

Universidade do Minho
Escola de Direito

Sabrine Willrich

Serviço Nacional de Saúde em Crise:
Propostas para uma Reforma de Saúde
Pública



Universidade do Minho
Escola de Direito

Sabrine Willrich

**Serviço Nacional de Saúde em Crise:
Propostas para uma Reforma de Saúde
Pública**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Direito Administrativo

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Isa Filipa António de Sousa

Setembro de 2022

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do Repositório da Universidade do Minho.



**Atribuição
CC BY**

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, pelo dom da vida.

Ao meu porto-seguro, meus amados pais, Jacinto e Mara, por todo o apoio e amor incondicional, que mesmo de longe, sempre se fizeram presentes.

Ao meu amor, meu companheiro de vida, Paulo, por todo o carinho e apoio diário, pelos conselhos e pelos sorrisos que me motivaram a persistir.

Aos meus segundos pais, meus queridos sogros, Rosa e António Carlos por todo o afeto, zelo e incentivo diário.

Aos meus adorados amigos por toda a força e compreensão quando a minha ausência se fez necessária.

À minha estimada orientadora, por todo o auxílio e dedicação.

Enfim, a todos que de alguma forma me apoiaram e confiaram no meu potencial para a concretização desse sonho.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

RESUMO

A saúde é um direito fundamental - integrante da categoria dos direitos sociais - assegurado a todos os cidadãos, insculpido no artigo 64.º, n.º 1, da Constituição da República Portuguesa. Sendo assim, incumbe ao Estado, como garantidor do bem-estar social, o dever de defender e promover o direito à saúde através de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Com intuito de garantir o direito à proteção da saúde, incumbe ao Estado, promover o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como, assegurar uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde. Nesse sentido, o Estado tem o dever de assegurar a prevenção da doença, a garantia da saúde e a assistência da doença, por meio de categorias de cuidados de saúde primários, diferenciados, continuados e paliativos. Contudo, na prática, o Estado Português não tem vindo a cumprir o seu dever legal, estando o serviço de saúde pública em Portugal enfrentando ao longo de alguns anos uma terrífica crise. A crise está associada à falta de capacidade humana e de material - número de profissionais insuficiente, escassez de material e falta de espaço físico adequado – decorrente dos cortes na despesa pública em saúde. Fatores estes que afetam a qualidade do serviço público de saúde. Doravante, na prossecução do interesse público, o maior desafio do Estado é investir em políticas públicas de saúde levando em consideração os recursos financeiros disponíveis de modo a prestar um serviço de saúde de qualidade e eficiência. Desse modo, o presente estudo pretende apresentar propostas de melhoria do Serviço Nacional de Saúde.

Palavras-chave: saúde – Estado – Serviço Nacional de Saúde – crise – propostas de melhoria

ABSTRACT

Health is a fundamental right – a part of the category of social rights – guaranteed to all citizens, enshrined in article 64, number 1, of the Constitution of the Portuguese Republic. Therefore, it is up to the State, as guarantor of social well-being, the duty to defend and promote the right to health through a universal, general and free-of-charge National Health Service. In order to guarantee the right to health protection, it is incumbent upon the State to promote access to all citizens, regardless of their economic condition, to preventive, curative and rehabilitation medicine, as well as to ensure rational and efficient coverage across the country in human resources and health facilities. In this case, the State has the duty to ensure disease prevention, health guarantee and disease care, through primary, differentiated, continuous and palliative health care categories. However, in practice, the Portuguese State has not been fulfilling its legal duty, with the public health service in Portugal, having faced a terrible crisis for some years. This crisis is associated with the lack of human and material capacity – insufficient number of professionals, shortage of material and lack of adequate physical space – resulting from cuts in public expenditure on health. These factors affect the quality of the public health service. Henceforth, in pursuit of the public interest, the State's greatest challenge is to invest in public health policies, considering the available financial resources in order to provide a quality and efficient health service. Thus, the present study aims to present proposals for improving the National Health Service.

Keywords: health – State – National health Service – crisis – improvement proposals

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I.....	11
1. O direito à proteção da saúde no âmbito internacional dos direitos humanos	11
2. O direito à proteção da saúde como direito humano e fundamental à luz da Constituição da República Portuguesa	22
3. O Estado como garante do bem-estar social: A concretização das políticas de saúde pública através do Serviço Nacional de Saúde (SNS)	33
CONCLUSÕES.....	42
CAPÍTULO II.....	44
1. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal – A sua origem e missão.....	44
2. As características fundamentais e os princípios norteadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	49
3. Os beneficiários e os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde	55
4. A prestação de cuidados de saúde: primários, diferenciados, continuados e paliativos	61
5. A organização, o funcionamento e o financiamento do Serviço Nacional de Saúde	67
CONCLUSÕES.....	74
CAPÍTULO III.....	76
0. Nota prévia	76
1. Os indicadores de saúde	77
2. Os fatores que contribuíram para a crise do Serviço Nacional de Saúde	85
2.1. A redução da despesa destinada ao Serviço Nacional de Saúde	89
2.1.1. Corte da despesa dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde – especialmente médicos e enfermeiros	93
2.1.2. A repercussão da retração dos encargos com medicamentos	102
2.1.3. A superlotação das urgências hospitalares	108
3. As propostas de melhoria do Serviço Nacional de Saúde	117
3.1. As políticas públicas de saúde a serem implementadas no âmbito de promoção da saúde e no combate às doenças crónicas	119
3.2. Investir em Saúde por meio da contratação e valorização dos Recursos Humanos que compõem o SNS	125
3.3. Inserção das Unidades de Pronto Atendimento no Serviço Nacional de Saúde a fim de aliviar as Urgências.....	129
CONCLUSÕES.....	136
CONCLUSÕES FINAIS.....	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

INTRODUÇÃO

O direito à proteção da saúde é um direito fundamental assegurado pela Carta Magna Portuguesa e acima de tudo é considerado um verdadeiro direito humano.

No plano internacional, veremos que o direito à proteção da saúde é reconhecido como direito humano em diversos tratados, declarações e convenções internacionais.

Já no plano interno o direito à proteção da saúde é um direito constitucional integrante da categoria dos direitos económicos, sociais e culturais - especialmente designados por direitos sociais.

A efetivação dos direitos sociais, neste caso, especialmente do direito à proteção da saúde é uma das tarefas fundamentais do Estado.

Desse modo, o Estado como garante do bem-estar social tem o dever de defender e promover o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos.

Aliás, para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado a garantia de acesso aos cuidados da medicina preventiva, curativa e reabilitação a todos os cidadãos.

Do mesmo modo, o Estado deve assegurar uma racional e eficiente cobertura em todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.

Além do mais, o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito.

De facto, na prossecução do interesse público, o Estado objetiva através do Serviço Nacional de Saúde garantir o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos mediante a prestação de um serviço público de qualidade e eficiência.

Todavia, ao longo de alguns anos o Estado não tem vindo a cumprir com o seu papel na área da saúde. O Serviço Nacional de Saúde apresenta inúmeras falhas, oriundas da retração das despesas públicas em saúde, que consequentemente influenciaram o desempenho e a qualidade do serviço prestado.

A retração das despesas públicas é fruto de uma das inúmeras medidas de contenção da crise económico-financeira que Portugal enfrentou a partir do ano de 2008.

As referidas medidas de contenção dos gastos públicos em saúde tinham por intuito

melhorar a eficiência e efetividade do Sistema Nacional de Saúde, através da utilização mais racional dos serviços prestados.

Entretanto as medidas de austeridade tiveram mais impacto negativo do que positivo. O escasso investimento em saúde ocasionou a degradação dos serviços públicos prestados através do Serviço Nacional de Saúde, gerando a insatisfação tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos utentes.

De um lado, os profissionais de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros sofreram com as reduções salariais e bloqueios nas progressões de carreira, resultando em profissionais desmotivados e outros tantos acabaram por emigrar para outros países em busca de melhores condições de trabalho.

De outro lado, estavam os utentes que cada vez mais necessitavam de cuidados de saúde e viram a capacidade de resposta e confiança no Serviço Nacional de Saúde diminuir.

Desse modo, veremos como a retração da despesa nos cuidados de saúde, especialmente a redução das despesas com pessoal e medicamentos, impactaram na qualidade dos serviços públicos de saúde prestados, em particular, na sobrelotação das urgências hospitalares, fatores esses que contribuíram para o surgimento da crise do Serviço Nacional de Saúde.

Por isso, o presente estudo tem por intuito estabelecer propostas de melhoria do sistema público de saúde português, a fim de contribuir para a sustentabilidade e melhor desempenho dos serviços prestados pelo SNS, através do investimento em políticas públicas no âmbito de promoção da saúde e prevenção das doenças crónicas; do investimento nos recursos humanos que compõem o SNS, por meio da contratação e valorização dos profissionais de saúde e da reestruturação organizacional do SNS, particularmente pela inserção de uma unidade de saúde intermediária, que funcione como elo de ligação entre os cuidados primários e secundários, a fim de desafogar as urgências hospitalares.

Para tanto, a tripartição da presente dissertação consiste num primeiro capítulo que se destina ao enquadramento jurídico constitucional e internacional do direito à proteção da saúde e o papel do Estado como garantidor do bem-estar social. Num primeiro momento, iremos abordar o direito à proteção da saúde no âmbito internacional dos direitos humanos. Num segundo momento, nos ateremos à proteção do direito à saúde sob a ótica de direito fundamental, à luz dos preceitos constitucionais da Carta Magna Portuguesa. Por conseguinte, iremos elucidar o papel desempenhado pelo Estado como garante do bem-estar social por

meio da concretização das políticas de saúde através do Serviço Nacional de Saúde.

O segundo capítulo é destinado à estrutura e organização do Serviço Nacional de Saúde. Abordaremos pormenorizadamente: a origem e missão do SNS, as suas características fundamentais e os seus princípios norteadores, os beneficiários e os profissionais de saúde que compõem o SNS, a prestação dos cuidados de saúde realizados no SNS, e por fim, a organização, funcionamento e financiamento do SNS.

No capítulo final, nos deteremos ao retrato da saúde pública portuguesa. De pronto, iremos avaliar os indicadores de saúde que precisam ser melhorados, para que se possa, num momento posterior, sugerir a implementação de políticas públicas de saúde que primem pela promoção da saúde e prevenção da doença. Posteriormente, abordaremos os fatores que contribuíram para a crise do SNS, dos quais destaca-se: a redução da despesa dos cuidados de saúde, especialmente o corte das despesas com recursos humanos e medicamentos do SNS e a superlotação das urgências hospitalares. Por fim, traremos propostas de melhoria do SNS, a fim de promover a qualidade e eficiência da prestação dos serviços públicos de saúde.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL DO DIREITO À PROTEÇÃO DA SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO

1. O direito à proteção da saúde no âmbito internacional dos direitos humanos

O direito à proteção da saúde antes de ser um direito fundamental assegurado pelo ordenamento jurídico de cada Estado é um direito humano reconhecido internacionalmente através de diversos tratados, pactos e convenções internacionais de direitos humanos.

Nesse sentido, pertinente recorrer ao posicionamento de Víctor de Currea-Lugo: *“La salud está, de manera explícita e indiscutible en el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, con un lugar específico propio y un reconocimiento jurídico suficiente para poder decir que no es una falacia hablar del derecho a la salud.”*¹

De pronto, insta referir que estamos diante de dois planos jurídicos distintos: o plano interno e o plano internacional. Nesse momento, nos ateremos a explorar o plano internacional, sendo que o plano interno será aprofundado mais a frente.

Desse modo, existem documentos internacionais que consagram um direito universal à saúde e outros documentos que se referem especificamente ao direito à saúde de determinados grupos sociais, os quais pela sua vulnerabilidade ou pelas circunstâncias específicas em que se encontram, necessitam de um determinado tratamento, como é o caso das crianças, mulheres, trabalhadores ou pessoas com deficiência.²

No plano internacional, o direito à saúde, foi reconhecido, pela primeira vez em 1946, na Constituição da Organização Mundial de Saúde³, doravante OMS, cujo preâmbulo veio a definir saúde como: *“estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.”*

Ainda, segundo a OMS: *“Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de*

¹ CURREA-LUGO, Víctor de, – *La Salud como Derecho Humano. 15 Requisitos y una mirada a las Reformas*. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n.º 32. Universidad de Deusto: Instituto de Derechos Humanos, 2005, p. 45.

² FRUTUOSO, Miriam Vieira da Rocha - *O direito à informação e o dever de informar em contextos de saúde*. [em linha]. Braga: Escola de Direito da Universidade do Minho, 2012, p. 45 e 51. Dissertação de Mestrado em Direito Judiciário. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/20657>>.

³ Foi ratificada, por Portugal, a 22 de julho de 1946; e aprovada pelo Decreto-Lei n.º 36406, de 10 de julho de 1947. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf>.

credo político, de condição económica ou social.”⁴

Por conseguinte, em 1948, o direito à saúde foi incluído no catálogo de direitos fundamentais proclamados pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)⁵ no artigo 25.º, n.º 1, ao dispor que: *“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, vestuário, ao alojamento e à assistência médica (...).”* (grifamos)

Do mesmo modo, o artigo 22.º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos assegura a proteção aos direitos económicos, sociais e culturais, a qual o direito à saúde é integrante, vejamos: *“Toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, (...).”* (grifamos)

Cabe frisar que a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi um marco na história dos direitos humanos, visto que pela primeira vez os direitos humanos foram reconhecidos em um instrumento de proteção de abrangência universal.

Nesse sentido, sustenta FLAVIA PIOVESAN: *“(...) a Declaração de 1948 introduz extraordinária inovação ao conter uma linguagem de direitos até então inédita.”⁶*

Da mesma forma, é pertinente referir o posicionamento preconizado por NORBERTO BOBBIO: *“A Declaração (...) começa pela universalidade abstrata dos direitos naturais, transfigura-se na particularidade concreta dos direitos positivos, e termina na universalidade, não mais abstrata, mas também ela concreta, dos direitos positivos universais.”⁷*

Outro instrumento normativo internacional que merece destaque é a Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial⁸, de 1965, que no artigo 5.º, alínea e), inciso IV)⁹, assegura o direito à saúde e aos cuidados médicos.

Ainda, importante mencionar que os direitos humanos receberam incontestemente reconhecimento em dois pactos internacionais celebrados no âmbito da ONU em 1966: o

⁴ Foi ratificada, por Portugal, a 22 de julho de 1946; e aprovada pelo Decreto-Lei n.º 36406, de 10 de julho de 1947. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf>.

⁵ Adotada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217A (III), de 10 de dezembro de 1948 e publicada, em Portugal, no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de março de 1978, mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <<https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>>.

⁶ PIOVESAN, Flávia - *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7.ª edição. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 103.

⁷ BOBBIO, Norberto - *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 30.

⁸ Vigência em Portugal, a 23 de setembro de 1982; e aprovada pela Lei n.º 7/82, de 29 de abril de 1982. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/prev_discriminacao_convencao_internacional_elim_fformas_disc_racial.pdf>.

⁹ “De acordo com as obrigações fundamentais enunciadas no artigo 2.º da presente Convenção, os Estados Partes obrigam-se a proibir e a eliminar a discriminação racial, sob todas as suas formas, e a garantir o direito de cada um à igualdade perante a lei sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica, nomeadamente no gozo dos seguintes direitos: e) Direitos económicos, sociais e culturais, nomeadamente: iv) Direito à saúde, aos cuidados médicos, à segurança social e aos serviços sociais.”

Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

No Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos (PIDCP)¹⁰ a participação do direito à saúde é muito tímida, tendo em vista que não foi expressamente previsto. Todavia, pode ser indiretamente associado ao direito à vida e à integridade humana, referindo-se à proibição da tortura e à proibição do uso da pessoa em experimentos médicos ou científicos sem o livre consentimento.

Já no Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC)¹¹, o direito à proteção da saúde foi reconhecido como direito humano no artigo 12.º, inciso I¹².

Desse modo, a fim de assegurar a plena efetividade do direito à saúde, o inciso II, do artigo 12.º, do PIDESC, estabelece as medidas necessárias que os Estados-Signatários do referido pacto devem adotar, quais sejam: a diminuição das taxas de mortalidade e de mortalidade infantil; a promoção do desenvolvimento das crianças; o melhoramento em todos os aspetos da higiene do trabalho e do meio ambiente; a prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras e a criação de condições que assegurem a todos a assistência médica e serviços médicos em caso de doença.

Cabe ressaltar que no PIDCP os Estados Partes do referido pacto se comprometem a respeitar e garantir o rol de direitos ali elencados, enquanto que no PIDESC os Estados signatários do respetivo pacto se comprometem a adotar medidas técnicas e econômicas para, progressivamente, garantir a efetividade dos direitos por ele reconhecidos.

Ademais, no tocante especificamente às mulheres, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres¹³, de 1979, no artigo 12.º, n.º 1, dispõe sobre medidas apropriadas que eliminem a discriminação contra as mulheres no domínio dos cuidados de saúde, a fim de assegurar com base na igualdade de direitos entre homens e mulheres o acesso aos serviços médicos, inclusive os relativos ao planeamento da família.

¹⁰ Foi assinada, por Portugal, a 07 de outubro de 1976; e aprovada pela Lei n.º 29/78, de 12 de junho de 1978. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pacto_internacional_sobre_os_direitos_civis_e_politicos.pdf>.

¹¹ Foi assinada, por Portugal, a 07 de outubro de 1976; e aprovada pela Lei n.º 45/78, de 11 de julho de 1978. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pacto_internacional_sobre_os_direitos_economicos.pdf>.

¹² “Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir.”

¹³ Foi assinada, por Portugal, a 24 de abril de 1980; e aprovada pela Lei n.º 23/80, de 26 de julho de 1980. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_eliminacao_todas_formas_discriminacao_contra_mulheres.pdf>.

Outrossim, cabe mencionar a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes¹⁴, de 1984, que muito embora não contemple expressamente o direito à saúde, está indiretamente ligado a ela, tendo em vista que a tortura, de acordo com o artigo 1.º, n.º 1¹⁵, da referida Convenção, está atrelada à violação da saúde física ou mental de alguém.

Já no que diz respeito particularmente às crianças, cumpre referir que a Convenção sobre os Direitos da Criança¹⁶, de 1989, reconhece o direito à saúde no artigo 24.º, n.º 1, que assim dispõe: *“Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reeducação (...).”*

Igualmente, a Convenção Internacional sobre a proteção dos direitos de todos os trabalhadores migratórios e de seus familiares¹⁷, de 1990, dispõe sobre o direito à saúde nos artigos 28.º, 43.º, alínea e) e 45.º, alínea c).

O artigo 28.º, da referida Convenção assegura aos trabalhadores migrantes e aos membros de suas famílias o acesso aos cuidados médicos urgentes que se fizerem necessários para preservar a vida e evitar danos irreparáveis à saúde. Ressalta, ainda, que os cuidados médicos urgentes não podem ser negados em virtude de irregularidade de permanência ou de emprego.

Já o artigo 43.º, alínea e), da aludida Convenção garante o acesso aos serviços de saúde aos trabalhadores migrantes em igualdade ao que é conferido aos nacionais do Estado. Contudo, ressalva que devem ser observados os requisitos do direito de beneficiar dos diversos programas.

Do mesmo modo, o artigo 45.º, alínea c), da Convenção supra mencionada assevera aos trabalhadores migrantes em pé de igualdade com os nacionais o direito de acesso aos serviços de saúde, desde que se encontrem satisfeitas as condições previstas para o benefício dos

¹⁴ Foi assinada, por Portugal, a 04 de fevereiro de 1985; e aprovada pela Lei n.º 11/88, de 21 de maio de 1988. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_contra_tortura_e_outras_penas_ou_tratamentos_crueis.pdf>.

¹⁵ “Para os fins da presente Convenção, o termo «tortura» significa qualquer acto por meio do qual uma dor ou sofrimentos agudos, físicos ou mentais, são intencionalmente causados a uma pessoa com os fins de, nomeadamente, obter dela ou de uma terceira pessoa informações ou confissões, a punir por um acto que ela ou uma terceira pessoa cometeu ou se suspeita que tenha cometido, intimidar ou pressionar essa ou uma terceira pessoa, ou por qualquer outro motivo baseado numa forma de discriminação, desde que essa dor ou esses sofrimentos sejam infligidos por um agente público ou qualquer outra pessoa agindo a título oficial, a sua instigação ou com o seu consentimento expresso ou tácito. Este termo não compreende a dor ou os sofrimentos resultantes unicamente de sanções legítimas, inerentes a essas sanções ou por elas ocasionados.”

¹⁶ Foi assinada, por Portugal, a 26 de janeiro de 1990; e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de setembro de 1990. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_sobre_direitos_da_crianca.pdf>.

¹⁷ Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua resolução n.º 45/158, de 18 de dezembro de 1990. [Consult. 20 de out. 2021]. Disponível em: <<https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencaomigrantes.pdf>>.

diversos programas.

Além disso, impende mencionar a Declaração e Programa de Ação de Viena¹⁸, de 1993, a qual estabelece no artigo 18.º que devem ser implementadas medidas que promovam a maternidade segura e os cuidados de saúde. Do mesmo modo, o artigo 24.º do referido pacto, disciplina que os Estados devem adotar medidas adequadas no domínio da saúde a fim de promover e proteger os direitos das pessoas pertencentes a setores vulneráveis das suas populações. Ainda, o artigo 41.º, da referida Convenção, reconhece a importância das mulheres gozarem do melhor estado de saúde física e mental possíveis.

Importa referir também que a Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência¹⁹, de 2006, no artigo 25.º²⁰ garante a proteção do direito à saúde.

Ademais, insta salientar que além do sistema universal de proteção de direitos humanos, há sistemas regionais, de abrangência continental, os quais se destacam os sistemas europeu, americano e africano.

Entretanto, no que toca especificamente ao direito europeu, as duas principais organizações são o Conselho da Europa e a União Europeia.

O Conselho da Europa, atualmente constituído pelos chefes de Estado ou de Governo dos vinte e sete Estados-Membros da UE²¹, incluindo Portugal, define as orientações e prioridades políticas gerais da UE, com o objetivo de *“realizar uma união mais estreita entre os seus Membros, a fim de salvaguardar e de promover os ideais e os princípios que são o seu património comum e de favorecer o seu progresso económico e social”*, segundo os termos ínsitos no artigo 1.º, alínea a), do Estatuto do Conselho da Europa.

¹⁸ Vigência em Portugal, a 7 de março de 2004; e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 67/2003, de 07 de agosto de 2003. [Consult. 20 de out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracao_e_programa_acao_viena.pdf>.

¹⁹ Foi assinada, por Portugal, a 30 de março de 2007; e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, de 30 de julho de 2009. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf>.

²⁰ “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do melhor estado de saúde possível sem discriminação com base na deficiência. Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para garantir o acesso às pessoas com deficiência aos serviços de saúde que tenham em conta as especificidades do género, incluindo a reabilitação relacionada com a saúde. Os Estados Partes devem, nomeadamente: a) Providenciar às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos ou a preços acessíveis iguais aos prestados às demais, incluindo na área da saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde pública dirigidos à população em geral; b) Providenciar os serviços de saúde necessários às pessoas com deficiência, especialmente devido à sua deficiência, incluindo a deteção e intervenção atempada, sempre que apropriado, e os serviços destinados a minimizar e prevenir outras deficiências, incluindo entre crianças e idosos; c) Providenciar os referidos cuidados de saúde tão próximo quanto possível das suas comunidades, incluindo nas áreas rurais; d) Exigir aos profissionais de saúde a prestação de cuidados às pessoas com deficiência com a mesma qualidade dos dispensados às demais, com base no consentimento livre e informado, inter alia, da sensibilização para os direitos humanos, dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com deficiência através da formação e promulgação de normas deontológicas para o sector público e privado da saúde; e) Proibir a discriminação contra pessoas com deficiência na obtenção de seguros de saúde e seguros de vida, sempre que esses seguros sejam permitidos pelo Direito interno, os quais devem ser disponibilizados de forma justa e razoável; f) Prevenir a recusa discriminatória de cuidados ou serviços de saúde ou alimentação e líquidos, com base na deficiência.”

