4259,4	5350,5	5296,5	4608,4
Consultas hospitalares:									
Hospitais centrais gerais	904,8	949,9	548,7	1052,0	1565,1	10902,5	2224,1	2274,6	2367,8
Hospitais especializados	n.d.	n.d.	(a) 68,5	141,2	206,0	163,6	559,0	572,1	607,9
Hospitais regionais/distritais	136,0	194,1	206,1	391,3	529,8	950,7	1469,1	1519,7	1682,1
Hospitais sub-regionais/concelhios	206,1	297,5	682,2	n.d.	(a) 427,7	-	-	-	-
Total	1246,9	1441,5	1505,5	1584,5	2728,6	3016,8	4252,2	4366,4	4657,8
Doentes tratados:									
Hospitais centrais gerais	103,2	107,7	115,6	166,5	192,5	221,2	286,5	289,6	295,8
Hospitais especializados	n.d.	n.d.	42,8	30,8	32,5	29,8	53,2	52,2	52,8
Hospitais regionais/distritais	59,5	65,6	82,8	164,9	176,3	254,9	320,0	329,2	353,4
Hospitais sub-regionais/concelhios	109,5	111,8	133,3	n.d.	(a) 48,7	-	-	-	-
Total	272,2	285,1	374,5	362,2	449,7	505,9	659,7	671,0	702,0

(a) 1981.

Fontes: DCH, Anuário Hospitalar; DGS, Hospitais Concelhios, 1981, e DEPS.

O número de urgências desce em 1992, relativamente a 1991, em todos os tipos de hospitais: 11% nos hospitais centrais gerais, 14% nos hospitais

regionais/distritais e 4% nos hospitais especializados. Aliás, o número de urgências vem baixando nos hospitais regionais/distritais desde 1990: menos 606 000 urgências, o que representa uma quebra de quase 17%. Esta tendência deve estar relacionada, por um lado, com o aumento do número e a maior utilização dos centros de saúde, dos postos médicos e dos serviços de atendimento permanente; por outro, com a aplicação da taxa moderadora, em 1991.

2 Os principais resultados obtidos

Houve desde 1960 uma significativa alteração nas políticas de saúde em Portugal. Aumentaram, de forma expressiva, os recursos humanos empregados, os equipamentos e as despesas. Porque a procura de serviços sanitários também cresceu, em termos assinaláveis, o número de consultas, de urgências e de internamentos subiu bastante.

Independentemente do juízo global que sobre as políticas possa formular-se em relação às três décadas observadas, a verdade é que os principais indicadores sanitários revelam resultados muito positivos (quadro n. 15).

Indicadores sanitários									
QUADRO N.º 15									
Indicadores	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992
Taxa de mortalidade infantil (a)	77,5	64,9	58,0	38,9	24,3	17,8	10,9	10,8	9,1
Taxa de mortalidade materna (b)	115,5	84,6	73,4	42,9	19,0	10,7	10,3	12,0	9,6
Partos sem assistência (b)	55,3	43,5	29,8	14,9	10,8	4,6	2,2	1,0	0,9
Taxa de mortalidade específica p/ tuberculose (b) (c)	41,6	27,4	16,4	8,6	5,3	3,3	2,4	2,4	1,9
Taxa de mort. por doenças infecciosas e parasitárias (b) (d)	16,7	14,9	10,4	(e)14,1	8,8	5,7	5,2	5,6	5,4

(a) Por 1000.

(b) Por 1000 000.

(c) Do aparelho respiratório.

(d) Não inclui a mortalidade por tuberculose e pela SIDA.

(e) Houve mudança de classificação, tendo sido incluídas mais doenças neste grupo.

Fontes: Elementos Estatísticos de Saúde (DEPS) e IV Plano de Fomento.

Todos os que nele são considerados demonstram o sentido satisfatório da evolução. De um modo geral, é depois de 1970 que os progressos se

acentuam. Não se trata de uma consequência exclusiva das políticas de saúde, sendo complexas as causas que estão em jogo. Tais políticas desempenham, porém e sem discussão, um papel decisivo na melhoria que se assinala.

Quanto ao importante indicador da mortalidade infantil, deve registrar-se a influência exercida pela evolução da percentagem de partos em estabelecimentos de saúde, os quais, na sua quase totalidade, aí têm lugar (97,3% em 1992) (quadro n. 16).

O problema da saúde, no futuro próximo, e no mais distante, será diverso: o de saber da possibilidade e da adequação de políticas alternativas e financeiramente menos exigentes que permitam melhorar as prestações de par com o rápido encarecimento dos cuidados de saúde, universalmente em curso.

Assistência nos partos

QUADRO N.º 16

Anos	Número total de Partos	Partos em estabelecimentos de saúde		Partos sem assistência qualificada
		Número	% do total	
1960	219 164	40 411	18,4	121 141
1965	214 824	56 107	26,1	93 378
1970	176 008	65 991	37,4	52 536
1975	181 818	111 092	61,1	27 111
1980	159 272	117 604	73,8	6 225
1985	130 915	111 566	85,2	6 196
1990	116 324	111 068	95,5	2 371
1991	116 292	112 202	96,5	1 161
1992	114 886	111 790	97,3	896

Fontes: INE, Estatísticas da Saúde e Anuário Demográfico, e DEPS.



CD25A



Títulos publicados

- 1 "Os Costumes em Portugal"
Maria Filomena Mónica

Próximos títulos

- 3 "O Envelhecimento da População Portuguesa"
Maria João Valente Rosa
- 4 "O Estado e a Segurança Social"
Henrique Medina Carreira
- 5 "Políticas Económicas, 1960/1995"
José da Silva Lopes
- 6 "A Demografia Portuguesa"
João Ferrão
- 7 "O Estado e a Educação"
Henrique Medina Carreira
- 8 "Portugal 1960/1995 : Indicadores Sociais"
António Barreto e Clara Valadas Preto

CD25A

CD25A

CD25A

CD25A



Como evoluiu a sociedade portuguesa nas últimas três décadas? É a esta pergunta que o projecto de investigação "A situação social em Portugal, 1960-1995", dirigido por António Barreto, no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, tenta dar algumas respostas. O Público, atento ao seu dever de informar e de contribuir para o debate aberto dos problemas nacionais, edita oito cadernos com parte dos resultados daqueles estudos.