²¹ CONSELHO EUROPEU. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <<https://www.consilium.europa.eu/pt/european-council/>>.

Desse modo, os membros do Conselho da Europa, de acordo com o artigo 3.º, do Estatuto do Conselho da Europa: *“reconhecem o princípio do primado do Direito e o princípio em virtude do qual qualquer pessoa colocada sob a sua jurisdição deve gozar dos direitos do homem e das liberdades fundamentais, (...)”*.

Nesse sentido, a fim de concretizar os direitos do Homem, o Conselho da Europa confeccionou a Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e das Liberdades Fundamentais, nomeadamente conhecida por Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH).

A CEDH assegura o reconhecimento e a proteção aos chamados direitos civis e políticos, não fazendo nenhuma previsão expressa ao direito à proteção da saúde.

Entretanto, o direito à proteção da saúde é consagrado em um outro importante documento elaborado pelo Conselho da Europa: a Carta Social Europeia de 1961 e Revista em 1996²². Esta Carta tem por intuito contemplar os direitos económicos, sociais e culturais que não foram assegurados na CEDH.

Especialmente no que diz respeito ao direito à saúde, a Carta Social Europeia Revista, contempla o referido direito no artigo 11.º²³.

Igualmente, outro instrumento normativo elaborado pelo Conselho da Europa que merece destaque é o Tratado da União Europeia²⁴, assinado em Maastricht em 1992, que reconheceu pela primeira vez a saúde pública como parte da política europeia, atribuindo-lhe um título específico.²⁵

Nesse sentido, o artigo 129.º, n.º 1, do Tratado da União Europeia estabelece que a Comunidade Europeia contribuirá para garantir um elevado nível de proteção da saúde humana, incentivando e apoiando a cooperação entre os Estados-membros signatários do respetivo tratado.

Dentre as políticas de saúde incentivadas pela Comunidade Europeia destacam-se a

²² Foi assinada, por Portugal, em 3 de maio de 1996; aprovada para ratificação pela Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001, de 17 de outubro; e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 54-A/2001, de 17 de outubro. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf>.

²³ “Com vista a assegurar o exercício efectivo do direito à protecção da saúde, as Partes comprometem-se a tomar, quer directamente, quer em cooperação com as organizações públicas e privadas, medidas apropriadas tendentes, nomeadamente: 1) A eliminar, na medida do possível, as causas de uma saúde deficiente; 2) A estabelecer serviços de consulta e de educação no que respeita à melhoria da saúde e ao desenvolvimento do sentido da responsabilidade individual em matéria de saúde; 3) A prevenir, na medida do possível, as doenças epidémicas, endémicas e outras, assim como os acidentes.”

²⁴ TRATADO DA UNIÃO EUROPEIA. [Consult. 17 dez. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>>.

²⁵ JARDIM, Sara Vera (coord.); GRILO, Diana - A União Europeia e as políticas de saúde em Portugal. In CAMPOS, António Correio de; SIMÕES, Jorge (coord.), *40 anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina, 2014, p. 324.

prevenção de doenças, especialmente a toxicodependência e o estímulo e apoio à investigação, informação e educação sanitária.

De igual modo, o Conselho da Europa tem desempenhado um papel importante no que se refere especificamente com a área da saúde e da biomedicina, elaborando resoluções, recomendações e convenções que assegurem os direitos dos doentes frente a questões de genética, transfusões de sangue e doações de órgãos, dentre outros.

Nesse sentido, é pertinente mencionar a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina (Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina)²⁶, adotada e aberta à assinatura dos Estados-Membros do Conselho da Europa em Oviedo, a 4 de abril de 1997, que estabelece no artigo 3.^o²⁷ o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Ainda, é de salutar a extrema importância que a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina confere à proteção do consentimento, ínsito no artigo 5.^o. Ou seja, o paciente deve receber previamente toda a informação pertinente quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

Do mesmo modo, a referida Convenção estabelece que qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pelo paciente o seu consentimento livre e esclarecido.

Também o artigo 10.^o, da aludida Convenção salvaguarda o respeito à vida privada no que tange às informações relacionadas com a saúde do paciente.

Outrossim, cabe referir o Tratado de Amesterdão²⁸, assinado em 02 de outubro de 1997, que altera o Tratado da União Europeia, os Tratados que instituem as Comunidades Europeias e alguns atos relativos a esses Tratados.

Desse modo, o Tratado de Amesterdão passou a ampliar as competências legislativas da Comunidade Europeia, no sentido que determinou no artigo 129.^o, n.^o 4, medidas que estabeleçam normas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue, assim como também medidas nos domínios veterinário e fitossanitário. Estabelece ainda, ações de incentivo que protejam e melhorem a saúde

²⁶ Foi assinada, por Portugal, a 04 de abril de 1997; e aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 03 de janeiro de 2001. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf>

²⁷ “As Partes tomam, tendo em conta as necessidades de saúde e os recursos disponíveis, as medidas adequadas com vista a assegurar, sob a sua jurisdição, um acesso equitativo aos cuidados de saúde de qualidade apropriada.”

²⁸ TRATADO DE AMESTERDÃO. [Consult. 17 dez. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:11997D/TXT>>.

humana. Por fim, acrescenta o artigo 129.º, n.º 5, do referido Tratado que a ação da Comunidade Europeia no domínio da saúde pública deverá respeitar integralmente as competências dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos.

Igualmente, importa referir outro instrumento de relevo na comunidade europeia em matéria de saúde: a Diretiva 2011/24/EU²⁹ do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, que versa relativamente ao direito de acesso dos doentes aos cuidados de saúde transfronteiriços.

A referida Diretiva tem por objetivo estabelecer normas de acesso para a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade, bem como promover a cooperação entre os diferentes Estados-Membros, definindo as situações em que um doente recebe cuidados de saúde num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação.

Desse modo, de acordo com o disposto no artigo 3.º, alínea e), da Diretiva 2011/24/EU, os cuidados de saúde transfronteiriços são considerados *“os cuidados de saúde prestados ou prescritos num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação.”*

No que se refere precisamente ao âmbito de aplicação, a presente Diretiva aplica-se aos cuidados de saúde públicos e privados, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados. Incluem-se nos cuidados de saúde a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos. Por sua vez, restam-se excluídos os cuidados continuados, a atribuição e acesso à transplantação de órgãos e os programas de vacinação pública obrigatórios contra doenças infecciosas.

Ainda, a Diretiva estabelece as obrigações do Estado-Membro de tratamento e do Estado-Membro de afiliação, bem como as condições em que os custos com a prestação dos cuidados de saúde transfronteiriços podem ser reembolsados, assim como também os cuidados de saúde que podem ser sujeitos a obtenção de uma autorização prévia.

Além disso, a União Europeia contribui extremamente para a promoção e proteção dos direitos humanos, razão pela qual, dois documentos merecem destaque: a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e o Tratado de Funcionamento da União Europeia.

A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia³⁰ fundamenta-se nos valores

²⁹ DIRETIVA 2011/24/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. [Consult. 17 dez. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=pt>>.

³⁰ CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>>.

primordiais da dignidade da pessoa humana, da liberdade, da igualdade e da solidariedade a fim de resguardar a proteção dos direitos humanos e fundamentais.

Desse modo, no que tange particularmente ao direito à proteção da saúde, o artigo 35.^o, integrante do capítulo IV que versa sobre a solidariedade, assim dispõe: *“Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. (...)”*

Igualmente, o Tratado de Funcionamento da União Europeia (TFUE)³¹ tem por intuito assegurar o progresso econômico e social dos seus Estados e melhorar constantemente as condições de vida e de trabalho dos seus povos.

Dessa forma, no que toca especialmente ao direito à saúde, merece destaque o artigo 168.^o³², do TFUE que consagra expressamente a proteção da saúde pública.

Nesse sentido, o TFUE dispõe que a União Europeia irá complementar as políticas nacionais em matéria de saúde, especialmente no que se refere à melhoria da saúde e prevenção da doença, incentivando a investigação sobre as respetivas causas, formas de transmissão e prevenção, assim como também a informação, educação sanitária e vigilância das ameaças graves à saúde nas regiões transfronteiriças.

³¹ TRATADO DE FUNCIONAMENTO DA UNIÃO EUROPEIA. [Consult. 02 nov. 2021]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF>.

³² “1. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde. A ação da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afeções humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta ação abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respetivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária 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 ação da União será complementar da ação empreendida pelos Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção. 2. A União incentivará a cooperação entre os Estados-Membros nos domínios a que se refere o presente artigo, apoiando, se necessário, a sua ação. Em especial, incentiva a cooperação entre os Estados-Membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças. Os Estados-Membros coordenarão entre si, em articulação com a Comissão, as suas políticas e programas nos domínios a que se refere o n.º 1. A Comissão, em estreito contacto com os Estados-Membros, pode tomar todas as iniciativas adequadas para promover essa coordenação, nomeadamente iniciativas para definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio das melhores práticas e preparar os elementos necessários à vigilância e à avaliação periódicas. O Parlamento Europeu é plenamente informado. 3. A União e os Estados-Membros fomentarão a cooperação com os países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública. 4. Em derrogação do n.º 5 do artigo 2.º e da alínea a) do artigo 6.º, e nos termos da alínea k) do n.º 2 do artigo 4.º, o Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário e após consulta ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões, contribuirão para a realização dos objetivos a que se refere o presente artigo, adotando, a fim de enfrentar os desafios comuns em matéria de segurança: a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas; b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública; c) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico. 5. O Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário, e após consulta ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões, também podem adotar medidas de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, e nomeadamente a lutar contra os grandes flagelos transfronteiriços, medidas relativas à vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objetivo direto a proteção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo, com exclusão da harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros. 6. O Conselho, sob proposta da Comissão, pode igualmente adotar recomendações para os fins enunciados no presente artigo. 7. A ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. As responsabilidades dos Estados-Membros incluem a gestão dos serviços de saúde e de cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhes são afetados. As medidas a que se refere a alínea a) do n.º 4 não prejudicam as disposições nacionais sobre doação de órgãos e de sangue ou utilização dos mesmos para fins médicos.”

Ainda, passou a ampliar a competência legislativa da União Europeia em matéria de saúde pública, particularmente no tocante a medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico, conforme disposto no artigo 168.º, n.º 4, alínea c), do TFUE.

Assim sendo, a União Europeia, segundo os doutrinadores JOSÉ MARTINS e PAULA MAIA FERNANDES: “(...) *tem desenvolvido uma atividade integrada, tendo em vista coordenar as políticas dos sectores relacionados com a saúde, designadamente o desenvolvimento de um sistema de informação global destinado a permitir o acesso a informações fiáveis e atualizadas sobre importantes temas de saúde em toda a UE (...).*”³³

Ainda, de acordo com J. J. GOMES CANOTILHO³⁴, a União Europeia considera o direito à prevenção, proteção e cuidados em matéria de saúde como um direito de solidariedade, exigindo, desse modo, por parte dos Estados-Membros e da União, políticas públicas que contribuam para o alcance do mais elevado nível de saúde possível para todos os povos.

Do mesmo modo, na América a defesa dos direitos humanos assenta na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem³⁵, de 1948, na Convenção Americana de Direitos Humanos³⁶, de 1969 e no seu Protocolo Adicional³⁷, de 1988.

A Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, no artigo 11.º³⁸, reconhece expressamente o direito à preservação da saúde e ao bem-estar.

Já a Convenção Americana de Direitos Humanos, não prevê expressamente o direito à saúde. Contudo, está subentendido no artigo 5.º, inciso I, o qual dispõe: “*Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.*”

Entretanto, no que diz respeito ao direito à saúde, o artigo 10.º, inciso I, do Protocolo Adicional da Convenção Americana de Direitos Humanos, prevê especificamente que: “*Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico,*

³³ NUNES, José Martins; FERNANDES, Paula Maia - *Resgate da dignidade – A Declaração Universal dos Direitos Humanos e os 40 anos do SNS*. Coimbra: Minerva Coimbra, 2019, p. 101.

³⁴ Segundo J. J. Gomes Canotilho: “O direito de acesso à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos é agora considerado na União Europeia como um direito de solidariedade (cfr. CDFUE, art. II-95) que exige, no âmbito das políticas públicas (dos Estados e da União), a promoção de um elevado nível de protecção da saúde humana. Trata-se de um direito estruturalmente dependente dos recursos financeiros, mas impeditivo de uma liberdade de conformação política neutralizadora dos níveis de protecção já alcançados (cfr. AcTC nº 330/89).” – CANOTILHO, J. J. Gomes; MOREIRA, Vital - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4.ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 831.

³⁵ DECLARAÇÃO AMERICANA DOS DIREITOS E DEVERES DO HOMEM. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>>.

³⁶ CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>.

³⁷ PROTOCOLO ADICIONAL DA CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo_de_san_salvador.htm>.

³⁸ “Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade.”

mental e social.

Ainda, o artigo 10.º, inciso II, do Protocolo Adicional, estabelece as medidas necessárias que os Estados-Membros devem implementar para tornar efetivo o direito à saúde. Dentre as medidas destacam-se: atendimento primário de saúde; extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado; total imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza; educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde e satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis.

Da mesma forma, em África a promoção e proteção dos direitos humanos consubstancia-se na União Africana, instituída em 2002, que substituiu a Organização da Unidade Africana, por meio da qual foi implementada a Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos (CADHP)³⁹, em vigor desde 1986.

Nesse sentido, especialmente no que tange ao direito à saúde, o artigo 16.º, da CADHP, assim dispõe: *“Toda a pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir.”*

Sobretudo, é esse o objetivo primordial da OMS: alcançar o nível de saúde física e mental mais elevado possível para todos os povos. No entanto, para alcançar esse fim, os governos de cada país devem ser responsáveis pela instituição de medidas sanitárias e sociais adequadas que garantam a efetividade do direito à saúde.

Desse modo, conforme as diretrizes da OMS, *“A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados.”*

Assim sendo, vislumbra-se diante dos diversos tratados, pactos e convenções internacionais de direitos humanos a obrigatoriedade dos Estados signatários aos respetivos acordos na implementação de políticas públicas que visem assegurar o direito à proteção da saúde.

Nesse sentido, a Constituição da República Portuguesa, no artigo 16.º, n.º 2, estabelece que: *“Os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem.”*

³⁹ CARTA AFRICANA DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.saflii.org/ao/legis/num_act/cadddhedp396.pdf>.

Outrossim, depreende-se a partir dos instrumentos internacionais suscitados que a saúde é um direito transversal e amplamente vigente, composto por um sistema universal de proteção de direitos humanos e por sistemas regionais, de amplitude continental, os quais se destacam os sistemas europeu, americano e africano.

Não obstante, diante dos diversos instrumentos internacionais e regionais apresentados, cada um com a sua particularidade e importância, mas, em suma, todos de uma maneira mais ou menos específica primam pelo mesmo objetivo, qual seja, proteger e assegurar o mais alto nível de saúde possível a todos os povos e nações.

2. O direito à proteção da saúde como direito humano e fundamental à luz da Constituição da República Portuguesa

O direito à proteção da saúde é um direito constitucionalmente assegurado nos termos ínsitos no artigo 64.º, da Constituição da República Portuguesa, o qual é reconhecido a todos os cidadãos.

Insta enaltecer que a redação original do artigo 64.º, da CRP sofreu três alterações: a primeira em 1982, a segunda em 1989 e a terceira em 1997, vejamos.

A primeira revisão constitucional ocorreu em 1982, a qual contemplou a segunda versão do artigo 64.º, da CRP. Em relação à redação original, a Lei n.º 1/82, de 30 de setembro, no seu artigo 54.º, aditou um n.º 4, com a seguinte redação: *“O Serviço Nacional de Saúde tem gestão descentralizada e participada”*.

Posteriormente, com a segunda revisão constitucional e segunda revisão do artigo 64.º, da CRP realizaram-se alterações mais complexas relativamente à redação inicial. A Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de julho, em seu artigo 36.º, afastou o princípio da gratuidade disposto no artigo 64.º, n.º 2, e da finalidade a atingir, ínsito no artigo 64.º, n.º 3, alínea c).

Por conseguinte, com a quarta revisão constitucional que ocorreu em 1997 houve a última alteração do artigo 64.º, da CRP. Com a publicação da Lei n.º 1/97, de 20 de setembro, foram feitas alterações nos n.ºs 2 e 3.

Na alínea b), do n.º 2, do artigo 64.º da Constituição, é aditada a expressão *“e ambientais”* entre *“culturais”* e *“que garantam”*, a expressão *“designadamente”* entre *“garantam”* e *“a proteção”* e, *in fine*, a expressão *“e de práticas de vida saudável”*. Já na alínea

b), do n.º 3, é eliminada a expressão “*médica e hospitalar*” e aditada, *in fine*, a expressão “*em recursos humanos e unidades de saúde*”. Ainda, na alínea d), do n.º 3, a expressão “*controlar*” é substituída por “*fiscalizar*”, sendo aditada, *in fine*, a expressão “*por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade*”. Além disso, na alínea e), do n.º 3, é aditada a expressão “*a distribuição*” entre “*a produção*” e “*a comercialização*”. Por fim, no n.º 3 é aditada uma nova alínea f), com a seguinte redação: “*Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.*”

Sobretudo a saúde é um direito constitucional integrante da categoria dos direitos económicos, sociais e culturais - especialmente designados por direitos sociais.

Partindo deste pressuposto, importa primordialmente analisar no ordenamento jurídico português o enquadramento constitucional e dogmático dos direitos sociais enquanto direitos propriamente humanos e posteriormente proceder a um estudo mais aprofundado sobre o direito à proteção da saúde e sobre o papel desempenhado pelo Estado enquanto garantidor do bem-estar social.

De pronto cabe tecermos algumas breves considerações sobre o que conceituamos de direitos humanos e direitos fundamentais - especificamente direitos de liberdade e direitos sociais. As expressões são usualmente empregadas como sinónimas, mas apresentam uma diferenciação significativa.

Conforme J. J. GOMES CANOTILHO: “*direitos do homem são os direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista).*”⁴⁰ Já os direitos fundamentais são: “*os direitos do Homem, jurídico-institucionalmente garantidos e limitados espacio-temporalmente.*”⁴¹

Não obstante, os direitos do Homem originam-se da própria natureza humana, advindo disso o seu carácter inviolável, intemporal e universal. Enquanto que os direitos fundamentais constituir-se-iam nos direitos objetivamente vigentes em um determinado ordenamento jurídico.⁴²

Segundo a Organização Mundial das Nações Unidas, doravante ONU, os direitos humanos são “*garantias jurídicas universais que protegem indivíduos e grupos contra ações ou omissões dos governos que atentem contra a dignidade humana.*”⁴³

⁴⁰ CANOTILHO, J. J. Gomes - *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7.ª edição. Coimbra: Almedina, 2003, p. 393.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ MINISTÉRIO PÚBLICO DE PORTUGAL – *O que são os direitos humanos?* [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <<https://gddc.ministeriopublico.pt/pagina/o-que-sao-os-direitos-humanos>>.

Em outras palavras, significa dizer que toda pessoa, independentemente de classe, raça, gênero, nacionalidade, posicionamento político e religião possui garantias jurídicas que a protegem de ações ou omissões governamentais que atentem contra a dignidade humana.

Outrossim, consideramos os direitos fundamentais como direitos ou posições jurídicas ativas das pessoas, individual ou institucionalmente consideradas, consolidados na Constituição.⁴⁴

Assim sendo, não há verdadeiros direitos fundamentais sem Estado – que os respeite e os proteja - e sem Constituição.⁴⁵

Além disso, podemos dizer que não há direitos fundamentais *“sem reconhecimento de uma esfera própria de autonomia das pessoas frente ao poder político, não absorvendo este a sociedade em que eles se movem.”*⁴⁶

Desse modo, em cada ordenamento jurídico, os direitos fundamentais integram uma unidade. Todavia, podem ser estabelecidas categorias, a partir de diferentes aspetos. Notadamente, quanto à estrutura e ao conteúdo, consubstanciam-se em direitos de agir e exigir e direitos de existência, direitos de liberdades, direitos de participação, direitos à prestações e direitos de defesa.⁴⁷

Especialmente quanto aos direitos de liberdade e aos direitos sociais cabe tecermos algumas breves considerações.

Os direitos, liberdades e garantias são qualificados como direitos de primeiro grau ou primeira geração, enquanto que os direitos sociais são considerados como direitos de segundo grau ou segunda geração.

Nesse aspeto, os direitos fundamentais de primeira geração, correspondem aos direitos de liberdade, considerados os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, especificadamente os direitos civis e políticos.⁴⁸

Nos direitos de liberdade, pelo simples fato das pessoas existirem ou por possuírem determinadas qualidades ou ainda por estarem inseridas em determinado meio social, exigem por parte do Estado e demais poderes, respeito e proteção.⁴⁹

⁴⁴ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016, p. 229.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 248.

⁴⁸ De acordo com Paulo Bonavides: “São os direitos da liberdade, os primeiros a constarem do instrumento normativo constitucional, a saber, os direitos civis e políticos, que em grande parte correspondem, por um prisma histórico, àquela fase inaugural do constitucionalismo do Ocidente.” - BONAVIDES, Paulo - *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1997, pp. 516 e 517.

⁴⁹ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica 2016, p. 252.

Outrossim, os direitos de primeira geração ou de liberdade, consubstanciados nos direitos individuais, surgiram contra um modelo de Estado que negava a liberdade de consciência.⁵⁰

Os direitos de liberdade, também denominados de direitos individuais, de acordo com ELZA ANTONIA PEREIRA CUNHA BOITEUX *“têm como titular o indivíduo e são oponíveis ao Estado. Fundamentam-se nos princípios da liberdade e da igualdade, e estabelecem deveres negativos, ou seja, o seu conteúdo é um não fazer, um não violar, um não prejudicar.”*⁵¹

Do mesmo modo, os direitos fundamentais, conforme preceitua JOÃO MIGUEL PULQUÉRIO DE PAULA: *“têm um cariz marcadamente negativo, ou seja, são defensivos na medida em que existe um dever de abstenção de atos que expressamente violem certos direitos.”*⁵²

Já quanto aos direitos sociais, pertinente citar RODRIGO GARCÍA SCHWARZ, que assim sustenta: *“Los derechos sociales son derechos fundamentales, exigibles en nombre de todos y para todos los hombres e imprescindibles para la vida y la dignidad humana.”*⁵³

Sob a perspetiva de JOÃO MIGUEL PULQUÉRIO DE PAULA, os direitos sociais: *“têm um cariz essencialmente positivo porque pressupõem uma ação, um “agir” por parte do poder público, não têm necessariamente uma aplicação direta e encontram-se dependentes de políticas e legislação.”*⁵⁴

Não obstante, quanto aos direitos sociais, segundo o entendimento de JORGE MIRANDA: *“parte-se da verificação da existência de situações de necessidade e de desigualdades de facto (...) e da vontade de as vencer para estabelecer uma relação solidária entre todos os membros da mesma comunidade política.”*⁵⁵

A diferença crucial segundo o doutrinador JORGE MIRANDA reside no facto de que os direitos de liberdade são direitos de agir, enquanto que os direitos sociais são direitos de exigir.

⁵⁰ Nesse sentido preceitua Elza Antonia Pereira Cunha Boiteux: “Foram chamados direitos de primeira geração ou direitos da liberdade, evidenciando que uma sociedade livre se constrói com liberdade de consciência, de crença e de opinião. Um Estado democrático não pode negar a liberdade de consciência nem a igualdade entre seus membros.” - BOITEUX, Elza Antonia Pereira Cunha - Estado Regulador e Direitos Sociais. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*. [em linha]. Ano II, n.º 2 e Ano III, n.º 3 (2001-2002), p. 100. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/16013525.pdf>>.

⁵¹ BOITEUX, Elza Antonia Pereira Cunha - Estado Regulador e Direitos Sociais. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*. [em linha]. Ano II, n.º 2 e Ano III, n.º 3 (2001-2002), p. 102. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/16013525.pdf>>.

⁵² PAULA, João Miguel Pulquério de - O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade. *Revista Pensar Enfermagem*. [em linha]. Vol. 16, n.º 1, (1.º semestre de 2012), p. 52. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23916/1/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf>.

⁵³ SCHWARZ, Rodrigo García - *Derechos Sociales: Imprescindibilidad y Garantías*. Pamplona: Aranzadi, 2011, pp. 11.

⁵⁴ PAULA, João Miguel Pulquério de - O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade. *Revista Pensar Enfermagem*. [em linha]. Vol. 16, n.º 1, (1.º semestre de 2012), p. 52. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23916/1/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf>.

⁵⁵ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016, p. 252.

Nas palavras do autor *“as liberdades têm como contrapartida característica uma atitude de respeito e de não interferência por parte de outrem e os direitos sociais envolvem a pretensão de prestações normativas e materiais ou fácticas.”*⁵⁶

Outrossim, os direitos, liberdades e garantias, conforme J. J. GOMES CANOTILHO, *“são os direitos de liberdade cujo destinatário é o Estado, e que têm como objeto a obrigação de abstenção do mesmo relativamente à esfera jurídico-subjetiva por eles definida e protegida.”*⁵⁷

Por conseguinte, os direitos sociais são direitos positivos, ainda quando, por ventura, possam abranger ou ser acompanhados de exigências de respeito e não intervenção.”⁵⁸

Cabe destacar a definição sustentada por ELZA ANTONIA PEREIRA CUNHA BOITEUX, na qual *“Os chamados direitos sociais fundamentam-se no princípio da solidariedade e têm por objeto prestações positivas do Estado, do próximo e da sociedade para fornecer ao homem certos bens e condições. O seu conteúdo consiste em um fazer, um contribuir, um ajudar.”*⁵⁹

Além disso, os direitos de liberdade possuem conteúdo essencialmente determinado ou determinável ao nível de normas constitucionais.⁶⁰ Não obstante, os direitos sociais possuem um conteúdo determinado, em maior ou menor proporção, por discricionariedade do legislador ordinário.⁶¹

Ainda, cabe referir que os direitos de liberdade, de acordo com JORGE MIRANDA constituem-se de normas constitucionais precativas, e a maioria deles, de normas precativas exequíveis por si mesmas. Ao passo que os direitos sociais constituem-se de normas programáticas.⁶²

Sobretudo, a efetivação das liberdades depende de condições socioculturais e institucionais, enquanto que a efetivação dos direitos sociais depende, além de condições socioculturais e institucionais, de condições económicas e financeiras.⁶³

A Constituição da República Portuguesa qualifica tanto os direitos de liberdade quanto os direitos sociais como direitos fundamentais. Contudo, distingue os direitos de liberdade dos direitos sociais no artigo 9.º, ao declarar as tarefas fundamentais do Estado, sejam elas: *garantir os direitos e liberdades fundamentais* (alínea b) e *promover a efetivação dos direitos*

⁵⁶ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016, p. 254.

⁵⁷ CANOTILHO, J. J. Gomes - *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7.ª edição. Coimbra: Almedina, 2003, p. 399.

⁵⁸ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016, p. 254.

⁵⁹ BOITEUX, Elza Antonia Pereira Cunha - Estado Regulador e Direitos Sociais. *Revista da Faculdade de Direito de Campos*. [em linha]. Ano II, n.º 2 e Ano III, n.º 3 (2001-2002), p. 102. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em <<https://core.ac.uk/download/pdf/16013525.pdf>>.

⁶⁰ CANOTILHO, J. J. Gomes - *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7.ª edição. Coimbra: Almedina, 2003, p. 399 e seguintes.

⁶¹ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016, p. 256.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ *Ibidem*.

económicos, *sociais*, culturais e ambientais mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais (alínea d).

Os direitos, liberdades e garantias estão previstos em três Capítulos do Título II da Parte I, entre os artigos 24.º e 57.º, da Lei Fundamental. O artigo 24.º ao artigo 47.º estabelece os direitos, liberdades e garantias pessoais; o artigo 48.º ao artigo 52.º consagra os direitos, liberdades e garantias de participação política e entre o artigo 53.º ao artigo 57.º disciplina os direitos, liberdades e garantias dos trabalhadores.

Já os direitos e deveres económicos, sociais e culturais estão dispostos em três Capítulos do Título III da Parte I, entre os artigos 58.º e 79.º, da Carta Magna. O artigo 58.º ao artigo 62.º disciplina os direitos e deveres económicos; o artigo 63.º ao artigo 72.º consagra os direitos e deveres sociais e o artigo 73.º ao artigo 79.º estipula os direitos e deveres culturais.

No que se refere aos sujeitos, tem-se de um lado, direitos fundamentais individuais e institucionais e de outro, direitos comuns e direitos particulares e ainda direitos do homem, do cidadão e do trabalhador.⁶⁴

Já quanto ao exercício podemos subdividi-los em direitos de exercício individual, de exercício coletivo e ainda, concomitantemente, de exercício individual e coletivo.⁶⁵

No tocante ao objeto, classificamos em direitos pessoais, sociais e políticos; direitos gerais e especiais; e por fim em direitos fundamentais materiais e procedimentais.⁶⁶

Não obstante, à mingua de alguns autores, a doutrina majoritária lusitana e o ordenamento jurídico constitucional português consideram os direitos sociais como fundamentais.

Entretanto o dilema paira sobre a natureza jurídica, o grau de efetividade e o nível de proteção dos direitos sociais, visto que a doutrina portuguesa não perfilha entendimento unânime nesses aspetos.

Contrariando o entendimento dominante da doutrina portuguesa tradicional, JORGE REIS NOVAIS entende que não há nada que diferencie estrutural e naturalmente os direitos sociais dos direitos de liberdade, razão pela qual deve ser aplicado o regime de vinculação jurídica dos direitos fundamentais, a não ser que as Constituições ou os tratados internacionais assim os consagrem.⁶⁷

⁶⁴ MIRANDA, Jorge - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016, p. 248.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ NOVAIS, Jorge Reis - *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais enquanto Direitos Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p. 32.

Nesse sentido, considera os direitos sociais, no ordenamento constitucional português, como direitos fundamentais, haja vista que se beneficiam do regime e da força normativa que designam a natureza de um direito fundamental em Estado de Direito, através de uma garantia jurídica forte e constitucional, exigindo o cumprimento de todos os poderes constituídos e subtraída da livre disponibilidade do poder político.⁶⁸

Contudo, a doutrina portuguesa clássica sustenta que os direitos sociais impossibilitam a sua designação como verdadeiros direitos fundamentais, especialmente quando contrapostos com os tradicionais direitos de liberdade.⁶⁹

Muito embora J. J. GOMES CANOTILHO reconheça que os direitos sociais são direitos fundamentais, entende que eles não se beneficiam do regime dos direitos, liberdades e garantias previstos na Constituição Portuguesa.⁷⁰

Do mesmo modo, JOSÉ CARLOS VIEIRA DE ANDRADE considera que os direitos sociais se encontram submetidos a um regime distinto do regime que é atribuído aos direitos, liberdades e garantias, não obstante, possuírem natureza não muito diversa.⁷¹

Partilhando deste posicionamento, CRISTINA QUEIROZ entende que os direitos sociais devem se beneficiar do regime jurídico geral dos direitos fundamentais, mas não o dos direitos, liberdades e garantias, previsto no artigo 18.º da Constituição da República Portuguesa.⁷²

Seguindo esse entendimento, CARLOS BLANCO DE MORAIS defende que há um regime diferenciado entre ambos, na qual segundo ele, o regime dos direitos, liberdades e garantias tem aplicação direta e vincula as entidades públicas e privadas. Já os direitos económicos, sociais e culturais são considerados direitos de segunda geração integrantes de normas programáticas, as quais se encontram subordinadas à reserva do possível e proporcionam extrema discricionariedade ao legislador na sua elaboração.⁷³

Respeitando o entendimento dos autores supracitados, porém, sem querer desmerecê-los, defendemos que o direito social especial – direito à saúde - objeto do presente estudo,

⁶⁸ NOVAIS, Jorge Reis - *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais enquanto Direitos Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p. 10.

⁶⁹ *Ibidem*, p. 31.

⁷⁰ CANOTILHO, J. J. Gomes - *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7.ª edição. Coimbra: Almedina, 2003, p. 403.

⁷¹ VIEIRA DE ANDRADE, José Carlos - *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*. 5.ª edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2012, pp. 357 e 358.

⁷² QUEIROZ, Cristina - *Direitos fundamentais sociais, funções, âmbito, conteúdo, questões interpretativas e problemas de justiciabilidade*. Coimbra: Coimbra Editora, 2006, p. 5.

⁷³ MORAIS, Carlos Blanco - Fiscalização da constitucionalidade e garantia dos direitos fundamentais: apontamento sobre os passos de uma evolução subjetivista. In CORDEIRO, António Menezes [et al.] (org.) - *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Inocêncio Galvão Telles*. Vol. V. Coimbra: Almedina, 2003, p. 286.

deve ser considerado como direito fundamental e acima de tudo, um verdadeiro direito humano.

Partindo desse pressuposto, importante trazer à baila o fundamento primordial insculpido na Constituição da República Portuguesa: a dignidade da pessoa humana, disposto no seu artigo 1.º, sob a epígrafe *“Portugal é uma República Soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”*.

Desta feita, o princípio da dignidade humana é um dos princípios estruturantes dos direitos fundamentais, cujo intuito é assegurar uma vida condigna, em condições de liberdade, igualdade, segurança e bem-estar.

Sob essa ótica, os direitos sociais estão intrinsecamente ligados com a dignidade da pessoa humana, com a liberdade e com a autonomia da pessoa. Isto posto, é impossível garantir a dignidade do ser humano indissociável da qualificação de pessoa humana, sem que seja propiciada a garantia de um “mínimo existencial”, que é justamente assegurado pela concretização dos direitos sociais.⁷⁴

Nesse sentido, à medida que os direitos sociais, particularmente o direito à saúde, são inerentes à pessoa humana e à concretização da sua dignidade é mister a ascensão da sua categoria jurídico-constitucional à dos direitos humanos.

Seguindo essa linha de raciocínio, o direito à saúde é, nas palavras de ISA ANTÓNIO *“digno de tutela urgente, prioritária, permanente e constante, devendo encontrar-se sempre no «topo da hierarquia» das prestações estaduais e das agendas políticas.”*⁷⁵

Outrossim, supondo que para ação de um determinado direito social se tenha como pressuposto a garantia e até condição de existência de um direito de liberdade, deverá se proceder à equivalência desse mesmo direito social à categoria de “direito especial social”, o qual deverá ter tutela jurídica como se de um direito de primeira geração fosse.⁷⁶

Contextualizando esse posicionamento, o direito à saúde insculpido no artigo 64.º da Carta Fundamental Portuguesa é um direito social que está profundamente ligado ao direito à vida, que é qualificado como um direito clássico ou de primeiro grau.⁷⁷ Logo, a garantia da efetividade do direito à saúde é imprescindível para a efetividade e plena concretização do

⁷⁴ SCHWARZ, Rodrigo García - *Derechos Sociales: Imprescindibilidad y Garantías*. Pamplona: Aranzadi, 2011, p. 31.

⁷⁵ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 176.

⁷⁶ *Ibidem*, p. 57.

⁷⁷ VAZ, Manuel Afonso; CARVALHO, Raquel e outros - *Direito Constitucional: O Sistema Constitucional Português*. Coimbra: Coimbra Editora, 2012, p. 246 e seguintes.

direito à vida.⁷⁸ Nestes termos, imperioso salvaguardar o direito à saúde o equivalente tratamento que a Constituição confere aos direitos de liberdade inseridos no denominado primeiro catálogo.

Nesse sentido, é salutar o posicionamento de RONALD DWORKIN: *“a vida e a saúde são, como definiu René Descartes, os bens mais importantes: todo o resto teria menor importância e deveria ser sacrificado em favor desses dois bens”*.⁷⁹

Sobretudo, vislumbra-se que a doutrina clássica portuguesa, da qual não nos filiamos, considera que uma das grandes diferenças entre os direitos de liberdade e os direitos sociais remonta ao facto dos direitos sociais serem juridicamente dependentes do fator económico, ou seja, que estão juridicamente condicionados pela denominada “reserva do possível”.

A reserva do possível, conceito oriundo do Tribunal Constitucional Alemão, consiste no fato de ser levada em consideração a capacidade de prestação do Estado para a concretização dos direitos fundamentais de natureza social, especialmente no que toca ao direito à saúde.⁸⁰

O fator económico é a base que fundamenta o princípio da reserva do possível, logo a tutela dos direitos sociais encontra-se à mercê da capacidade económico-financeira do Estado, o que não merece prosperar.

De acordo com o aludido princípio, ao Estado apenas é exigível a realização de uma prestação social se ele dispuser dos recursos económico-financeiros satisfatórios para a prossecução do direito social em causa, muito embora se trate de uma prestação essencial e necessária para a concretização de uma vida minimamente condigna.⁸¹

A nosso ver, o Estado jamais poderá recusar ação do direito à saúde sob um viés exclusivamente económico, pois se assim o fizer, estará recusando a garantia de um direito humano, violando assim os preceitos insculpidos na Constituição e na Declaração Universal dos Direitos do Homem.⁸²

Corroborando com o nosso posicionamento é o entendimento reiterado na jurisprudência do Tribunal Constitucional, segundo o qual qualquer decisão associada ao direito à proteção da saúde com o direito à uma vida condigna, nunca poderá suscitar que, por razões estritamente económicas, qualquer cidadão deixe de ter acesso aos cuidados de saúde

⁷⁸ NOVAIS, Jorge Reis - *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais enquanto Direitos Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, 2010, p. 109.

⁷⁹ DWORKIN, Ronald - *A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade*. Tradução Jussara Simões. Revisão técnica e da tradução Cícero Araújo, Luiz Moreira. São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 434.

⁸⁰ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 40.

⁸¹ *Ibidem*, p. 41.

⁸² *Ibidem*, p. 62.

que efetivamente necessite.⁸³

Ora, uma eventual violação de um direito cuja concretização se fundamente sob a égide da “reserva do possível”, pelo facto de o Estado dispor ou não os recursos financeiros à prestação social, deve ser reprimida pelo juiz constitucional, o qual tem o dever de defender os direitos sociais das ações ou omissões praticadas pelo ente estatal.⁸⁴

Ademais, insta enaltecer que se depreende do texto constitucional que o Estado tem o dever de conferir aos cidadãos o direito à promoção, proteção e defesa da saúde. No caso de incumprimento destas obrigações, o Estado comete uma inconstitucionalidade por omissão, nos termos dispostos no artigo 283.º, da CRP. O controle dessa inconstitucionalidade pertence aos tribunais e, em especial, ao Tribunal Constitucional, conforme estabelece o artigo 221.º, da CRP.

Sobretudo, os direitos sociais, independentemente da qualificação ou do catálogo que atribuímos ou inserimos, são considerados direitos fundamentais e por isso, não podem ser deixados ao acaso político.⁸⁵

A esse propósito, se os direitos sociais se restringissem a prestações sociais por parte do Estado sob a reserva do financeiramente possível, ou ainda, o controle da atuação dessa reserva fosse de competência exclusiva do legislador democrático, então a natureza jusfundamental dos direitos sociais estaria comprometida.⁸⁶

Os recursos financeiros do Estado destinados à saúde deverão ser sempre fundamentados na dignidade da pessoa humana e na equidade, tendo em vista que a saúde é o direito social imanente ao direito à vida, a todos os indivíduos deverá ser garantido de forma igualitária e universal.⁸⁷

Por isso, deve ser assegurado a todos os cidadãos, em condições de igualdade entre si, igual acesso e idêntico grau de benefício na ação desses direitos.⁸⁸

Por conseguinte, para além do regime jurídico típico, os direitos fundamentais que tenham uma natureza análoga aos direitos fundamentais de primeira geração são favorecidos pela cláusula geral aberta ou atípica disposta no artigo 16.º, n.º 1 da Lei Fundamental, que

⁸³ NOVAIS, Jorge Reis - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), p. 104. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

⁸⁴ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, pp. 45 e 46.

⁸⁵ *Ibidem*, p. 43.

⁸⁶ NOVAIS, Jorge Reis citando ALEX Y e HOLMES/SUNSTEIM. In *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais enquanto Direitos Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, 2010, pp. 92 e 93.

⁸⁷ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 62.

⁸⁸ *Ibidem*, 79.

assim prevê: *“Os direitos fundamentais consagrados na Constituição não excluem quaisquer outros constantes das leis e das regras aplicáveis de direito internacional.”*

Desse modo, entendemos que os direitos sociais deverão gozar do regime jurídico específico atribuído aos direitos, liberdades e garantias e também do regime concedido pela cláusula aberta ou de atipicidade insculpida no artigo 16.º, n.º 1 da Constituição.

Nesse sentido, salutar referir o posicionamento de JORGE MIRANDA: *“se verificarem os pressupostos – económicos, financeiros, institucionais – da ação, tais normas podem ser entendidas como tendo aplicação imediata.”*⁸⁹

Ainda, importa mencionar que num Estado de Direito Democrático e Social, os direitos sociais são os fins teleológicos do próprio Estado, o qual tem o dever de cumprir as tarefas que lhe foram constitucionalmente impostas.⁹⁰

Dito isso, importante enaltecer que adotamos uma posição intermediária, que está entre a doutrina tradicional lusitana que defende a dicotomia entre os direitos sociais e os direitos de liberdade e de outro lado a doutrina minoritária que sustenta a eliminação absoluta entre ambas as categorias de direitos.

Destarte, entendemos ser mais plausível nos filarmos a uma posição mais sensata e equilibrada, a qual consiste em não classificar de um modo geral todos os direitos sociais como pertencentes à categoria de “direitos de segundo grau”, pois é necessário analisar o caso em concreto, como explicitado anteriormente. Não obstante, também não é praticável uma solução meramente ideológica e teórica que garanta a mesma efetividade a todos os direitos fundamentais, tendo em vista que na realidade o Estado não dispõe de infraestrutura tampouco meios humanos e condições técnicas e financeiras para garantir a prossecução de todos os direitos com o mesmo grau de prioridade e efetividade.⁹¹

Conforme enaltecido, a nosso ver, o direito à saúde destaca-se entre os direitos sociais como aquele que merece por excelência a equiparação, em termos de natureza jusfundamental, tratamento jurídico e garantia de justiciabilidade aos direitos de primeiro grau, especialmente o direito à vida, tendo em vista que ambos são imprescindíveis um ao outro a fim de que seja resguardado o pilar dos direitos fundamentais: a dignidade da pessoa

⁸⁹ MIRANDA, Jorge - *A Abertura Constitucional a Novos Direitos Fundamentais: Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Manuel Gomes da Silva*. Coimbra: Revista da Faculdade de Direito de Lisboa, 2001, p. 559 e seguintes.

⁹⁰ D'ALTE, Sofia Tomé - *A Nova Configuração do Sector Empresarial do Estado e a Empresarialização dos Serviços Públicos*. Coimbra: Almedina, 2007, p. 29.

⁹¹ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 57.

humana.⁹²

Isto posto, somos favoráveis ao reconhecimento do direito à saúde como direito social especial merecedor de tratamento equivalente ao que é atribuído aos direitos de liberdade.

3. O Estado como garante do bem-estar social: A concretização das políticas de saúde pública através do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A evolução das tutelas dos direitos fundamentais acompanhou o modelo dos Estados. Partiu-se do Estado Liberal para o Estado Socialista e Social até chegar ao modelo atual do Estado Social de Direitos Fundamentais.⁹³

Efetivamente no Estado Liberal, os direitos sociais não eram vistos como direitos subjetivos nem sequer não eram considerados como verdadeiros direitos, isto porque tampouco estavam previstos no texto constitucional.⁹⁴

Ademais, os direitos sociais no Estado Liberal dependiam sempre da viabilidade financeira do Estado, tendo em vista que eram considerados como bens privados e excepcionalmente eram confiados às entidades públicas.⁹⁵

Por conseguinte, o Estado Providência ou *Welfare State*, também popularmente conhecido por Estado Social ou Bem-Estar Social⁹⁶, é forma de organização estatal em que o Estado é o órgão central de todas as atividades de prestação e distribuição de bens e serviços públicos de uma determinada sociedade, com vista a garantir o bem-estar de todos.

Outrossim, o Estado Social, ao contrário do Estado Liberal, é aquele que está mais voltado aos anseios sociais, de modo a intervir nas questões econômicas, culturais e jurídicas, sempre em prol do hipossuficiente.⁹⁷

⁹² ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 57.

⁹³ MIRANDA, Jorge - *Manual de Direito Constitucional*. Tomo IV. *Direitos Fundamentais*. 3.ª edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2000, p. 8.

⁹⁴ BONAVIDES, Paulo - *Do Estado Liberal ao Estado Social*. 7.ª edição. São Paulo: Malheiros, 2004, p. 61.

⁹⁵ BONAVIDES, Paulo - O Estado Social e a sua evolução rumo à democracia participativa. In SOUZA, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniela (org.) - *Direitos Sociais, fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. 2.ª tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Jris, 2010, pp. 63-71.

⁹⁶ Conforme Isa António: “consiste numa modalidade de organização estadual, em que o Estado aparece como figura central protagonizando todas as actividades prestadoras e de distribuição de bens e de serviços públicos à comunidade, com vista à promoção do respectivo Bem-Estar. Com efeito, o Estado é o ente público por excelência de prestação, cuja actuação passa pela organização da economia, pela regulamentação de todos os aspectos conformadores da vida do cidadão, designadamente, político, económico, social.” - ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, pp. 101 e 102.

⁹⁷ FABRIZ, Daury Cesar; TEIXEIRA, Marcelo Tolomei - A Crise do Estado do Bem-Estar Social na Perspectiva de Jürgen Habermas. *Revista Direito e Liberdade*. [em linha]. Vol. 19, n.º 1 (jan./abr. 2017), p. 64. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-Dir-e-Liberd_v.19_n.01.03.pdf>.

Ainda, cabe enaltecer que o *Welfare State*⁹⁸ assenta na premissa axiológica-constitucional, de que o Estado com o intuito de minorar as situações de miséria, assegura através de subvenções e subsídios um mínimo de subsistência vital aos que dela necessitem.

Historicamente, o surgimento do *Welfare State* se deu na Alemanha com Otto Bismarck, príncipe da Prússia entre 1815 e 1898, por meio da instituição dos primeiros seguros sociais obrigatórios contra doenças (1883), acidentes de trabalho (1884), invalidez e velhice (1889), entre outros sobre condições de trabalho (1889-91).⁹⁹

Outrossim, a Constituição Alemã de Weimar, de 1919, serviu de base para algumas das instituições da Lei Fundamental de Bonn, promulgada em 23 de maio de 1949, que veio a consagrar a constitucionalização dos direitos sociais, em especial o direito à saúde.¹⁰⁰

Assim sendo, a Lei de Bonn, conforme GILMAR MENDES “conseguiu concretizar em seu texto, a garantia efetiva dos direitos fundamentais e a institucionalização de um sistema de governo marcado por sua profunda democracia e estabilidade”.¹⁰¹

Entretanto, é de suma enaltecer que a referida Lei de Bonn estabeleceu que o Estado Social delimitasse o rol dos direitos individuais, precipuamente no que toca ao princípio da igualdade.¹⁰²

Desse modo, os ideais para o surgimento de um Estado Social começaram efetivamente a surgir por iniciativa de *Friederich Naumman*, na Assembleia de *Weimar*. Contudo, naquele momento havia sido rejeitada a possibilidade da promulgação de uma declaração de direitos.¹⁰³

Sobretudo, a transição para o Estado Social de Direito ocorreu efetivamente com a Pós Segunda Guerra Mundial, por volta de 1945, através da relativa generalização de um modelo de Estado Social, após as ditaduras militares que originaram a promulgação de inúmeras Constituições na década de 1970.¹⁰⁴

⁹⁸ De acordo com Jorge Reis Novais: “(...) relevância das prestações do Estado como forma de minorar as situações de miséria, assegurando por meio de subvenções e subsídios um mínimo de subsistência vital aos que nelas se encontram, ou de prevenir a eventualidade dessas situações através do estabelecimento generalizado de um sistema de seguros, de serviços de saúde e assistência social. Tratar-se-ia, assim, de o Estado se responsabilizar por libertar a sociedade da miséria, das necessidades e do risco.” - NOVAIS, Jorge Reis - *Contributo para uma Teoria do Estado de Direito: do Estado de Direito Liberal ao Estado Social e Democrático de Direito*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1987, pp. 198 e 199.

⁹⁹ GRAÇA, Luís - *O desenvolvimento embrionário de sistemas de protecção social [The origins of Welfare State]*, 2000. [Consult. 31 mar. 2021]. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos181.html>>.

¹⁰⁰ MENDES, Gilmar Ferreira – *Discurso proferido em 25.5.2009 na Embaixada da República Federal da Alemanha por ocasião dos 60 anos da Lei Fundamental de Bonn*. [Consult. 06 abr. 2021]. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaArtigoDiscurso/anexo/discAlemanha.pdf>>.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² TEIXEIRA, Iris Catarina Dias - *Direito Social à Saúde e Ativismo Judicial*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2015, p. 20.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Ibidem*.

Dentre elas, destaca-se a ambiciosa Constituição Portuguesa de 1976 que dentre inúmeros direitos, insculpiu os direitos sociais ao texto constitucional, especialmente no que toca ao estudo em questão, o direito à proteção da saúde.

Dito isto, importante enaltecermos alguns aspectos sobre o atual ponto de situação do modelo de Estado de Direito em Portugal.

Observa-se claramente que a opção adotada pela Constituição Portuguesa de 1976 acerca do modelo de Estado foi a do Estado Social de Direito, o que transparece nas competências atribuídas ao Estado à luz do artigo 9.º da referida Constituição.

Não obstante, importa elucidar que atualmente estamos diante de uma transmutação do modelo de Estado Social, já não prestador, mas sim regulador, o que significa dizer que o Estado transfere parte de suas atribuições ao setor privado, o qual prestará os serviços públicos em seu lugar, especialmente no que toca ao direito à saúde.¹⁰⁵

Outrossim, cabe referir que dentre as modalidades de sistemas de saúde, podemos citar quatro como historicamente mais relevantes: o Modelo de Bismarck, o Modelo de Beveridge, o Modelo de Seguro Nacional de Saúde e o Modelo Fora-de-Pocket.

Dentre os quatro modelos de saúde mais populares, abordaremos no presente estudo somente o *Modelo de Beveridge*, tendo em vista que foi este o modelo escolhido a ser aplicado em Portugal.

Conforme ISA ANTONIO, no *Modelo de Beveridge* “é o Estado o principal prestador-produtor-financiador do serviço de saúde, assegurando a sua directa prestação à população, mormente através de hospitais públicos e centros de saúde.”¹⁰⁶

Nesse sentido, o Sistema de Saúde adotado em Portugal, no que se refere ao tipo de financiamento dos cuidados de saúde consiste em um sistema baseado no imposto e consequentemente financiado pelo Orçamento do Estado, conforme preceitua a Base 23, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde, doravante Lei n.º 95/2019.

A proteção à saúde é um direito assegurado a todos os cidadãos. Do mesmo modo é um dever, tendo em vista que os cidadãos têm a obrigação de a defender e a promover, nos termos insculpidos pela Constituição da República Portuguesa em seu artigo 64.º, n.º 1.

Esse dever dos cidadãos, consiste em cuidar da sua própria saúde como na preocupação em cuidar da saúde de todos (saúde pública), consubstanciando em obrigações legais de fazer,

¹⁰⁵ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 103.

¹⁰⁶ *Ibidem*, pp. 111 e 112.

como por exemplo, a obrigatoriedade de vacinação ou de não fazer, como por exemplo a proibição de fumar em transportes e outros lugares públicos.¹⁰⁷

Nesse sentido, a Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 95/2019, de 4 de Setembro - assegura que todas as pessoas têm direito de gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social.

Do mesmo modo, a referida lei dispõe que o direito à proteção da saúde consiste numa responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado, compreendendo o acesso ao logo da vida da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos.

Especificamente, no que toca à sociedade, a referida lei enaltece que a sociedade deve contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores de atividade.

Já o papel do Estado consiste em promover e garantir o direito à proteção da saúde por meio do Serviço Nacional de Saúde, doravante, SNS, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais.

Por sua vez, o SNS foi instituído através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, por meio da qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos portugueses, estrangeiros, apátridas e refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal, nos termos da Constituição.

Outrossim, a efetivação dos direitos sociais – especialmente o direito à proteção da saúde - é uma das tarefas fundamentais do Estado¹⁰⁸, a qual está expressamente prevista no artigo 9.º, alínea d, da CRP.

Outrossim, os fundamentos da política de saúde¹⁰⁹ estão insculpidos na Base IV, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde.

Importante salutar que o direito à proteção da saúde compreende duas dimensões, uma de

¹⁰⁷ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4.ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 826.

¹⁰⁸ “São tarefas fundamentais do Estado: (...) d) Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais.”

¹⁰⁹ “São fundamentos da política de saúde: a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas; b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais; c) As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde; d) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição o de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade; e) A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável; f) A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde; g) A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade; h) O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas; i) O incentivo à investigação em saúde, como motor da melhoria da prestação de cuidados; j) O reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde; k) A divulgação transparente de informação em saúde; l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.”

natureza positiva e outra de natureza negativa. A vertente de natureza positiva diz respeito às medidas e prestações, por parte do Estado, que visem a prevenção e o tratamento das doenças. Enquanto que a dimensão de natureza negativa consiste no facto de exigir do Estado que se abstenha de praticar qualquer ato que prejudique a saúde do cidadão.¹¹⁰

Neste prisma, o n.º 1, do artigo 64, da CRP consiste em um direito positivo dos cidadãos, manifestando-se sob dois aspetos, um subjetivo e outro objetivo programático ou jurídico-objetivo.¹¹¹

O direito à saúde constitui-se em um direito subjetivo público visto que todos os cidadãos – portugueses e estrangeiros – têm direito à proteção da saúde.

Além disso, este direito reveste um plano objetivo programático que decorre de obrigações legislativas consistentes na criação das condições físicas e institucionais para o exercício de um Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito, nos termos do artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da CRP.¹¹²

Ademais, consiste na garantia de acesso a todos os cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como em uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, conforme preconiza o artigo 64.º, n.º 3, alíneas a) e b), da CRP.

Não obstante, conforme já referimos, compete ao Estado o dever de defender e promover o direito à proteção à saúde, nos termos insculpidos no artigo 64.º, da Constituição Portuguesa, a fim de garantir o bem-estar social.

Desse modo, à luz do princípio do Estado Social Regulador, cabe ao Estado, na prossecução do interesse público saúde, uma tríplice categorização de tarefas, que podemos categorizar: tarefas primárias, tarefas instrumentais e tarefas setoriais.¹¹³

No que tange às tarefas primárias incumbe ao Estado assegurar o acesso de todos os cidadãos aos cuidados médicos, de acordo com o artigo 64.º, n.º 3, alínea a), da CRP, bem como, garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, nos termos do artigo 64.º, n.º 3, alínea b), da CRP.

¹¹⁰ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4.ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 825.

¹¹¹ ANTÓNIO, Isa - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 227. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%c2%ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

¹¹² *Ibidem*, p. 228.

¹¹³ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 115.

Já no que toca às tarefas instrumentais, consistem na garantia de existência de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, conforme prevê o artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da CRP, e na disciplina e fiscalização estadual sobre as formas empresariais e privadas de exercício da medicina, segundo dispõe o artigo 64.º, n.º 3, alínea d), da CRP.

Por conseguinte, quanto as tarefas setoriais compete ao Estado disciplinar e controlar a produção e comercialização de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos, em atenção ao disposto no artigo 64.º, n.º 3, alínea e), da CRP, bem como o dever de estabelecer políticas de prevenção e tratamento de toxicodependentes, nos termos do artigo 64.º, n.º 3, alínea f), da CRP e ainda incumbe ao Estado orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos, de acordo com o artigo 64.º, n.º 3, alínea c), da CRP.

Desse modo, seguindo os ideais plasmados pelo Estado Social Regulador,¹¹⁴ o preceito constitucional insculpido no artigo 64.º, consubstancia-se no dever que incumbe ao Estado de assegurar o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, através de um serviço nacional de saúde e de igual modo possui o dever de disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade.

Nesse posicionamento, a autora enaltece a função do Estado Regulador, na qual o serviço público de saúde pode ser tanto prestado por entidades públicas quanto por entidades privadas. Sendo assim, o Estado assume a função de Estado Regulador e não mais a função de Estado Prestador.

Seguindo essa linha, o Estado Social, até recentemente, era reconhecido como sendo um “Estado Financiador” ou “Estado de Prestação”. Contudo, diante do ápice da vertente empresarial no setor da saúde, o papel do Estado assume outro viés, competindo-lhe agora uma nova função, a de fiscalização, razão pela qual passa a ser conhecido como Estado Regulador.¹¹⁵

Do mesmo modo, a empresarialização e privatização do setor público de prestação de

¹¹⁴ Segundo Maria João Estorninho: “permite concluir que cabe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados médicos e assegurar uma cobertura (racional e eficiente) de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, tendo para isso, por um lado, a obrigação de garantir a existência de um serviço nacional de saúde e, por outro lado, o dever de disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas de exercício da medicina.” - ESTORNINHO, Maria João - *Organização Administrativa da Saúde – Relatório sobre o Programa, os Conteúdos e os Métodos de Ensino*. Coimbra: Almedina, 2008, pp. 52, 53, 67 e seguintes.

¹¹⁵ De acordo com Isa Antonio: “O Estado Social que até recentemente se afirmava como um «Estado Financiador» e «Estado de Prestação» vê-se agora, por força do fenómeno empresarializador no sector da saúde, reduzido a um mínimo consubstanciado na tarefa quase exclusiva de observador-fiscalizador, competindo-lhe funções de mera regulação. Com efeito, o Estado anteriormente designado como «Estado Social Prestador» surge ante a sociedade civil como «Estado de mera Regulação», limitando-se a fiscalizar a prestação de actividades e o desempenho de tarefas por parte de entes privados, que anteriormente lhe pertenciam e que eram prestadas por si.” - ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, pp. 116 e 117.

cuidados de saúde, faz com que o Estado deixe de assumir, primordialmente, as funções atinentes a produção e prestação de serviços e passe a exercer as funções voltadas à regulação e fiscalização dos serviços públicos de saúde.¹¹⁶

Nessa perspetiva, o Estado já não desempenha única e exclusivamente a prestação dos serviços públicos de saúde, tendo em vista que os serviços públicos são também prestados por entidades privadas, passando o Estado a desempenhar uma função de ente regulador/fiscalizador da prestação dos serviços públicos essenciais (saúde, ensino, energia, etc), do que propriamente prestador/executor dos respectivos serviços.

Assim sendo, cabe ao Estado adotar medidas e proceder a mecanismos técnico-jurídicos direcionados as suas novas atribuições de carácter regulador e fiscalizador, de modo a garantir que as entidades privadas dedicadas à área da saúde prestem um serviço público de qualidade, segurança e eficiência.¹¹⁷

Em vista disso, o Estado recorre a uma entidade reguladora nomeada de Entidade Reguladora da Saúde, doravante ERS, a qual compete assegurar o fiel cumprimento dos princípios da universalidade, da igualdade e da tendencial gratuidade, insculpidos no artigo 64.º, da Constituição.¹¹⁸

Sobretudo, a principal obrigação do Estado para a concretização do direito à saúde consubstancia-se na criação de um serviço nacional de saúde, o qual segundo o texto constitucional deverá ser universal, geral e tendencialmente gratuito.

Nesse íterim, os princípios de universalidade, de generalidade e de tendencial gratuidade, no domínio dos cuidados de saúde, representam princípios específicos de repartição e de justiça social constitucionalmente assegurados ao cidadão-utente.¹¹⁹

A universalidade diz respeito ao público-alvo, ou seja, corresponde à generalidade dos cidadãos. O termo “geral” significa que deve compreender todos os serviços públicos de saúde.

¹¹⁶ Conforme José Pedro Liberal: “A empresarialização e privatização do sector público de prestação de cuidados de saúde, ou seja, a desintervenção do Estado em relação à actividade de prestação de cuidados de saúde, faz reduzir substancialmente o papel do Estado empresário, do Estado produtor e do Estado prestador de serviços aos cidadãos, transformando-o em Estado Regulador.” - LIBERAL, José Pedro - *O Direito Fundamental à Protecção da Saúde: De um Direito Originário a Prestações aos Direitos Derivados*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2005, p. 235 e seguintes. Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas.

¹¹⁷ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 118.

¹¹⁸ *Ibidem*.

¹¹⁹ De acordo com Isa António: “(...) os princípios de universalidade, de generalidade e de tendencial gratuidade assumem-se, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, como princípios específicos de repartição e de justiça social, os quais o Estado não pode olvidar porquanto encerram em si mesmo condições indispensáveis de acesso à prestação de cuidados de saúde por parte do cidadão-utente, constitucionalmente assegurado.” - ANTÓNIO, Isa - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 230. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%20ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

A expressão “tendencialmente gratuito” revela que, de um modo geral, as prestações de saúde não estão sujeitas a qualquer encargo financeiro, mas por ventura podem ser cobradas taxas moderadoras. A cobrança dessas taxas é considerada ilícita se, pelo seu valor ou pelas condições económicas e sociais, impedirem o acesso ao Serviço Nacional de Saúde.¹²⁰

Nesse sentido, o artigo 4.º, n.º 1, da Lei do SNS (Lei n.º 56/79) assegura que: *“O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e reger-se-á por normas regulamentares a estabelecer.”*

Além disso, o artigo 7.º, da referida lei estabelece que: *“O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.”*

Desse modo, os utentes do Serviço Nacional de Saúde não pagam uma retribuição, mas sim lhes é cobrada uma importância pecuniária uniformemente estabelecida, denominada de taxa moderadora, a qual estão isentos os mais carenciados ou os que se encontrem em situação de especial debilidade ou risco.¹²¹

Assim sendo, a instituição das taxas moderadoras no acesso à prestação dos cuidados de saúde não tem a intenção de limitar o acesso, mas sim evitar o uso abusivo e sem causa aparente dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde.¹²²

Doravante, conforme o disposto no artigo 64.º, n.º 4, da CRP o SNS é um serviço nacional e tem gestão descentralizada e participada.

O carácter nacional significa dizer que o Serviço Nacional de Saúde deve contemplar todos os serviços públicos de saúde, unificando em uma única estrutura organizatória de nível e cobertura em todo o território nacional. Já a gestão descentralizada quer dizer que muito embora o serviço de saúde seja prestado à nível e âmbito nacional, a estrutura do sistema deve ser descentralizada, do ponto de vista funcional e territorial. Enquanto que a gestão participada refere-se à participação das organizações sociais interessadas.¹²³

¹²⁰ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4.ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007, p. 827.

¹²¹ Conforme Jorge Reis Novais: “(...) os utentes do SNS não pagam uma retribuição, ainda que parcelar, das prestações, mas apenas lhes é exigida uma importância uniformemente estabelecida, e de que estão isentos os mais carenciados ou os que se encontrem em situação de especial debilidade ou risco. O pagamento dessa importância a título de taxa moderadora tem como objectivos proclamados uma racionalização de funcionamento do SNS, na medida em que funcione, no lado da procura de cuidados de saúde, de forma dissuasora de um acesso abusivo e injustificado ao SNS.” NOVAIS, Jorge Reis - *Constituição e Serviço Nacional de Saúde. Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), pp. 104 e 105. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

¹²² NUNES, Alexandre Moraes; RAPOSEIRO, Rosa - *Direito à Saúde em Portugal: Enquadramento Constitucional e o Desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde. Revista do Direito Público*. [em linha]. Vol. 14, n.º 3, (dez. 2019), p. 39. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/82fd/dc5a2ea73d0e06a5681fb761da249a5dfd0a.pdf?_ga=2.261315469.1293483784.1634663293-502625442.1634663293>.

¹²³ CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4.ª edição revista. Coimbra: Coimbra Editora,

Do mesmo modo, de acordo com o artigo 2.º, da Lei do SNS,¹²⁴ o Serviço Nacional de Saúde é composto por uma rede de órgãos e serviços, que por supervisão da Secretaria do Estado da Saúde, atua de forma articulada e sob direção unificada e gestão descentralizada e democrática, a fim de pleitear a prestação de cuidados globais de saúde a todos.

Outrossim, imperioso referir que o Tribunal Constitucional, no acórdão n.º 39/84,¹²⁵ à luz do disposto no artigo 64.º, n.º 4, da CRP, considerou que o SNS embora seja um serviço público unitário possui gestão descentralizada, integrante da administração pública indireta, dotado de autonomia e identidade própria.

Já quanto à questão participada, o Tribunal Constitucional no acórdão n.º 731/95¹²⁶, entendeu que o princípio da gestão participada no domínio do Serviço Nacional de Saúde é equiparado ao princípio geral da participação dos interessados na gestão efetiva dos serviços administrativos, insculpido no artigo 267.º, n.º 1, da CRP, que é uma densificação do princípio constitucional da democracia participativa, constante nos artigos 2.º e 9.º, alínea c), da CRP.

Desse modo, significa dizer que o SNS deve ser gerido por representantes dos utentes do serviço de saúde e por profissionais de saúde, a fim deles serem consultados acerca das orientações a seguir ou mesmo para tomarem parte nas decisões a adotar.

2007, p. 828.

¹²⁴ “O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.”

¹²⁵ Acórdão do Tribunal Constitucional, de 5 de maio de 1984, proc. n.º 6/83, Relator: Vital Moreira. [Consult. 27 mar. 2021]. Disponível em: <<https://dre.pt/home/-/dre/384993/details/maximized>>.

¹²⁶ Acórdão do Tribunal Constitucional, de 14 de dezembro de 1995, proc. n.º 274/90, Relator: Conselheiro Alves Correia. [Consult. 27 mar. 2021]. Disponível em: <<http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>>.

CONCLUSÕES

A proteção à saúde é um direito constitucional e acima de tudo um verdadeiro direito humano. Vejamos.

É considerada um direito universal e um verdadeiro direito humano, tendo em vista que sua proteção está assegurada em diversos tratados, pactos e convenções internacionais.

De outra banda, é considerada um direito constitucional integrante da categoria dos direitos económicos, sociais e culturais - especialmente designados por direitos sociais, em virtude da consagração no artigo 64.º, da Constituição da República Portuguesa.

Nesse sentido, a doutrina majoritária lusitana e o ordenamento jurídico constitucional português consideram os direitos sociais como fundamentais.

Todavia, a doutrina não partilha entendimento unânime sobre a natureza jurídica, o grau de efetividade e o nível de proteção dos direitos sociais.

A nosso ver, divergentemente da doutrina majoritária, entendemos que o direito à saúde, direito de segunda geração, deve ser igualado à categoria dos direitos de liberdade, tendo em vista que está intimamente ligado ao direito à vida, direito de primeira geração. Em outras palavras, a garantia da efetividade do direito à saúde é imprescindível para a efetividade e plena concretização do direito à vida.

Não obstante, filiamos à posição adotada pela doutrina minoritária, idealizada por JORGE REIS NOVAIS, a qual defende que a saúde é um direito social especial e deve ser considerado como direito fundamental e acima de tudo, um verdadeiro direito humano.

Nessa senda, à medida que os direitos sociais, particularmente o direito à saúde, são inerentes à pessoa humana e à concretização da sua dignidade é mister a ascensão da sua categoria jurídico-constitucional à dos direitos humanos.

Outrossim, à proteção da saúde é um direito assegurado a todos os cidadãos e um dever que todos têm de a defender e a promover.

Do mesmo modo, o Estado, à luz do assento constitucional, tem a missão de garantir o bem-estar da coletividade, através de políticas públicas que visem assegurar a promoção da saúde e a prevenção da doença, por meio de um Serviço Nacional de Saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito.

Ademais, o papel fundamental do Estado consiste na garantia de acesso a todos os

cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como em uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.

Importante destacar, que o Estado já não desempenha única e exclusivamente a prestação dos serviços públicos de saúde, tendo em vista que os serviços públicos são também prestados por entidades privadas, passando o Estado a desempenhar uma função de ente regulador/fiscalizador da prestação dos serviços públicos essenciais.

Desse modo, emerge um novo Estado, com novas competências e atribuições e com uma nova missão: supervisionar a prestação dos cuidados de saúde das entidades privadas.

Por sua vez, insta referir que o declínio das funções do Estado, não significa a eliminação do seu papel primordial que é assegurar a prossecução do interesse público: saúde. Muito pelo contrário, enaltece a sua transformação e a busca incessante por um serviço de excelência, primado pelo bom atendimento e qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)

1. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal – A sua origem e missão

De acordo com os preceitos fundamentais instituídos na Constituição da República Portuguesa, o Estado tem o dever de respeitar, defender e promover o direito à proteção da saúde, assegurando o acesso individual e coletivo ao bem tutelado e criando todas as condições necessárias para garantir a prestação de um serviço de qualidade em termos de promoção da saúde, prevenção da doença, vertente curativa ou de reabilitação.¹²⁷

Em suma, o Estado tem o dever de: *respeitar* o acesso ao bem tutelado – saúde; *proteger* os cuidados de saúde de uma prestação ineficaz e *promover* a qualidade da prestação do serviço de saúde.¹²⁸

Desse modo, à luz do imperativo constitucional ínsito no artigo 64, n.º 2, alínea a)¹²⁹, da CRP foi instituído em 1979 o Serviço Nacional de Saúde, doravante SNS, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, bem como foi aprovada pela Assembleia da República a Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, em vigor.

A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, é o instrumento que assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.

A Lei do SNS disciplina os direitos dos utentes quanto à prestação dos cuidados de saúde, bem como delimita a estrutura do Serviço Nacional de Saúde, definindo a sua organização, funcionamento, financiamento e articulação com o setor privado.

¹²⁷ NUNES, Alexandre Morais - Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. *Revista Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Ano 11, n.º 37, (jul./dez. 2017), p. 23. [Consult. 27 de mar. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/122/46>>.

¹²⁸ De acordo com Jorge Reis Novais “(...) o Estado tem então, face ao direito à protecção da saúde, e a partir da sua simples consagração constitucional, um dever de **respeitar** o acesso individual ao bem protegido (obrigação estatal de não afectar a saúde nem as condições e capacidades de acesso próprias de cada particular, bem como de eliminar eventuais impedimentos a um acesso livre), um dever de **proteger** (contra agressões ou ameaças de outros particulares ou de uma prestação deficiente dos respectivos cuidados de saúde) e um dever de **promover** condições optimizadas de acesso (melhorando as possibilidades existentes, criando instituições e serviços, garantindo prestações que, por si próprios, os indivíduos não teriam condições de assegurar).” - NOVAIS, Jorge Reis - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), p. 86. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

¹²⁹ “2. O direito à protecção à saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.”

De facto, insta referir que a criação de um Serviço Nacional de Saúde que presta cuidados de saúde de forma universal a todos os cidadãos, integrando todas as prestações de saúde (medicina preventiva, curativa e de reabilitação) de forma tendencialmente gratuita é a materialização do direito à proteção à saúde consagrado constitucionalmente no artigo 64.º, n.º 2, da Lei Fundamental.¹³⁰

Nesta senda, impende consignar o entendimento preconizado por ISA ANTÓNIO: “A *garantia institucional de realização do direito à protecção da saúde é reflexo de uma imposição constitucional concreta dirigida ao legislador, com vista à realização de um direito social.*”¹³¹

Da mesma forma, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Assembleia da República através da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e posteriormente revogada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que está atualmente em vigor, é outro importante instrumento de proteção ao direito da saúde.

A Lei de Bases da Saúde assegura o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde, dispondo acerca dos beneficiários, da organização e funcionamento, do financiamento, das taxas moderadoras, dos contratos para prestação de cuidados de saúde, das terapêuticas não convencionais, dos seguros de saúde, dos profissionais de saúde, dos profissionais do SNS, entre outros aspetos.

Igualmente, outro dispositivo legal que desempenha papel importante na proteção do direito à saúde, articulado juntamente com a Lei do SNS e a Lei de Bases da Saúde, é o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Em linhas gerais, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde dispõe sobre a natureza e o objetivo do SNS, sobre a organização e funcionamento, os recursos humanos, os recursos financeiros e articulação do SNS com outras entidades.

O primeiro Estatuto do Serviço Nacional de Saúde foi aprovado pela Assembleia da República através do Decreto-Lei n.º 11/93, em 15 de janeiro.

Entretanto, o Estatuto do SNS de 1993 já se encontrava defasado e urgia por mudanças. E elas vieram. Nos primórdios do mês de agosto de 2022, mais precisamente no dia 04 de agosto de 2022 foi aprovado pela Assembleia da República o Novo Estatuto do SNS, através do Decreto-Lei n.º 52/2022.

¹³⁰ NOVAIS, Jorge Reis - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), pp. 31 e 32. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

¹³¹ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 124.

Importa ressaltar que a aprovação de um novo Estatuto do SNS era mais que necessária, visto que a nova Lei de Bases (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) carecia de desenvolvimento em alguns pontos específicos (recursos humanos do SNS e sobre o seu planeamento plurianual) e sem falar que decorreram quase 30 anos desde a sua primeira aprovação, tendo de lá para cá ocorrido inúmeras mudanças no Serviço Nacional de Saúde que necessitavam urgentemente ser revistas e atualizadas.¹³²

Entre as principais mudanças trazidas pelo novo Estatuto do SNS, podemos referir que está a maior autonomia dos hospitais e centros de saúde, tanto nas contratações quanto nos investimentos, pois já agora, as Finanças passam a ter de aprovar apenas os investimentos que ultrapassem 2,5 milhões de euros, nos termos do disposto no artigo 67.º, n.º 2, alínea d, do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto).

Já no que diz respeito às contratações de profissionais de saúde, os conselhos de administração dos hospitais poderão celebrar contratos sem termo, sempre que esteja em causa o recrutamento dos trabalhadores necessários ao preenchimento dos postos de trabalho previstos no mapa de pessoal e no plano de atividades e orçamento aprovado, de acordo com o disposto no artigo 17.º, n.º 3, do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto).

Do mesmo modo, no caso de insuficiência devidamente fundamentada de profissionais de saúde e desde que possa comprometer a prestação de cuidados de saúde, os conselhos de administração dos hospitais, também poderão celebrar contratos de trabalho a termo resolutivo certo, seguindo os ditames da LTFP ou do Código do Trabalho, conforme o caso, pelo período máximo de seis meses, não renovável, nos termos do disposto no artigo 17.º, n.º 1, do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto).

Ainda, segundo o disposto no artigo 17.º, n.º 2, do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto), os conselhos de administração dos hospitais poderão celebrar contratos de trabalho a termo resolutivo incerto, seguindo os ditames da LTFP ou do Código do Trabalho, dependendo do caso, para a substituição de profissionais de saúde

¹³² Sumário do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: “(...) A nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, ao revogar a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, assumiu o propósito de clarificar o papel e a relação entre os vários atores do sistema de saúde, reafirmando a centralidade do SNS, pautado pelos princípios da universalidade, generalidade, tendencial gratuidade e dotado de estatuto próprio. Assim, importa agora proceder à aprovação de um novo Estatuto do SNS e revogar o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, na sua redação atual, que aprovou o Estatuto do SNS, não só porque a nova Lei de Bases da Saúde carece de densificação em aspetos específicos, mas também porque decorreram quase 30 anos desde a publicação do anterior Estatuto do SNS, em 1993, e muitas foram as transformações ocorridas no SNS que conduziram a que várias das suas disposições tenham sido, entretanto, objeto de alterações dispersas que dificultam a desejável visão global. (...)”

temporariamente ausentes.

Outro aspeto do Novo Estatuto do SNS que merece destaque é a valorização de desempenho dos profissionais de saúde, que tem por intuito contribuir para a melhoria do acesso dos utentes e para a motivação dos profissionais de saúde que estão a serviço do SNS.¹³³

Outrossim, em termos de organização e funcionamento, o Novo Estatuto do SNS introduz uma das suas principais inovações ao estabelecer a criação de uma Direção Executiva do SNS.

Sobretudo no que diz respeito à constituição do Serviço Nacional de Saúde, o SNS é formado por um conjunto de serviços que se dedicam à prestação dos cuidados de saúde a nível nacional, integrantes de uma estrutura unitária.¹³⁴

Outrossim, o SNS, nos termos ínsitos do artigo 2.º, da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro: *“É constituído pela rede de órgãos e serviços (...), que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.”*

O referido diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira, estruturando-se numa organização descentralizada e desconcentrada, constituindo-se por meio de órgãos centrais, regionais e locais prestadores de serviços de cuidados primários e diferenciados.

Além disso, segundo o disposto na Base XX, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde, o Serviço Nacional de Saúde, é considerado: *“o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos prestadores de cuidados de saúde, dirigido pelo ministério responsável pela área da saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde.”*

¹³³ Sumário do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: “(...) No desenvolvimento da nova Lei de Bases da Saúde, o Estatuto do SNS dispõe sobre os recursos humanos do SNS e sobre o seu planeamento plurianual. O aspeto central desta secção é a definição do regime da dedicação plena, instrumento de contratualização individual e valorização do desempenho, que visa contribuir para a melhoria do acesso dos utentes e da retenção e motivação dos profissionais de saúde no SNS. Trata-se de um regime de aplicação progressiva que se inicia pelos trabalhadores médicos do SNS, numa base voluntária, exceto para os novos diretores de serviço ou de departamento, e de compromisso assistencial. A matéria dos recursos humanos do SNS não se encerra sem que o Estatuto do SNS defina, igualmente, um regime excecional de contratação, de realização de trabalho suplementar e de mobilidade no SNS, instrumentos de uma gestão mais flexível num setor fortemente dependente de uma força de trabalho diferenciada que se pretende organizada em carreiras. Por um lado, os órgãos máximos de gestão dos estabelecimentos e serviços do SNS reforçam a autonomia para a contratação de trabalhadores, independentemente da modalidade de contrato, no âmbito dos respetivos instrumentos de gestão. Além disso, aqueles estabelecimentos e serviços passam a dispor de um regime de trabalho suplementar que enquadra quer a sua prestação em entidade distinta daquela a que o trabalhador se encontra vinculado quer a sua remuneração majorada quando seja ultrapassado o limite anual fixado (...).

¹³⁴ “O Serviço Nacional de Saúde consiste num conjunto vasto de serviços dedicados à prestação de cuidados de saúde de âmbito nacional, inseridos numa estrutura unitária. Por conseguinte, assume uma configuração organizatária ou orgânica complexa, articulada e integrada cobrindo todo o território nacional, em consonância com a exigência constitucional presente no artigo 64.º, n.º 4 no sentido de o Serviço Nacional de Saúde possuir uma «gestão descentralizada e participada», munido de uma identidade e de uma autonomia próprias.” - ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 124.

Igualmente, de acordo com o disposto no artigo 2.º, n.º 1, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde: *“O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é o conjunto organizado e articulado de estabelecimentos e serviços públicos, dirigido pelo Ministério da Saúde, que efetiva a responsabilidade que cabe ao Estado na proteção da saúde (...).”*

Desse modo, o objetivo do SNS é concretizado na Base VI, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde, que assim dispõe: *“A responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, (...).”*

Logo, a responsabilidade do Estado deve ser exteriorizada através da implementação de políticas públicas de saúde que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença, a melhoria do estado de saúde da população, a igualdade e não discriminação no acesso aos cuidados de saúde, dentre outros fundamentos insculpidos na Base IV, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde.

Nesse sentido, de acordo com o disposto no artigo 64.º, inciso III, alínea a), da CRP, incumbe, prioritariamente, ao Estado o dever de assegurar o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

Assim sendo, nos termos do disposto no artigo 6.º, n.º 2, da Lei do Serviço Nacional de Saúde: *“o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.”*

Nesta senda, numa primeira vertente, preventiva ou de pré-doença, compete ao Estado adotar medidas que alertem a população a fim de evitar a prossecução de doenças através de campanhas de prevenção relativas, por exemplo, às doenças sexualmente transmissíveis, cancro de mama, *diabetis mellitus* e ainda doenças oriundas do stresse e modos de vida sedentários, como a obesidade mórbida. Do mesmo modo, o Estado deverá primar por diligências ativas que visem o combate a vícios prejudiciais à saúde, como drogas, álcool e tabagismo.¹³⁵

Numa segunda linha de atuação, que consiste em assegurar a efetividade de garantia da

¹³⁵ ANTÓNIO, Isa - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 231. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%c2%ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

saúde, o Estado deve presar pela adoção de técnicas modernas e inovadoras no que diz respeito a fármacos e tratamentos médico-cirúrgicos, a fim de proporcionar ao utente o melhor acesso em termos de eficiência e qualidade.¹³⁶

Por conseguinte, numa terceira vertente, o Estado se vê diante do cidadão doente, por vezes, durante longo período, o qual deverá dispor de práticas terapêuticas pelo período que for necessário até a completa recuperação do doente.¹³⁷

2. As características fundamentais e os princípios norteadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

O direito à proteção à saúde é um direito fundamental assegurado a todos os cidadãos através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, nos termos do artigo 64.º, n.º 2, alínea a), da Carta Magna Portuguesa.

Por conseguinte, por meio da primeira revisão constitucional foi aprovada a Lei Constitucional n.º 1/81, a qual acresceu ao artigo 64.º a especificação de a “*gestão do SNS ser descentralizada e participada*”.

Posteriormente, a Lei Constitucional n.º 1/89 originou uma nova revisão ao texto constitucional ao passo que afastou o princípio da gratuidade ao definir que o Serviço Nacional de Saúde passaria a ser “*tendencialmente gratuito*”.

No tocante à gestão descentralizada e participada do SNS, podemos consignar que a expressão “descentralizada” se refere a uma descentralização territorial ou geográfica, que consiste na transferência de poderes e competências do Estado para outros entes estatais, notadamente para as denominadas autarquias locais.¹³⁸

Outrossim, impende referir que ainda temos a descentralização institucional ou de serviços, que consiste, respetivamente, na migração de atribuições e competências que são repassadas aos institutos públicos e empresas públicas, bem como às associações públicas.¹³⁹

Desse modo, o Estado, por meio do *poder de tutela*, controla o funcionamento dessas

¹³⁶ ANTÓNIO, Isa - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 231. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%c2%ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, pp. 130 e 131.

¹³⁹ *Ibidem*, p. 131.

entidades públicas e do mesmo modo, através do *poder de superintendência* delimita os objetivos e as condutas que devem ser desempenhadas por aqueles entes estatais.¹⁴⁰

Não obstante, vislumbra-se que o princípio constitucional da descentralização da Administração Pública, insculpido no artigo 267.º, n.º 2 da CRP, é o alicerce da organização administrativa, o qual assim dispõe: *“a lei estabelecerá adequadas formas de descentralização e desconcentração administrativas, sem prejuízo da necessária eficácia e unidade de acção da Administração e dos poderes de direcção, superintendência e tutela dos órgãos competentes.”*, em consonância com o n.º 1 do mesmo dispositivo legal que assim prescreve: *“A Administração Pública deverá ser estruturada de modo a evitar a burocratização, a aproximar os serviços das populações e a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efectiva, designadamente por intermédio de associações públicas (...).”*

Ademais, cabe destacar o Acórdão n.º 731/95, de 14 de dezembro, do Tribunal Constitucional que faz alusão à descentralização do Serviço Nacional de Saúde, nos seguintes termos:

“(...) a gestão «descentralizada» que o n.º 4, do artigo 64.º, da Constituição impõe ao Serviço Nacional de Saúde só pode significar que este não deve fazer parte da Administração Directa do Estado – não sendo, por isso, constituído por órgãos e serviços integrados na pessoa colectiva Estado, hierarquicamente dependentes do Governo e sujeitos ao poder de direcção deste -, mas antes da Administração Indirecta do Estado, constituindo uma ou várias pessoas colectivas distintas deste, e sujeito ao poder de superintendência do Governo. Por outras palavras, o SNS deve ser uma manifestação da «descentralização técnica ou por serviços».”¹⁴¹

No entanto, o artigo 267.º, n.º 1, da CRP faz alusão à gestão participada, nos seguintes termos: *“assegurar a participação dos interessados na sua gestão efectiva, designadamente por intermédio de associações públicas, organizações de moradores e outras formas de representação democrática.”*

Desta feita, o referido dispositivo constitucional proporciona a intervenção de associações de utentes e de associações de profissionais de saúde na própria gestão do Serviço Nacional de Saúde.

Nesse sentido, a participação do cidadão-utente do serviço público de saúde juntamente

¹⁴⁰ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 132.

¹⁴¹ Acórdão do Tribunal Constitucional, de 14 de dezembro de 1995, proc. n.º 274/90, Relator: Conselheiro Alves Correia. [Consult. 27 mar. 2021]. Disponível em: <<http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>>.

com a intervenção dos respetivos prestadores desse mesmo serviço é indispensável, tendo em vista que eles, mais do que ninguém, estão aptos a manifestarem-se sobre o Serviço Nacional de Saúde como um todo e especificamente sobre a prestação dos cuidados de saúde nas unidades de saúde, tanto nas públicas quanto nas privadas.¹⁴²

Sobretudo, cumpre destacar que de acordo com o Tribunal Constitucional, as legislações especiais, mais precisamente, a Lei de Bases da Saúde, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, assim como também o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde, integram em si mesmos os fins pretendidos pela Lei Constitucional, tendo em vista que primam pela efetividade das características fundamentais do Serviço Nacional de Saúde: organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.¹⁴³

Por conseguinte, quanto aos princípios norteadores do Serviço Nacional de Saúde, cabe destacar os princípios constitucionais constantes no artigo 64.º, n.º 2, alínea a, da CRP, sejam eles: o princípio da universalidade, da generalidade e da tendencial gratuidade.

Outrossim, podemos considerar como princípios norteadores do Serviço Nacional de Saúde além dos princípios constitucionais da universalidade, generalidade, tendencial gratuidade, os princípios da integração de cuidados, equidade, qualidade, proximidade, sustentabilidade financeira e transparência, preconizados na Base XX, n.º 2¹⁴⁴, da Lei de Bases da Saúde.

Por sua vez, os princípios constitucionais da universalidade, da generalidade e da tendencial gratuidade são considerados princípios específicos de repartição e de justiça social, os quais não podem ficar à merce do acaso político, pois constituem condições imprescindíveis de acesso à prestação de cuidados de saúde do cidadão-utente.¹⁴⁵

Sob esse aspeto, insta tecer algumas considerações sobre os princípios da universalidade, generalidade e tendencial gratuidade.

¹⁴² ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 137.

¹⁴³ *Ibidem*, p. 138.

¹⁴⁴ “O SNS pauta a sua atuação pelos seguintes princípios:

- a) *Universal*, garantindo a prestação de cuidados de saúde a todas as pessoas sem discriminações, em condições de dignidade e de igualdade;
- b) *Geral*, assegurando os cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes;
- c) *Tendencial gratuidade dos cuidados*, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) *Integração de cuidados*, salvaguardando que o modelo de prestação garantido pelo SNS está organizado e funciona de forma articulada e em rede;
- e) *Equidade*, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;
- f) *Qualidade*, visando prestações de saúde efetivas, seguras e eficientes, com base na evidência, realizadas de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa;
- g) *Proximidade*, garantindo que todo o país dispõe de uma cobertura racional e eficiente de recursos em saúde;
- h) *Sustentabilidade financeira*, tendo em vista uma utilização efetiva, eficiente e de qualidade dos recursos públicos disponíveis;
- i) *Transparência*, assegurando a existência de informação atualizada e clara sobre o funcionamento do SNS. (grifamos)

¹⁴⁵ ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015, p. 141.

A universalidade no acesso consiste na garantia de prestação dos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação a todos os cidadãos, independentemente da sua condição econômica e social, de acordo com o disposto no artigo 64.º, n.º 3, alínea a), da CRP.

Igualmente, o acesso ao Serviço Nacional de Saúde é estendido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em território nacional, nos termos insculpidos no artigo 4.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

É pertinente, nesse sentido, citar a lição de JORGE REIS NOVAIS, que enaltece: “(...) **universal** significa ser dirigido à generalidade dos cidadãos, conferindo a todos o direito de recorrer ao SNS, mas não impedindo, naturalmente, a existência e a possibilidade de recurso aos serviços particulares de saúde.”¹⁴⁶

Além disso, a universalidade consiste no facto de que os serviços de saúde prestados através do Serviço Nacional de Saúde sejam acessíveis a todos aqueles que necessitarem, sem discriminações e em condições de dignidade e igualdade, de acordo com o disposto na Base XX, n.º 2, alínea a, da Lei de Bases da Saúde.

Não obstante, podemos dizer que o princípio da universalidade no acesso aos cuidados de saúde é corolário do princípio da igualdade, nos termos ínsitos no artigo 13.º, n.º 1, da CRP, que assim dispõe: “*Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.*”

Desse modo, à luz do princípio da universalidade presume-se que todas as pessoas, sem distinção, sejam contempladas pelas políticas de proteção e promoção da saúde.

Já a generalidade da prestação do serviço de saúde traduz-se no fato do Serviço Nacional de Saúde consistir em uma prestação completa, envolvendo todos os cuidados integrados de saúde, desde as atividades de promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença – *cuidados de saúde primários*, diagnóstico e tratamento dos doentes – *cuidados de saúde hospitalares* e reabilitação médica e social – *cuidados continuados*, de acordo com o disposto no artigo 6.º, n.º 2, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Nesse sentido, o termo “geral”, conforme descrito na Base XX, n.º 2, alínea b, da Lei de Bases da Saúde, consiste nos cuidados necessários para a promoção da saúde, prevenção da doença e o tratamento e reabilitação dos doentes.

¹⁴⁶ NOVAIS, Jorge Reis - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), pp. 87 e 88. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

Seguindo essa linha, de acordo com o entendimento preconizado por JORGE REIS NOVAIS: “(...) **geral** significa abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicos, traduzindo a necessidade de integração ou de garantia de prestação de todos os serviços e cuidados de saúde.”¹⁴⁷

Desse modo, segundo o princípio da generalidade o SNS deve estar estruturado e organizado de forma que seja assegurado aos utentes o acesso aos cuidados de saúde que necessitem, sejam eles, primários, hospitalares, continuados ou paliativos.

Ademais, o SNS deverá garantir o funcionamento articulado, integrado e interligado com as unidades que o compõem, de maneira que todos tenham acesso aos cuidados de saúde de que necessitem, de acordo com o disposto na Base XXII, n.º 2¹⁴⁸, da Lei de Bases da Saúde.

Por sua vez, a tendencial gratuidade, conforme assevera JORGE REIS NOVAIS: “*significa que a prestação de cuidados e serviços de saúde no âmbito do SNS tende a ser gratuita, mas não tem de ser gratuita, pelo menos, não tem de ser sempre gratuita.*”¹⁴⁹

A tendencial gratuidade no acesso ao Serviço Nacional de Saúde leva em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos. Isto quer dizer que podem ser cobradas taxas moderadoras aos utentes, estando isentos ao pagamento delas os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos.

À esse respeito o Tribunal Constitucional se pronunciou no Acórdão n.º 731/95, ao passo que reconheceu que as taxas moderadoras não são inconstitucionais, tendo em vista que pretende-se através da instituição das referidas taxas a racionalização da utilização do Serviço Nacional de Saúde e não única e exclusivamente uma contraprestação financeira como meio de pagamento pelos serviços e cuidados de saúde prestados, tampouco não pode a cobrança delas ensejar qualquer impedimento ou restrição de acesso aos cidadãos economicamente mais desfavorecidos aos cuidados de saúde.¹⁵⁰

Não obstante, insta frisar que a cobrança de taxas moderadoras não pode restringir o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, do contrário, elas seriam consideradas inconstitucionais.

O Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, regula a fixação das taxas moderadoras, apresentando uma diferenciação em três categorias: os pacientes isentos, não isentos ou

¹⁴⁷ NOVAIS, Jorge Reis - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), p. 88. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

¹⁴⁸ “A organização e funcionamento do SNS sustenta-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias de unidades de saúde, que trabalham de forma articulada, integrada e intersetorial.”

¹⁴⁹ NOVAIS, Jorge Reis - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), p. 98. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

¹⁵⁰ *Ibidem*, p. 95.

dispensados de pagamento.

Para além dos utentes que preencham os requisitos para o reconhecimento da situação de insuficiência económica, estão isentos do pagamento de taxas moderadoras, nos termos do artigo 4.º, n.º 1¹⁵¹, do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro: as grávidas e parturientes; as crianças até 12 anos de idade, inclusive; os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, entre outros.

Do mesmo modo, de acordo com o artigo 8.º¹⁵², do Decreto-Lei n.º 113/2011, é

¹⁵¹ “1 - Estão isentos do pagamento de taxas moderadoras:

- 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 respectivo agregado familiar, nos termos do artigo 6.º;
- e) Os dadores benévolos de sangue, nas prestações em cuidados de saúde primários;
- f) Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em cuidados de saúde primários;
- g) Os bombeiros, nas prestações em cuidados de saúde primários e, quando necessários em razão do exercício da sua actividade, em cuidados de saúde hospitalares;
- h) Os doentes transplantados;
- i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente.
- j) Os desempregados com inscrição válida no centro de emprego auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a 1,5 vezes o indexante de apoios sociais (IAS), que, em virtude de situação transitória ou de duração inferior a um ano, não podem comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º, e o respetivo cônjuge e dependentes.
- k) Os jovens em processo de promoção e proteção a correr termos em comissão de proteção de crianças e jovens ou no tribunal, com medida aplicada no âmbito do artigo 35.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, alterada pela Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º;
- l) Os jovens que se encontrem em cumprimento de medida tutelar de internamento, de medida cautelar de guarda em centro educativo ou de medida cautelar de guarda em instituição pública ou privada, por decisão proferida no âmbito da Lei Tutelar Educativa, aprovada pela Lei n.º 166/99, de 14 de setembro, alterada pela Lei n.º 4/2015, de 15 de janeiro, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º;
- m) Os jovens integrados em qualquer das respostas sociais de acolhimento por decisão judicial proferida em processo tutelar cível, e nos termos da qual a tutela ou o simples exercício das responsabilidades parentais sejam deferidos à instituição onde os jovens se encontram integrados, que não possam, por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º;
- n) Os requerentes de asilo e refugiados e respetivos cônjuges ou equiparados e descendentes diretos.

¹⁵² “É dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde:

- a) Consultas de planeamento familiar e atos complementares prescritos no decurso destas;
- b) Consultas, bem como atos complementares prescritos no decurso destas no âmbito de doenças neurológicas degenerativas e desmielinizantes, distrofias musculares, tratamento da dor crónica, saúde mental, deficiências congénitas de fatores de coagulação, infeção pelo vírus da imunodeficiência humana/SIDA, diabetes, tratamento e seguimento da doença oncológica;
- c) Primeira consulta de especialidade hospitalar, com referênciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários;
- d) Cuidados de saúde respiratórios no domicílio;
- e) Cuidados de saúde na área da diálise;
- f) Consultas e atos complementares necessários para as dádivas de células, sangue, tecidos e órgãos;
- g) Consultas e atos complementares de diagnóstico e terapêutica realizados no decurso de rastreios de base populacional, rastreios de infeções VIH/SIDA, hepatites, tuberculose pulmonar e doenças sexualmente transmissíveis, de programas de diagnóstico precoce e de diagnóstico neonatal, e no âmbito da profilaxia pré-exposição para o VIH, promovidos no âmbito dos programas de prevenção da Direção-Geral da Saúde;
- h) Consultas no domicílio realizadas por iniciativa dos serviços e estabelecimentos do SNS;
- i) Atendimento urgente e atos complementares decorrentes de atendimentos a vítimas de violência doméstica;
- j) Programas de tratamento de alcoólicos crónicos e toxicodependentes;
- k) Programas de tomas de observação direta;
- l) Vacinação prevista no programa nacional de vacinação e pessoas abrangidas pelo programa de vacinação contra a gripe sazonal;
- m) Atendimento em serviço de urgência, no seguimento de:
- i) Referênciação pela rede de prestação de cuidados de saúde primários, pelo Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde e pelo INEM para um serviço de urgência, incluindo os atos complementares prescritos;
- ii) Admissão a internamento através da urgência.
- n) Consultas e todos os exames complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos no âmbito da rede de prestação de cuidados de saúde primários;
- o) Consultas, bem como atos complementares prescritos no decurso destas no âmbito da prestação de cuidados pelas equipas específicas de cuidados paliativos.”

dispensada a cobrança de taxas moderadoras no âmbito das seguintes prestações de cuidados de saúde: - consultas de planeamento familiar; - cuidados de saúde respiratórios no domicílio, - cuidados de saúde voltados para a diálise, dentre outras.

Nesse sentido, em termos práticos, é pertinente trazer alguns dados estatísticos apontados pelo Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e Entidades Convencionadas de 2020,¹⁵³ elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Primeiramente, insta enaltecer que no ano de 2020 foi dada continuidade à política de saúde pública que objetiva a redução das despesas dos utentes utilizadores do SNS com taxas moderadoras.

Salienta-se que desde o dia 01 de abril de 2020 implementou-se a dispensa do pagamento de taxas moderadoras nas consultas dos cuidados de saúde primários.

Igualmente, a partir de 01 de setembro de 2020 determinou-se a dispensa do pagamento de taxas moderadoras na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica nos estabelecimentos públicos de saúde, quando solicitados pelos cuidados de saúde primários.

Ainda, cabe referir que no ano de 2020 houve uma diminuição do número de utentes isentos e dispensados do pagamento de taxas moderadoras em quase todas categorias de isenção e dispensa.

Além disso, importa mencionar que os rendimentos com o pagamento das taxas moderadoras, no ano de 2020, totalizaram 99.551.859 euros (valores provisórios). Ressalta-se que os rendimentos com taxas moderadoras se encontram ligeiramente superiores nos cuidados primários.

3. Os beneficiários e os profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde

O direito à proteção da saúde é um direito constitucionalmente assegurado a todos, ínsito no artigo 64.º, n.º 1, da CRP.

Partindo do preceito constitucional, o artigo 4.º, n.º 1, da Lei do Serviço Nacional de

¹⁵³ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 15 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

Saúde estabelece que o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social.

Seguindo essa diretriz, a Lei de Bases da Saúde especifica que os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde são todos os cidadãos portugueses, *vide* Base XXI, n.º 1.

Do mesmo modo, de acordo com a Base XXI, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde são considerados beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável.

Nesse sentido, o artigo 4.º, n.º 2, da Lei do Serviço Nacional de Saúde disciplina que o acesso ao SNS também é assegurado aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.

Desse modo, vislumbra-se o conceito amplo de beneficiários do SNS que vai de acordo com o princípio de equiparação de direitos e deveres entre cidadãos nacionais e estrangeiros, disposto no artigo 15, n.º 1, da CRP, que assim estabelece: *“Os estrangeiros e os apátridas que se encontrem ou residam em Portugal gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres do cidadão português.”*

Importa enaltecer que *utente* é o termo específico utilizado para designar o beneficiário do Serviço Nacional de Saúde.

Os utentes gozam de inúmeros direitos e garantias. Senão vejamos.

De acordo com o estabelecido na Base II, n.º 1¹⁵⁴, da Lei de Bases da Saúde, todas as

¹⁵⁴ “1 - Todas as pessoas têm direito:

- a) À proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade;
- b) A aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde;
- c) A escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes;
- d) A receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem;
- e) A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar;
- f) A decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo nos casos excecionais previstos na lei, a emitir diretivas antecipadas de vontade e a nomear procurador de cuidados de saúde;
- g) A aceder livremente à informação que lhes respeite, sem necessidade de intermediação de um profissional de saúde, exceto se por si solicitado;
- h) A ser acompanhadas por familiar ou outra pessoa por si escolhida e a receber assistência religiosa e espiritual;
- i) A apresentar sugestões, reclamações e a obter resposta das entidades responsáveis;
- j) A intervir nos processos de tomada de decisão em saúde e na gestão participada das instituições do SNS;
- k) A constituir entidades que as representem e defendam os seus direitos e interesses, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção da saúde e prevenção da doença, de ligas de amigos e de outras formas de participação que a lei preveja;
- l) À promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo

peças têm direito: - à proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade; - a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde; - a escolher livremente a entidade prestadora de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes; - a receber informação sobre o tempo de resposta para os cuidados de saúde de que necessitem; - a ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar, dentre outros.

Outrossim, segundo o disposto no artigo 8.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, é garantido, aos utentes, a liberdade de escolha do responsável pela prestação dos cuidados de saúde.

Ainda, é assegurado aos utentes, nas relações com o SNS, o respeito pela sua dignidade e a preservação da intimidade da sua vida privada. Do mesmo modo, são reconhecidos aos utentes os direitos decorrentes da sua integração no agregado familiar e na comunidade a que pertençam, nos termos do disposto no artigo 9.º, n.º 1 e n.º 2, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Ademais, conforme dispõe o artigo 10.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, os utentes têm garantido o direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS relativamente aos factos de que tenham conhecimento em razão do exercício das suas funções, salvo intervindo decisão judicial ou justa causa de revelação, nos termos legais.

Além disso, consoante versa o artigo 14.º¹⁵⁵, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, os utentes têm direito às seguintes prestações: - cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença; - cuidados médicos de clínica geral e de especialidades; - cuidados

determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde.”

¹⁵⁵ “Os utentes do SNS têm direito, em termos a regulamentar, às seguintes prestações:

- a) Cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença;
- b) Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;
- c) Cuidados de enfermagem;
- d) Internamento hospitalar;
- e) Transporte de doentes quando medicamente indicado;
- f) Elementos complementares de diagnóstico e tratamento especializados;
- g) Suplementos alimentares dietéticos;
- h) Medicamentos e produtos medicamentosos;
- i) Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
- j) Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.”

de enfermagem; - internamento hospitalar, dentre outros.

Não obstante, os utentes, que porventura tiverem os direitos violados pelos órgãos ou pessoal do SNS, têm direito a ser indenizados pelos danos causados, nos termos da lei reguladora da responsabilidade civil extracontratual do Estado no domínio dos atos de gestão pública, segundo preceitua o artigo 12.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Entretanto, assim como gozam de direitos, os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde devem cumprir os seguintes deveres, nos termos do disposto na Base II, n.º 4, da Lei de Bases da Saúde: - respeitar os direitos das outras pessoas; - colaborar com os profissionais de saúde em todos os aspetos relevantes para a melhoria do seu estado de saúde e observar as regras sobre a organização, o funcionamento e a utilização dos estabelecimentos e serviços de saúde a que recorrem.

Outrossim, insta referir a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, importante instrumento normativo que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

O referido dispositivo legal tem por intuito expor de forma clara e unificada os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

O capítulo II da Lei n.º 15/2014, de 21 de março delimita os direitos do utente dos serviços de saúde. Dentre os inúmeros direitos, cumpre mencionar alguns.

O artigo 2.º, da Lei n.º 15/2014, de 21 de março estabelece o direito de escolha do utente dos serviços e prestadores de cuidados de saúde. Já o artigo 3.º versa sobre o consentimento ou recusa, dispondo que ambos devem ser declarados de forma livre e esclarecida. Por conseguinte, o artigo 5.º assegura a proteção aos dados pessoais e à vida privada do utente dos serviços de saúde. Do mesmo modo, o artigo 6.º estabelece o direito ao sigilo dos dados pessoais do utente dos serviços de saúde. Ainda, o artigo 7.º consagra o direito à informação, dispondo que o utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre o seu estado de saúde atual e a sua evolução, bem como sobre as alternativas possíveis de tratamento.

Por outro lado, os deveres do utente dos serviços de saúde estão dispostos no capítulo IV, da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, precisamente no artigo 24.º.

Dentre os deveres, o utente dos serviços de saúde deve respeitar os direitos dos demais utentes, assim como também dos profissionais de saúde que se relacione; o utente deve cumprir as regras de organização e funcionamento dos serviços e estabelecimentos

prestadores de saúde; o utente deve também cooperar em todos os aspetos com os profissionais de saúde e por fim, deve arcar com os encargos financeiros provenientes da prestação dos cuidados de saúde, quando aplicável.

Já no que se refere aos profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde, insta consignar que eles desempenham uma relevante função social à serviço do homem e da sociedade, razão pela qual gozam da qualidade de funcionário público ou agente, sem prejuízo de poder beneficiar de estatuto especial, segundo dispõe o artigo 44.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Desse modo, pela relevante função social que exercem, os profissionais da saúde estão sujeitos a deveres éticos e deontológicos acrescidos, especificamente os de guardar sigilo profissional sobre a informação de que tomem conhecimento no exercício da sua atividade, conforme preceitua a Base XXVIII, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde.

Outrossim, os referidos profissionais de saúde têm direito a uma carreira profissional que reconheça a sua diferenciação na área da saúde, nos termos ínsitos na Base XXIX, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde.

Nesse sentido, de acordo com o disposto na Base XXIX, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde, o Estado tem o dever de investir em uma política de recursos humanos que garanta vínculos profissionais estáveis, fomente o trabalho em equipa e estimule a formação profissional contínua e permanente dos profissionais de saúde.

Igualmente, segundo o previsto na Base XXVIII, n.º 3, da Lei de Bases da Saúde: *“Os profissionais de saúde têm direito a aceder à formação e ao aperfeiçoamento profissionais, tendo em conta a natureza da atividade prestada, com vista à permanente atualização de conhecimentos.”*

Sobretudo, em termos práticos, insta referir relevantes indicadores sociais dos recursos humanos que constituem o Serviço Nacional de Saúde apontados no Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde¹⁵⁶, de 2018, realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Os trabalhadores das entidades do Ministério da Saúde (MS) totalizam 135.401 trabalhadores, dentre os quais, 97,3% prestam serviços nas entidades de cuidados de saúde

¹⁵⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2018*. [Consult. 13 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf?msclkid=477ffacdc61211ecbdc0f470227eb992>.

primários e hospitalares e os 2,7% restantes referem-se aos trabalhadores que prestam serviços técnicos e administrativos.

Sob a perspetiva de distribuição regional dos trabalhadores, as regiões de Lisboa, Vale do Tejo e Norte são as que concentram o maior número de trabalhadores, correspondendo a 70% dos profissionais. Já os trabalhadores que prestam serviço no Centro do país correspondem a 19,1%. Enquanto os que prestam serviço no Alentejo correspondem a 4,9%. Por fim, os profissionais que prestam serviço no Algarve correspondem a 4,5%.

Outrossim, no que se refere aos grupos profissionais, os enfermeiros constituem o grupo que conta com o maior número de profissionais, o qual constitui-se por 44.932 trabalhadores, correspondendo a 33,2%. Seguindo-se pelos médicos que consistem em 29.291 profissionais, correspondendo a 21,6%, sendo que destes cerca de 68% são especialistas e 32% são internos. Por conseguinte, o grupo dos assistentes operacionais possui 26.740 trabalhadores; representando 19,7%.

Cabe frisar que os profissionais de saúde integrantes dos “corpos” especiais de saúde, sejam eles, médicos, enfermeiros, técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores de saúde e farmacêuticos, correspondem a aproximadamente 62% dos profissionais.

Outro importante aspeto diz respeito às contratações dos profissionais de saúde que foram realizadas no ano de 2018.

Segundo o banco de dados, foram admitidos 3.469 profissionais em regime de contrato definitivo, dos quais 264 sob a forma de CTFP por tempo indeterminado e 3.205 trabalhadores foram admitidos na modalidade de contrato individual sem termo.

Do mesmo modo, cabe mencionar que 70% dos profissionais de saúde fazem parte das entidades públicas empresariais e as entidades em regime de parceria público-privada correspondem a 5% do total de efetivos.

Ainda, no que concerne ao tipo de entidades do SNS e Ministério da Saúde, os hospitais são considerados os maiores empregadores do sistema, correspondendo a 92.454 trabalhadores, ou seja 68,3% do total. Na sequência, estão as administrações regionais de saúde (ARS) que empregam 18,5% dos trabalhadores. Em seguida, os profissionais que prestam serviço nas unidades locais de saúde (ULS) constituem 10,6% dos trabalhadores e por fim, os serviços centrais representam 2,7% dos trabalhadores.

Já no que toca às reformas, no ano de 2018 registram-se 881 saídas de trabalhadores

por motivo de aposentação. Os assistentes operacionais foram o grupo profissional que registou o maior número de aposentações, correspondente a 41% do total, seguido dos médicos, que representam 31%, do total e por fim, os assistentes técnicos, que correspondem a 11% do total.

Além disso, cabe referir que as despesas com pessoal no ano de 2018 corresponderam a 4,06 mil milhões de euros, dos quais aproximadamente 25% referem-se a entidades integradas no setor público administrativo e 75% dizem respeito a estabelecimentos compreendidos no setor empresarial do Estado.

Ademais, importa analisar a evolução dos recursos humanos da saúde no período compreendido entre os anos de 2010 a 2018, vejamos.

Sob o aspeto regional, cabe salientar que todas as regiões do país têm tido um reforço nos seus recursos humanos, ressaltando-se o aumento mais considerável das regiões de saúde do Norte, que teve um aumento de 2,91%, do Alentejo, que teve um aumento de 2,52% e Lisboa e Vale do Tejo, que teve um aumento de 2,42%, em 2018 em relação do ano 2017.

Relativamente ao que diz respeito ao internato médico, o ano de 2018 comparado com o ano de 2010 teve um aumento de 938 ingressos no ano comum e de 590 ingressos na formação especializada.

Especificamente aos recursos humanos estrangeiros, entre os anos de 2010 a 2018 houve uma considerável estabilização. Não obstante, no ano de 2018 houve um ligeiro aumento, na qual foram contabilizados 3.163 trabalhadores estrangeiros, o que corresponde a 2,3% do total dos trabalhadores do Ministério da Saúde.

4. A prestação de cuidados de saúde: primários, diferenciados, continuados e paliativos

O acesso às prestações de cuidados de saúde é assegurado primordialmente pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, caso não seja possível garantir a totalidade das prestações na rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integrantes do SNS, de acordo com os termos estabelecidos no artigo 15.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Desse modo, as prestações de saúde que integram o SNS dividem-se em: *a) atenção primária*, prestada nos centros de saúde; *b) cuidados hospitalares ou diferenciados*, realizados

nos hospitais e centros hospitalares e c) *cuidados continuados e paliativos*, efetivados em unidades próprias ou no domicílio do paciente.¹⁵⁷

A principal porta de acesso ao Serviço Nacional de Saúde deverá ser através da prestação de cuidados primários.¹⁵⁸

Nesse sentido, os cuidados de saúde prestados através da atenção primária, conforme dispõe o artigo 16.º, n.º 2, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, constituem-se: - os destinados à prevenção da doença e promoção da saúde e os cuidados de tipo ambulatório, abrangendo os de clínica geral, materno-infantis e de planeamento familiar, escolares e geriátricos, incluindo os domiciliários; - os cuidados de especialidades, abrangendo nomeadamente as áreas da oftalmologia, da estomatologia, da otorrinolaringologia e da saúde mental; - os internamentos que não impliquem cuidados diferenciados; os elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação e os cuidados de enfermagem, incluindo os de visita domiciliária.

Nesta senda, os cuidados primários, segundo a conceção de ISA ANTÓNIO: *“(...) são os cuidados de saúde prestados no seio de clínicas, centros de saúde, (...), na circunstância em que a doença implica um tratamento “simples”, sendo a maioria das vezes o primeiro contacto do doente com o sistema de saúde, antes de ser reencaminhado para médicos da especialidade ou hospitais.”*¹⁵⁹

No entanto, os cuidados de saúde hospitalares ou diferenciados são aqueles que compreendem o internamento hospitalar e os atos ambulatoriais especializados para diagnóstico e terapêutica e reabilitação e ainda as consultas externas de especialidades, nos termos previstos no artigo 16.º, n.º 3, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Assim sendo, no que diz respeito aos cuidados de saúde diferenciados, de acordo com ISA ANTÓNIO: *“são os prestados no âmbito hospitalar, sendo abrangidos as cirurgias, operações, terapêuticas mais evoluídas e complexas, quando comparadas com as que são prestadas em pequenos centros de saúde.”*¹⁶⁰

¹⁵⁷ NUNES, Alexandre Morais - O Serviço Nacional de Saúde Português: Caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 9, n.º 3, (set./dez.2020), pp. 504 e 505. [Consult. 13 dez. 2021]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/18541/8516>>.

¹⁵⁸ *Ibidem*, p. 505.

¹⁵⁹ ANTÓNIO, Isa - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 232. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%c2%ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

Em contrapartida, os cuidados de saúde continuados são prestações de saúde pós-hospitalares e consistem na reabilitação dos pacientes.¹⁶¹

Seguindo o entendimento de ISA ANTÓNIO no que respeita aos cuidados de saúde continuados: *“(...) são aqueles dos quais o doente beneficia, durante uma fase mais ou menos duradoura, de acompanhamento e supervisão sobre o seu estado clínico até à sua plena convalescença.”*¹⁶²

Aliás, nesse sentido, importante referir o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Segundo o artigo 3.º, alínea a, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, os cuidados continuados integrados constituem *“o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo.”*

Sobretudo, os cuidados continuados integrados objetivam melhorar a funcionalidade do doente em situação de dependência, por meio da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, conforme disposto no artigo 3.º, alínea a, *in fine*, do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

Outrossim, importa mencionar que a Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, doravante Lei de Bases dos Cuidados Paliativos regula o direito de acesso dos utentes aos cuidados paliativos e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP).

Os cuidados paliativos consistem em cuidados prestados por unidades e equipas de saúde especializadas, em pacientes internados ou prestados no domicílio do paciente, provenientes de doença incurável ou grave, em fase avançada ou progressiva, de acordo com o preceituado na Base II, alínea a, da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

Esses cuidados visam promover o bem-estar e qualidade de vida do doente, por meio do alívio da dor e do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, de acordo com o disposto na Base II, alínea a, *in fine* da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

Sobretudo, importa verificar a evolução dos cuidados de saúde ao longo dos anos, com

¹⁶¹ NUNES, Alexandre Moraes - O Serviço Nacional de Saúde Português: Caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 9, n.º 3, (set./dez.2020), p. 507. [Consult. 13 dez. 2021]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/18541/8516>>.

¹⁶² ANTÓNIO, Isa - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 232. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%c2%ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

base no Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020¹⁶³, elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

No que concerne aos cuidados de saúde primários, de acordo com relatório, no ano de 2020 foram aprovadas 20 Unidades de Saúde Familiares (USF), das quais 19 entraram em funcionamento no mesmo ano.

No final de 2020, as 581 USF em atividade compreendiam 64,2% do total de utentes inscritos nos cuidados de saúde primários, consistindo em um aumento de cobertura de 1% da população inscrita em USF, em relação ao ano 2019.

Outrossim, a percentagem de utentes com médico de família atribuído face aos inscritos nos cuidados de saúde primários é de 91,6% em 2020, correspondendo a 9.449.263 utentes.

Desse modo, insta ressaltar que nos últimos anos o número de utentes tem vindo a aumentar, e particularmente em 2020, o número de utentes inscritos aumentou em 6.325 utentes em relação ao ano de 2019.

Ademais, levando em conta a população residente no continente, ou seja, 9.802.128 habitantes em 2020, com base nos dados atualizados pelo INE a 14 de junho de 2021, é possível estimar que a percentagem de utentes com médico de família atribuído face a população residente é de 96,4%.

Não obstante, a partir da contabilização do número de utentes sem médico de família atribuído, constata-se, ao final de 2020, um total de 835.658 utentes sem médico de família.

Ainda, pertinente referir que as consultas médicas nos cuidados de saúde primários, no final de 2020 consistiram em 32.553.575 consultas, resultando em um acréscimo de 3,1% em relação ao ano de 2019.

Além disso, as consultas médicas não presenciais registaram um aumento significativo de 100,4%. Importa ressaltar que um fator determinante que ensejou esse crescimento expressivo se deve ao facto da Pandemia COVID-19, visto que os profissionais e os serviços de saúde se viram obrigados a recorrer a novas formas de interação e prestação dos cuidados de saúde com os utentes, por motivos de segurança, a fim de evitar a aglomeração de pessoas em locais fechados.

¹⁶³ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 13 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

Por conseguinte, no que diz respeito aos cuidados hospitalares, em 2020, o SNS contava com 49 instituições hospitalares que incluem hospitais e centros hospitalares, unidades locais de saúde, entidades do setor público administrativo e parcerias público-privadas.

Por sua vez, importa enaltecer que a Pandemia COVID-19 também teve um impacto determinante a nível hospitalar, tendo em vista que muitos doentes necessitaram de internamento nas enfermarias e nos cuidados críticos.

Desse modo, para garantir a capacidade de resposta frente as necessidades de internamento decorrentes da COVID-19 foram criadas, nos hospitais, áreas dedicadas exclusivamente para pacientes COVID-19.

Nesse sentido, no decorrer do ano de 2020 foram contabilizados 28.167 episódios de internamento de doentes com diagnóstico de COVID 19. Desses internamentos, 4.835 pacientes vieram à óbito, tendo como principal causa da morte o diagnóstico de COVID-19. Por sua vez, o tempo médio de internamento foi de 10,17 dias de pacientes com idade média de 81,45 anos.

Logo, diante da situação epidemiológica, o nível de internamentos precisou sofrer um ajuste à lotação hospitalar, razão pela qual em 2020 houve uma diminuição de 0,7% em relação ao ano anterior do número de camas, correspondendo a 21.109 leitos hospitalares.

Outrossim, no que se refere às consultas externas hospitalares, em 2020 foram contabilizadas 11.130 consultas realizadas, implicando uma diminuição de 10,4% em relação ao ano anterior. Assim como também as intervenções cirúrgicas tiveram uma diminuição de 17,8% em 2020 face ao ano de 2019.

Igualmente as intervenções cirúrgicas em ambulatório, que vinham crescendo ao longo dos anos, em 2020 tiveram uma diminuição de 19,1% em relação ao ano anterior.

Ademais, cumpre referir que o acesso às primeiras consultas hospitalares no âmbito do Programa Consulta Tempo e Horas (CTH), em 2020 apresentou uma diminuição de 34,9% em relação a 2019, correspondendo a 1.192.831 novos pedidos de primeira consulta.

Da mesma forma, as consultas referenciadas pelo médico de família por meio do CTH, em 2020 sofreram uma diminuição de 22,9% face ao ano anterior, totalizando 1.035.812 consultas.

Já a média do tempo de espera até a realização da primeira consulta registou, em 2020, um aumento de 100,2 dias. Em contrapartida, a nível nacional, o tempo médio de triagem dos pedidos de primeira consulta em 2020 foi de 13 dias, constatando-se uma ligeira diminuição

face ao ano anterior.

Entretanto, quanto às cirurgias programadas no SNS, através do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), ao longo do ano de 2020 realizaram-se 514.000 cirurgias, menos 18,2% comparado ao ano de 2019.

Insta ressaltar que desde 2010 até 2019 o número de registos de pacientes operados foi sempre crescente. Todavia, o ano de 2020 foi marcado por uma ligeira diminuição, fruto do contexto pandémico, o qual implicou o cancelamento das cirurgias programadas para a utilização dos espaços de recobro e blocos operatórios aos pacientes COVID-19.

Outrossim, no que diz respeito aos atendimentos urgentes, em 2020 contabilizaram-se 4.552.704 atendimentos, registando um decréscimo de 29,1% em relação ao ano de 2019.

Dos atendimentos de urgência que reverteram em internamentos, no ano de 2020 quando comparado com o ano anterior, registrou-se um acréscimo de 2,1%.

Já os casos de urgência atendidos dentro do tempo previsto pela Triagem de Manchester¹⁶⁴ situaram-se, em 2020, nos 77,7%, tendo um acréscimo de 3,4% em relação ao ano anterior.

Por conseguinte, no que diz respeito aos cuidados continuados integrados, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é composta pelos cuidados domiciliários, de ambulatório e de internamento.

Desse modo, os lugares de internamento na RNCCI no ano de 2020 apresentou um aumento significativo de 5% quando comparado com o ano anterior, totalizando 9.468 lugares de internamento.

Por sua vez, levando em consideração todos os lugares que compõem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sejam eles: os lugares de internamento, de ambulatório e os domiciliários, no ano de 2020 existiam no total 15.374 lugares, um aumento de 3,6% em relação ao ano de 2019.

Outrossim, no que se refere ao número de utentes atendidos na RNCCI, em 2020 foram

¹⁶⁴ A Triagem de Manchester é um protocolo de seleção de pacientes que baseia o nível de urgência por um código de cores. Essa metodologia surgiu em 1997, na cidade de Manchester, na Inglaterra, e não demorou até que se tornasse um sistema global, por conta da sua eficiência. (...) O protocolo de Manchester funciona a partir de um código de cinco cores, anexadas às pulseiras de identificação dos pacientes. (...) O vermelho representa os casos de urgência máxima, com risco de morte. Dessa forma, o paciente não pode aguardar nem mais um minuto até receber o tratamento adequado, sendo prioridade máxima da equipe médica. (...) Enquanto isso, na triagem de Manchester, o laranja determina casos muito graves, cuja espera de atendimento não pode ser superior a 10 minutos. (...) Casos classificados como amarelo na triagem de Manchester representam um nível intermediário de gravidade. O tempo de espera por atendimento não pode ser maior do que 50 minutos, indicando uma emergência moderada. (...) A cor verde indica pacientes pouco urgentes, que podem esperar até 120 minutos para receber atendimento. (...) Por fim, na triagem de Manchester, a cor azul indica casos não-graves, que podem aguardar atendimento em até 240 minutos. – NEURAL MED - *Triagem de Manchester: O que é e sua importância para a saúde*. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://www.neuralmed.ai/blog/triagem-de-manchester>>.

assistidos 45.959 utentes, uma diminuição significativa de 8,9% em relação a 2019. Esse decréscimo também é apontado como consequência da situação pandémica provocada pelo COVID-19.

Todavia, insta referir que no intuito de garantir a resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados diante da crise epidemiológica, foi autorizada a abertura de 107 camas da tipologia da Rede Geral.

Por fim, quanto aos cuidados paliativos, ao final do ano de 2020 a Rede Nacional de Cuidados Paliativos detinha a seu favor: - 45 equipas intra-Hospitalares de suporte em cuidados paliativos; - 27 equipas comunitárias ou domiciliárias de suporte em cuidados paliativos; - 399 camas em cuidados paliativos; - 166 camas em cuidados paliativos de menor complexidade na RNCCI; - 7 equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos pediátricas.

Desse modo, o Serviço Nacional de Saúde conta com equipas intra-Hospitalares de suporte em cuidados paliativos em quase todos os hospitais do país, com exceção do Hospital Distrital da Figueira da Foz e a ULS do Baixo Alentejo.

Por sua vez, todos os distritos do país contam com equipas específicas de cuidados paliativos. Todavia, somente os distritos de Leiria e Viana do Castelo ainda não dispõem de uma unidade de internamento de cuidados paliativos.

Insta ressaltar que a Pandemia COVID-19 também afetou os cuidados de saúde paliativos, visto que muitos profissionais das equipas de cuidados paliativos tiveram que ser remanejados para as áreas especializadas no atendimento de pacientes COVID-19.

5. A organização, o funcionamento e o financiamento do Serviço Nacional de Saúde

No que diz respeito à organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde, bem como quanto a natureza jurídica dos vários estabelecimentos e serviços prestadores que o integram, cabe à lei regular e ao Estado o dever de garantir os recursos imprescindíveis à efetivação do direito à proteção da saúde, nos termos do disposto na Base XXII, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde.

Outrossim, de acordo com o previsto na Base XXII, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde, a organização e funcionamento do SNS verifica-se em diferentes níveis de cuidados e tipologias

de unidades de saúde, de forma articulada, integrada e intersetorial.

Do mesmo modo, insta frisar que a organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve primar pela autonomia de gestão, pelos níveis intermédios de responsabilidade e pelo trabalho de equipa, conforme preceitua a Base XXII, n.º 3, da Lei de Bases da Saúde.

Importa referir que o SNS goza de 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 primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados, segundo estabelece o artigo 18.º, n.º 1, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Aos órgãos do SNS compete, conjuntamente, garantir a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços, bem como definir a complementaridade de valências e promover a descentralização decisória e a participação dos utentes no planeamento e na gestão dos serviços, nos termos definidos no artigo 19.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Nesse sentido, o artigo 24.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde define os órgãos centrais do SNS *de natureza consultiva*: o Conselho Nacional de Saúde; *de natureza institucional*: o Departamento de Ensino e Investigação, o Departamento de Assuntos Farmacêuticos, o Departamento de Estudos e Planeamento, o Departamento de Gestão Financeira e a Inspeção dos Serviços de Saúde; *de natureza executiva*: a Administração Central de Saúde.

Ao Conselho Nacional de Saúde, de acordo com o artigo 26.º, n.º 1, da Lei do Serviço Nacional de Saúde compete, particularmente, manifestar-se sobre a definição e a orientação superior da política de saúde, elaborar pareceres sobre as questões que pelo Ministro dos Assuntos Sociais ou pelo Secretário de Estado da Saúde lhe sejam atribuídas e interceder nas atribuições de responsabilidade interministerial referentes ao sector da saúde.

No que se refere ao Departamento de Ensino e Investigação, segundo o artigo 27.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde a ele compete estimular e gerir as atividades de ensino e investigação em matéria de saúde, bem como fomentar, garantir e potencializar os documentos e informações técnico-científicos.

No tocante ao Departamento de Assuntos Farmacêuticos, o artigo 28.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde prevê que a ele compete interceder nas matérias relacionadas ao licenciamento, produção, importação, comercialização, informação, consumo de

medicamentos e matéria-prima para fins farmacêuticos, bem como fornecer licença aos estabelecimentos que produzem e comercializam medicamentos.

No que diz respeito ao Departamento de Estudos e Planeamento, o artigo 29.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde disciplina que a ele compete, dentre outros, realizar, acompanhar e avaliar os planos sectoriais de desenvolvimento, bem como estudar e indicar medidas pertinentes relacionadas com a economia da saúde.

Ao Departamento de Gestão Financeira de acordo com o artigo 30.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde compete realizar o orçamento e a prestação de contas do SNS, bem como acompanhar a execução do orçamento e fiscalizar a gestão económico-financeira do SNS.

No que concerne à Inspeção dos Serviços de Saúde, o artigo 31.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde estabelece que a ela compete, em suma, inspecionar as atividades dos órgãos e serviços integrantes do SNS e o funcionamento das entidades não oficiais e privadas no setor da saúde.

Já relativamente à Administração Central de Saúde, segundo o artigo 32.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde compete a ela gerir o SNS de acordo com as diretrizes superiores, organizar os diferentes setores da atividade, elaborar normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços, celebrar convênios de âmbito nacional e deliberar sobre matéria que não seja competência peculiar do Ministro dos Assuntos Sociais, do Secretário de Estado da Saúde ou de quaisquer outros órgãos.

Sobretudo, o artigo 20.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, estabelece as atribuições dos órgãos centrais, as quais, dentre outras, consistem em: planejar as políticas de saúde, elaborar normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços, deliberar sobre questões pertinentes à organização e funcionamento do SNS e controlar a atividade privada no âmbito do setor da saúde.

Ademais, cumpre referir que o SNS se organiza a nível territorial em regiões de saúde e a nível funcional por níveis de cuidados de saúde (primários, hospitalares e continuados integrados), conforme disposto no artigo 5.º, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Desse modo, a nível territorial, o SNS se organiza nas seguintes regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, nos termos dispostos no artigo 6.º, n.º 1, do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Por sua vez, importa referir uma novidade trazida pelo Novo Estatuto do SNS, a previsão da Direção Executiva do SNS.

Em linhas gerais, a Direção Executiva do SNS visa dirigir o SNS, à nível central.¹⁶⁵

Outrossim, o artigo 21.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, define as atribuições dos órgãos regionais, as quais, dentre outras, se destacam: a efetivação das políticas de saúde; o gerenciamento e controle de serviços, registo de dados e análise epidemiológica; controle e fiscalização do exercício profissional; o planeamento e a análise da prestação dos serviços e das atividades de saúde e formalização de convênios com entidades não integrantes do SNS.

Por conseguinte, são considerados órgãos locais do SNS, nos termos do artigo 41.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, as direções dos centros de saúde concelhios, as quais gozam da competência que lhes for delegada pela respetiva administração regional de saúde e dispondo, como órgãos consultivos, de comissões concelhias de apoio.

Ainda, impende consignar que são atribuições dos órgãos locais, conforme dispõe o artigo 22.º, da Lei do Serviço Nacional de Saúde: a coordenação e gerenciamento de serviços, a administração das unidades prestadoras de cuidados primários e o registo e verificação de dados estatísticos.

Além disso, há os serviços prestadores dos cuidados de saúde que se dividem em: serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados.

Desse modo, de acordo com o artigo 42.º, n.º 1 e n.º 2, da Lei do Serviço Nacional de Saúde, os serviços prestadores de cuidados primários correspondem aos centros comunitários de saúde, enquanto os serviços prestadores de cuidados diferenciados correspondem aos hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas.

Os serviços prestadores de cuidados dependem das administrações regionais de saúde,

¹⁶⁵ Decreto-Lei nº 52/2022, de 04 de agosto - “Artigo 9.º Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde:

1 - O SNS é dirigido, a nível central, por uma direção executiva, doravante designada Direção Executiva do SNS, à qual compete, sem prejuízo da autonomia das unidades de saúde que integram o SNS e da sua organização regional, designadamente:

- a) Coordenar a resposta assistencial das unidades de saúde que integram o SNS, bem como daquelas que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP);
- b) Gerir a RNCCI, incluindo a área de saúde mental, e a RNCP, em articulação com os demais organismos competentes;
- c) Assegurar o funcionamento em rede do SNS, através da articulação nacional dos diferentes estabelecimentos e serviços, da integração dos diversos níveis de cuidados e da procura de respostas de proximidade, nomeadamente coordenando a criação, revisão e gestão das Redes de Referência Hospitalar;
- d) Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde;
- e) Garantir a melhoria contínua do acesso ao SNS, bem como assegurar a gestão do sistema de acesso e tempos de espera e do sistema de inscritos para cirurgia;
- f) Definir as diretrizes a que devem obedecer os planos e programas de ação dos estabelecimentos e serviços do SNS, bem como os critérios de avaliação dos resultados obtidos;
- g) Emitir normas e orientações no âmbito da integração de cuidados, serviços e redes do SNS;
- h) Monitorizar o desempenho e resposta do SNS, designadamente através de inquéritos de satisfação aos beneficiários ou utentes e profissionais de saúde;
- i) Promover a participação pública no SNS, garantindo a intervenção dos beneficiários do SNS, designadamente das associações de utentes, nos processos de tomada de decisão;
- j) Assegurar a representação do SNS;
- k) Exercer as demais competências que lhe sejam atribuídas por lei, bem como praticar todos os atos que lhe sejam delegados.”

sem prejuízo de autonomia que lhes for fixada por lei, segundo dispõe o artigo 42.º, n.º 3, da Lei do Serviço Nacional de Saúde.

Por conseguinte, no tocante ao funcionamento dos estabelecimentos e serviços do SNS, este deve consistir em técnicas de planeamento, gestão e avaliação, com intuito de garantir que é retirado o maior proveito, socialmente útil, dos recursos públicos que lhe são alocados, segundo o disposto na Base XXII, n.º 4, da Lei de Bases da Saúde.

Além disso, conforme estabelecido na Base XXII, n.º 5, da Lei de Bases da Saúde, o funcionamento do SNS: *“sustenta-se numa força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (...).”*

Por conseguinte, no que diz respeito ao financiamento do Serviço Nacional de Saúde, ele é assistido através de verbas públicas provenientes do Orçamento do Estado, podendo ser determinada a consignação de receitas fiscais para o efeito, sem prejuízo de outras receitas previstas em lei, regulamento, contrato ou outro título, nos termos ínsitos na Base XXIII, n.º 1, da Lei de Bases da Saúde.

Importante enaltecer que o referido financiamento deve permitir que o SNS seja dotado dos recursos necessários ao cumprimento das suas funções e objetivos.

Desse modo, segundo o previsto na Base XXIII, n.º 2, da Lei de Bases da Saúde, cabe à lei delimitar os critérios objetivos e quantificáveis para o financiamento do SNS, podendo estabelecer valores mínimos, de acordo com indicadores demográficos, sociais e de saúde.

Outrossim, cabe referir que a Administração Central do Sistema de Saúde, órgão integrante do Ministério da Saúde, é responsável pelo orçamento do SNS e pelo monitoramento dos recursos financeiros e humanos em todo o SNS, bem como pelas instalações e equipamentos, tendo como missão proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde no domínio da contratação da prestação de cuidados, segundo estabelece o artigo 3.º, n.º 1, do Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro.

Nesse sentido, importa referir em termos práticos as verbas públicas provenientes do Orçamento do Estado destinadas ao financiamento do Serviço Nacional de Saúde, com base

no Relatório do Orçamento do Estado de 2021¹⁶⁶, vejamos.

O Programa Orçamental da Saúde para o ano de 2021 estipula o total de 12.565,4 milhões de euros para a receita consolidada e o total de 12.564,8 milhões de euros para a despesa total consolidada, o que representa em relação à execução orçamentária estimada do ano anterior um acréscimo de 6,1% e 4,1%, respetivamente.

Desse modo, o orçamento estimado para 2021 tem um aumento de 469,6 milhões de euros, ou seja, 4,7% em relação ao orçamento inicial de 2020 financiado por receitas de impostos.

Ressalta-se que do total de receita consolidada (12.565,4 milhões de euros), aproximadamente 58,8% (7.383 milhões de euros) são provenientes de receitas próprias, que consistem em verbas oriundas do contrato programa a ser estabelecido entre a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) e as entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo que na sua conceção tem proveniência de receita de impostos.

A restante despesa é financiada por transferências entre entidades (2.978,1 milhões de euros), receitas de impostos (1.492,8 milhões de euros) e fundos europeus (711,0 milhões de euros).

Sobretudo, o Programa Orçamental da Saúde estabelece um orçamento consolidado dividido em despesas com pessoal que correspondem a 39,3% e aquisição de bens e serviços que representam 52,6%.

No tocante às despesas com pessoal, aproximadamente 96,6% está alocado às entidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O investimento tem um peso de 5,5% no total do orçamento, destacando-se novamente as entidades do SNS com orçamento inscrito no total de 581,3 milhões de euros.

Ressalta-se que a despesa financiada por receitas de impostos totaliza aproximadamente 10.469,2 milhões de euros, dos quais 10.315,2 milhões de euros destinam-se ao financiamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Além disso, importa referir alguns repasses específicos constantes no Orçamento do Estado para 2021 ao Serviço Nacional de Saúde, vejamos.

Nesse sentido, particularmente no que diz respeito aos meios complementares de

¹⁶⁶ ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – *Relatório do Orçamento do Estado de 2021*. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c756157357059326c6864476c3259584d7657456c574c33526c6548527663793977634777324d533159535659744d5455756347526d&fich=ppl61-XIV-15.pdf&Inline=true>>.

diagnóstico e terapêutica, o artigo 275.º, n.º 1, da Lei n.º 75-B/2020, de 31 de dezembro, doravante Lei do Orçamento do Estado para 2021¹⁶⁷, estabelece que serão transferidas verbas no montante de 5 milhões de euros para hospitais, centros hospitalares, unidades locais de saúde e administrações regionais de saúde, destinadas à internalização de análises clínicas no Serviço Nacional de Saúde.

Igualmente, o artigo 275.º, n.º 2, da Lei n.º 75-B/2020, de 31 de dezembro, estipula o repasse de 10 milhões de euros aos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde destinados à adaptação de espaços e aquisição de equipamentos de diagnóstico e terapêutica.

Outrossim, no tocante aos cuidados de saúde primários, o artigo 276.º, n.º 3, da Lei n.º 75-B/2020, de 31 de dezembro, autoriza a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I. P) a transferir as verbas que se fizerem necessárias até o montante de 150 milhões de euros destinados à adequação e requalificação das instalações, construção de novas instalações e instalação de equipamentos de raio-X nos centros de saúde e respetivas extensões.

¹⁶⁷ ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – *Lei do Orçamento do Estado para 2021*. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c75644756346447397a58324677636d393259575276637938794d4449774c3078664e7a5666516c38794d4449774c6e426b5a673d3d&fich=L_75_B_2020.pdf&Inline=truept>.

CONCLUSÕES

O direito à proteção da saúde constitucionalmente insito no artigo 64.º, da Constituição da República Portuguesa é materializado com a criação do Serviço Nacional de Saúde, instituído em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

De acordo com os preceitos constitucionais, o Serviço Nacional de Saúde deve prestar cuidados de saúde de forma universal a todos os cidadãos, integrando todas as prestações de saúde (medicina preventiva, curativa e de reabilitação) de forma tendencialmente gratuita.

Desse modo, o SNS abrange todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

Nesse sentido, as prestações de saúde que integram o SNS dividem-se em: *a) atenção primária*, prestada nos centros de saúde; *b) cuidados hospitalares ou diferenciados*, realizados nos hospitais e centros hospitalares e *c) cuidados continuados e paliativos*, efetivados em unidades próprias ou no domicílio do paciente.

Os cuidados de saúde através do SNS são prestados a todos os cidadãos, leia-se cidadãos com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada.

Igualmente, é assegurado o acesso ao SNS aos estrangeiros em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.

Outrossim, vislumbramos o importante papel desempenhado pelos profissionais de saúde do SNS, tendo em vista que exercem uma relevante função social à serviço dos utentes e da sociedade como um todo.

Por conseguinte, quanto à forma de organização e funcionamento, o SNS tem gestão descentralizada e participada.

Por sua vez, o financiamento do Serviço Nacional de Saúde é assistido através de verbas públicas provenientes do Orçamento do Estado.

Importante referir que a Administração Central do Sistema de Saúde, órgão integrante do Ministério da Saúde, é responsável pelo orçamento do SNS e pelo monitoramento dos

recursos financeiros e humanos em todo o SNS, bem como pelas instalações e equipamentos.

CAPÍTULO III

RETRATO DA SAÚDE PÚBLICA PORTUGUESA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

0. Nota prévia

As políticas públicas de saúde desempenham um papel muito importante na evolução dos sistemas de saúde, tendo em vista que elas têm por intuito dar respostas aos anseios da população em termos de promoção da saúde e prevenção da doença.¹⁶⁸

Não obstante, a ausência de investimentos em políticas públicas de saúde tende a provocar a degradação dos serviços públicos, especialmente, no objeto do estudo em questão, do Serviço Nacional de Saúde.

Portugal gozou dessa experiência. Passou longos e amargos anos sob o crivo de medidas de retração das contas públicas que impactaram negativamente na qualidade e eficiência do Serviço Nacional de Saúde.

Até o presente momento, o serviço de saúde pública portuguesa sofre com as consequências das medidas de contenção de despesas implementadas na década passada.

Desse modo, à luz de determinadas políticas públicas de saúde, o presente trabalho tem por escopo propor propostas de melhoria do Serviço Nacional de Saúde, em termos de qualidade e eficiência na prestação dos serviços por parte dos profissionais de saúde e satisfação dos usuários.

Para tanto, se faz oportuno, em uma primeira análise, verificar e avaliar os indicadores de saúde que precisam ser melhorados, para que se possa, posteriormente sugerir a implementação de políticas públicas de saúde que primem pela promoção da saúde, prevenção da doença e pelo bem-estar de todos.

¹⁶⁸ SAKELLARIDES, Constantino - Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [em linha]. Vol. 33, n.º 2, (fev. 2020), p. 133. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12626>>.

1. Os indicadores de saúde

Os indicadores de saúde, que podem ser clínicos, laborais ou epidemiológicos, são considerados *“aproximações ao conhecimento que permite diagnosticar a situação, monitorizar a sua evolução e medir o impacto das intervenções.”*¹⁶⁹

Segundo o dicionário de epidemiologia, indicador de saúde é definido como *“medida simples de uma das dimensões do estado de saúde. Por exemplo, a esperança de vida, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade padronizada, etc.”*¹⁷⁰

Os indicadores de saúde nada mais são do que: *“(…) representantes, traduções dos fenómenos, que queremos conhecer e acompanhar, numa linguagem técnica que nos convém e têm a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas mudanças relevantes.”*¹⁷¹

Na área da saúde, especificamente, identificamos duas abordagens complementares que têm por intuito melhorar a saúde da população, quais sejam: a abordagem clínica e a abordagem de saúde pública.¹⁷²

A abordagem clínica é direcionada a cada cidadão, no seu seio familiar. Já a abordagem de saúde pública é voltada a um público-alvo diferente, ou seja, é dirigida a uma população como um todo, ou a um grupo de pessoas com afinidades relevantes, dentro de um contexto demográfico e geológico.¹⁷³

A missão da saúde pública como política do Estado pode ser definida como *“a resposta ao interesse da sociedade em assegurar as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis”*¹⁷⁴. Por sua vez, a estratégia da Saúde Pública pode ser caracterizada como *“o esforço organizado da comunidade com o objectivo de prevenir a doença e promover a saúde.”*¹⁷⁵

¹⁶⁹ DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 439. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

¹⁷⁰ PEREIRA, João - *Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos*. [em linha]. 4.ª edição, Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Fev. 2004, p. 27. [Consult. 27 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_de_termos_e_conceitos%27>.

¹⁷¹ DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 441. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

¹⁷² *Ibidem*, p. 439.

¹⁷³ *Ibidem*.

¹⁷⁴ Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health. The future of public health. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1988, *Apud* DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 439. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

¹⁷⁵ *Ibidem*.

Muito embora os dados de base digam respeito ao cidadão, a sua finalidade sob a ótica de saúde pública provém da realização de contagem de utentes com certas características em comum (numerador) que são comparados, normalmente por meio de uma razão, com o número de utentes que poderiam possuir essa mesma característica (denominador), vindo geralmente acompanhados por uma referência temporal e espacial.¹⁷⁶

No entanto, os indicadores frequentemente mais utilizados na área da saúde são as medidas epidemiológicas de prevalência ou de incidência. Os indicadores de prevalência consistem em um número de pessoas com uma determinada característica que vivem em uma determinada população em um certo período de tempo. Já os indicadores de incidência dizem respeito a um número de casos novos de um problema de saúde que ocorre em uma determinada população durante um determinado período de tempo.¹⁷⁷

Outrossim, as principais fontes de dados para a construção de indicadores de saúde são os recenseamentos populacionais, as estatísticas vitais, os inquéritos, as redes de prestadores, os registos, as fontes administrativas, a informação proveniente de outros sectores que não a saúde e a informação qualitativa.¹⁷⁸

Nesta senda, por meio do *recenseamento* geral da população, a informação é coletada de dez em dez anos. Já as *estatísticas vitais* consistem nas contagens de nascimentos e óbitos. Por sua vez, os *inquéritos* têm por intuito verificar diferentes aspetos do estado de saúde e seus determinantes na população total. Por conseguinte, a rede de prestadores se dá através das redes de médicos-sentinela, ou seja, por meio dos utentes das listas de Médicos de Família aderentes à rede.¹⁷⁹

Do mesmo modo, em Portugal, é comum efetuarem *registos* dos casos das doenças que ocorrem na população, especialmente no que diz respeito às neoplasias, doenças transmissíveis e malformações congénitas. No que se refere às *fontes administrativas*, constituem-se na recolha sistemática de dados sobre aspetos administrativos, informação demográfica, problemas de saúde e cuidados prestados. Já a *informação proveniente de outros setores que não a saúde* é relevante para o conhecimento e monitorização dos fatores determinantes, como, por exemplo, dados relativos à renda familiar, aspetos climáticos, dentre

¹⁷⁶ Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health. The future of public health. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1988, *Apud* DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 442. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ *Ibidem*, pp. 444 e 445.

¹⁷⁹ *Ibidem*.

outros. Por fim, a *informação qualitativa* é utilizada através da disponibilização de meta - informação - informação sobre o significado e modo de recolha e análise da informação de base.¹⁸⁰

Sobretudo, insta enaltecer que a utilização dos indicadores de saúde tem por escopo: *“melhorar a qualidade das intervenções e permitir a avaliação do seu impacto na saúde da população, melhorar a qualidade dos sistemas de informação de saúde, sugerir necessidades de conhecimento e, consequentemente, linhas de investigação.”*¹⁸¹

A esse respeito, através do Despacho n.º 9635/2013, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi instituído, em Portugal, o Portal da Estatística da Saúde¹⁸², ferramenta eletrônica que permite o acesso à informação estatística na área da saúde.

O Portal da Estatística da Saúde conta com diversos relatórios estatísticos delimitados por série, instituição, anos dos dados e nível de informação.

No que diz respeito aos relatórios estatísticos *por série*, os indicadores de saúde são discriminados por tema, quais sejam: a) “Saúde dos Portugueses”; b) “Tuberculose na Região de Saúde do Norte”; c) “Diabetes: Factos e Números”; d) “Natalidade, mortalidade infantil e perinatal”, dentre outros¹⁸³.

Já no tocante aos relatórios estatísticos *por instituição*, eles correspondem aos indicadores de saúde divididos pelas regiões do país, sejam elas: Alentejo, Algarve, Centro e Norte.

Quanto aos relatórios estatísticos *por anos*, os indicadores de saúde compreendem um respetivo período de tempo. Por sua vez, os relatórios estatísticos *por nível de informação*, estão subdivididos por nível de informação Local, Regional e Nacional.

Nesse sentido, podemos verificar no quadro demonstrativo abaixo, os principais indicadores de saúde, em Portugal, no período compreendido entre 2013 e 2017.

¹⁸⁰ DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 445. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

¹⁸¹ *Ibidem*, p. 448.

¹⁸² SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - *Portal da Estatística da Saúde*. [Consult. 02 fev. 2022]. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>>.

¹⁸³ *Ibidem*.

Principais Indicadores da Saúde para Portugal, 2013-2017

(Última atualização destes dados: abril 2018)

	2013	2014	2015	2016	2017*	
POPULAÇÃO	População residente (× 1.000)	10.427,3	10.374,8	10.341,3	10.309,6	
	População Residente com mais de 85 anos (n°)	253.332	261.597	273.382	285.616	
	Proporção da População Residente com mais de 85 anos (%)	2,42	2,52	2,64	2,77	
	Índice de dependência total	52,5	53,0	53,4	54,1	
	Índice de dependência de jovens	22,3	22,0	21,7	21,6	
	Índice de dependência dos idosos	30,3	31,1	31,8	32,5	
	Índice de juventude	73,5	72,2	69,5	67,2	
	Índice de envelhecimento	136,0	141,3	146,5	150,9	
	Índice de longevidade	49,0	49,1	49,0	48,7	
Índice de renovação da população em idade ativa	86,2	83,5	81,3	79,7		
NATALIDADE	Número de nados-vivos	82.787	82.367	85.500	87.126	86.152
	Taxa Bruta de Natalidade (/1.000 habitantes)	7,92	7,92	8,25	8,44	
	Taxa de Fecundidade geral (/1.000 mulheres em idade fértil)	33,9	34,3	36,0	37,1	
	Índice Sintético de Fecundidade (descendência média/mulher)	1,21	1,23	1,30	1,36	
MORTALIDADE	Número de Óbitos (residentes em Portugal)	106.554	104.843	108.511	110.535	109.576
	Número de Óbitos infantis (menores de 1 ano)	243	236	250	278	
	Número de Óbitos de 0 a 4 anos	316	291	308	330	
	Saldo Fisiológico	-23.767	-22.476	-23.011	-23.409	-23.424
	Taxa de crescimento efetivo (%)	-0,57	-0,50	-0,32	-0,31	
	Taxa Bruta de Mortalidade (/1.000 habitantes)	10,19	10,08	10,48	10,71	
	Taxa de Mortalidade Infantil (/1.000 nados-vivos)	2,94	2,87	2,92	3,19	
	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (/1.000 nados-vivos)	1,23	1,52	1,37	1,50	
	Taxa de Mortalidade Neonatal (/1.000 nados-vivos)	1,93	2,11	2,05	2,27	
	Taxa de Mortalidade Pós-neonatal (/1.000 nados-vivos)	1,00	0,75	0,88	0,92	
	Mortalidade Fetal Tardia (/1.000 nados-vivos + fetos mortos de 28 e mais semanas)	2,17	2,59	2,52	2,50	
	Taxa de Mortalidade Perinatal (/1.000 nv + fetos mortos de 28 e +sem)	3,40	4,11	3,88	3,90	
	Mortalidade antes dos 5 anos de idade (/1.000 nados-vivos)	3,82	3,53	3,60	3,79	
	Rácio Mortalidade Materna (/100.000 nados-vivos)	4,37	5,25	7,02	6,89	
	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (/100.000 hab.)	301,6	310,4	311,5	315,9	
	Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (/100.000 hab.)	117,4	113,5	113,3	113,4	
	Taxa de mortalidade por tumores malignos (/100.000 hab.)	247,9	252,1	256,7	264,4	
	Taxa de mortalidade por tumor maligno do cólon e reto (/100.000 hab.)	36,4	36,2	36,8	37,4	
	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório (/100.000 hab.)	120,8	116,9	129,8	130,2	
	Taxa de mortalidade por acidentes de transporte (/100.000 hab.)	7,3	7,8	7,6	7,0	
	Óbitos prematuros (antes de 70 anos) (n°)	24.060	23.236	23.062	23.494	
	Proporção de óbitos prematuros (Óbitos de menos de 70 anos/total de óbitos) (%)	22,58	22,16	21,25	21,25	
	Anos potenciais de vida perdidos/todas as causas de morte, antes 70 anos (× 1.000)	328,8	315,2	305,3	305,2	
	TRIÉNIO	2015-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
	Esperança média de vida à nascença (HM)	80,00	80,24	80,41	80,62	
	Esperança média de vida à nascença (H)	76,91	77,16	77,36	77,61	
	Esperança média de vida à nascença (M)	82,79	83,03	83,23	83,33	
	Esperança média de vida aos 65 anos (HM)	18,97	19,12	19,19	19,31	19,45
	Esperança média de vida aos 65 anos (H)	17,07	17,23	17,32	17,44	
	Esperança média de vida aos 65 anos (M)	20,40	20,55	20,57	20,73	

Fonte: DGS e INE (por data corrente)

* Devem ser considerados provisórios os dados referentes ao ano de 2017, e as taxas de mortalidade por causas de morte de 2016.

n.d. - Dado não disponível

Dentre os indicadores de saúde presentes no referido quadro demonstrativo, cumpre tecer algumas considerações sobre a população idosa e a taxa de envelhecimento.

Por corolário, depreende-se que a população residente em Portugal com mais de 85 anos de idade, entre os anos de 2013 e 2016 aumentou progressivamente, o que, consequentemente fez com que o índice de envelhecimento também se elevasse.

Do mesmo modo, a taxa bruta de natalidade entre o período de 2013 a 2017 também veio a subir. Igualmente, a taxa bruta de mortalidade, no mesmo período também aumentou.

Especificamente, quanto aos óbitos, cabe ressaltar que as taxas de mortalidade provenientes de doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças oriundas do sistema respiratório, vieram a aumentar ao longo do período compreendido entre os anos 2013 e 2016.

Além do Portal da Estatística da Saúde, Portugal conta com o Instituto Nacional de Estatística¹⁸⁴, o qual dispõe de dados estatísticos oficiais de diversas áreas. Abordaremos, no entanto, os indicadores específicos voltados à área da saúde, que é o objeto do presente estudo.

Desse modo, segundo os dados estatísticos divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, doravante INE, cumpre mencionar os indicadores de saúde que julgamos mais relevantes para o estudo em questão apontados na publicação *“Estatísticas da Saúde de 2019”*, edição 2021.¹⁸⁵

De acordo com os dados do INE, o indicador “Anos de vida saudável” associa a morbidade com a mortalidade, usando para isso informação da esperança de vida da população (mortalidade) com as taxas de existência das limitações derivadas de problemas de saúde (morbidade).

Desse modo, a esperança de vida ao nascer em Portugal foi estimada em 80,93 anos de idade para o total da população no triénio terminado em 2019, mais acentuada para as mulheres (83,51 anos de idade) do que para os homens (77,95 anos de idade). Levando em conta às limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável ao nascer era de 59,2 anos de idade, mais baixa para as mulheres (57,8 anos de idade) do que para os homens (60,6 anos de idade).

Quando comparado com os outros países da União Europeia, Portugal em 2019 ocupava o 8.º lugar neste indicador, com um valor de 7,3 anos, ou seja, inferior em 3 anos de vida saudável aos 65 anos de idade em relação à média europeia que era de 10,3 anos. Em contrapartida, Portugal era em 2019 um dos países da União Europeia com maior diferença entre a expectativa de anos de vida saudável aos 65 anos de idade para homens e para mulheres.

Por conseguinte, no que diz respeito aos óbitos, segundo o INE, com base no Sistema de

¹⁸⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Portal do INE*. [Consult. 02 fev. 2022]. Disponível em: <https://sdmexessnet.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE>.

¹⁸⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Estatísticas da Saúde de 2019*. [Consult. 02 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESmodo=2>.

Informação dos Certificados de Óbito, até 17 de fevereiro de 2021 tinham sido registados 111.834 óbitos de residentes em Portugal. Desses óbitos, 106.757 óbitos foram provenientes de mortes por causas naturais (doenças), enquanto os restantes foram provenientes de causas não naturais (acidentes, suicídios, homicídios, catástrofes naturais, dentre outros).

Dentre as causas de morte, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos continuaram em 2019 a ser as principais causas de morte em Portugal, as quais correspondem a 55% dos óbitos ocorridos no país.

Outrossim, cumpre mencionar os indicadores de saúde que julgamos mais relevantes para o estudo em questão apontados na publicação *“Estatísticas da Saúde de 2020”*, edição 2022¹⁸⁶, divulgados pelo INE.

No tocante às doenças crónicas e aos problemas de saúde prolongados, conforme os dados apontados pelo INE, em 2021, 43,9% da população com 16 anos de idade ou mais informou ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo mais frequente nas mulheres (47%) do que nos homens (40,4%), e na população com 65 anos de idade ou mais (71,4%, em comparação com 34,1% para a população com menos de 65 anos de idade).

Por sua vez, acerca da autoapreciação do estado de saúde, segundo os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), inseridos no INE, mais de metade da população portuguesa, ou seja, 50,2% da população com mais de 16 anos de idade (inclusive) avaliava como bom ou muito bom o seu estado de saúde em 2021, valor inferior ao obtido no ano anterior (51,3%); 36,6% referia o seu estado de saúde como razoável (mais 1,1% que no ano anterior) e 13,3% como mau ou muito mau (percentual igual ao ano anterior).

O referido inquérito permite ainda constatar que, de uma forma geral, que são os homens que mais avaliam positivamente o seu estado de saúde (54,2% em 2021, em comparação com 46,6% das mulheres) e que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos que avalia positivamente a sua saúde (16,8%) é bastante inferior à registada no caso das pessoas dos 16 aos 64 anos de idade (62,1%).

Contudo, Portugal continuava em 2020 a ser um dos países da União Europeia em que a perceção que a população residente fazia do seu estado de saúde era mais baixa: 51,3%, ou seja, 18,2% a menos que a média obtida para a União Europeia (69,5%).

¹⁸⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Estatísticas da Saúde de 2020*. [Consult. 05 mai. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

Ainda, segundo os dados do ICOR, a pandemia provocada pelo vírus COVID-19 impactou negativamente na saúde mental da população, na qual cerca de 26,6% de pessoas com 16 anos idade ou mais referiu ter sentido um efeito negativo da pandemia COVID-19 sobre a sua saúde mental. Essa circunstância foi referida mais por mulheres do que por homens, respetivamente 30,2% e 22,4% e em proporções muito semelhantes entre as pessoas com menos de 65 anos de idade e nos idosos, respetivamente, 26,8% e 25,9%.

Além disso, cumpre mencionar outro importante documento estatístico elaborado anualmente pela Administração Central do Sistema de Saúde, doravante ACSS, o Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas.

No presente estudo nos ateremos ao último Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas¹⁸⁷ disponibilizado pela ACSS que apresenta a atividade realizada no SNS no ano de 2020.

Segundo o referido relatório: *“Os indicadores populacionais e demográficos são frequentemente utilizados para aferir o estado de saúde de uma população e para conhecer de forma sumária as suas necessidades em saúde.”*¹⁸⁸

Desse modo, cumpre analisar a evolução dos principais indicadores de Natalidade, Mortalidade e Esperança Média de Vida à nascença e aos 65 anos, dispostos nos quadros e gráficos abaixo.

Quadro 1. **Evolução dos principais indicadores de população, natalidade e mortalidade**

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População											
População residente (x 1.000)	10 573	10 542	10 487	10 427	10 375	10 341	10 310	10 291	10 277	10 296	10 298
Natalidade											
Número de nados-vivos	101 381	96 856	89 841	82 787	82 367	85 500	87 126	86 154	87 020	86 579	84 426
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9	8,3	8,4	8,4	8,5	8,4	8,2

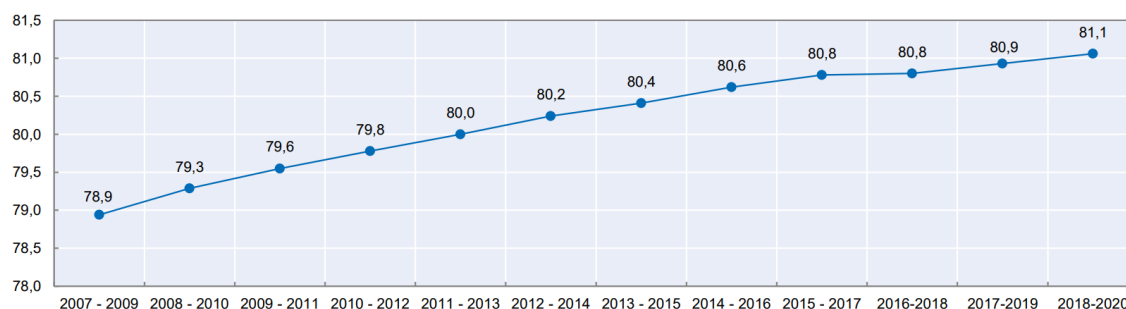
¹⁸⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 05 mai. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Mortalidade											
Número de óbitos (residentes em Portugal)	105 954	102 848	107 612	106 554	104 843	108 539	110 573	109 758	113 051	111 793	123 358
Número de óbitos infantis (menores de 1 ano)	256	302	303	243	236	250	282	229	287	246	205
Número de óbitos de 0 a 4 anos	326	372	367	316	291	308	330	281	350	316	258
Proporção de óbitos prematuros (óbitos de menos de 70 anos / total de óbitos)	n.d.	n.d.	22,7%	22,8%	22,4%	21,5%	21,5%	21,3%	20,6%	20,8%	19,9%
Saldo Natural	-4 573	-5 992	-17 771	-23 767	-22 476	-23 039	-23 447	-23 409	-26 031	-25 214	-38 932

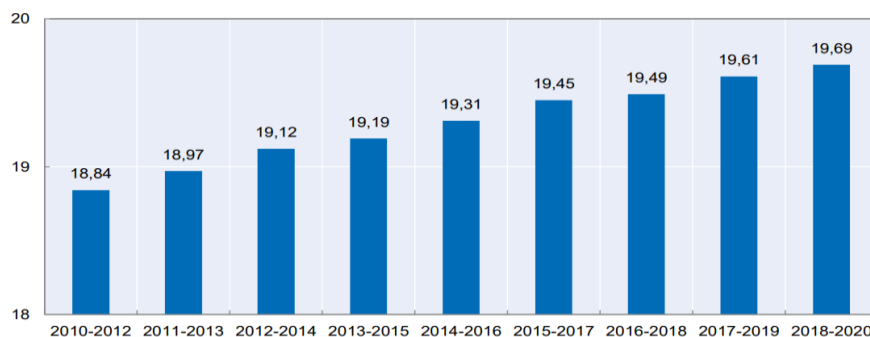
Nota: Os dados de 2019 foram atualizados pelo INE e pela DGS, face à informação publicada no Relatório de 2019.
Fonte: INE e DGS

Gráfico 1. Evolução da esperança de vida à nascença



Fonte: INE

Gráfico 2. Evolução da esperança média de vida aos 65 anos (em anos)



Fonte: INE

De acordo com o indicador de Natalidade (quadro 1) observa-se que no ano de 2020 houve uma ligeira diminuição do número de nados-vivos quando comparado com o ano anterior, ou seja, menos 2.153 nascimentos face a 2019.

Em contrapartida, o indicador de Mortalidade (quadro 1) aponta que no ano de 2020 houve um considerável aumento do número de óbitos residentes em Portugal em relação ao ano anterior, isto é, mais 11.565 mortes em relação a 2019.

Cabe ressaltar que a mortalidade por Covid-19 contribuiu para o esse aumento do

número de óbitos.

Outrossim, no tocante ao indicador de Esperança de Vida à Nascimento (Gráfico 1) constata-se um ligeiro aumento no período de 2018-2020 (81,1 anos), quando comparado com o período anterior de 2017-2019 (80,9 anos).

Do mesmo modo, o indicador de Esperança Média de Vida aos 65 anos (Gráfico 2) apresenta um ligeiro aumento no período de 2018-2020, quando comparado com o período anterior de 2017-2019, ou seja, atingiu 19,69 anos para o total da população.

2. Os fatores que contribuíram para a crise do Serviço Nacional de Saúde

A crise do Serviço Nacional de Saúde desencadeou-se, precisamente, em razão de dois fatores. Primeiramente, podemos dizer que é fruto da crise financeira mundial oriunda em 2008 nos Estados Unidos com a quebra do banco de investimentos *Lehman Brothers*, que afetou diversos países – Estados Unidos, Japão, Irlanda, Espanha, Grécia e Portugal.¹⁸⁹ Por conseguinte, é proveniente das medidas de austeridade impostas pelo Governo Português diante da crise da dívida pública motivada pela crise financeira mundial.¹⁹⁰

A referida crise financeira e económica atingiu grandes proporções ao ponto de influenciar o investimento do governo português nas políticas públicas internas. O orçamento do estado passou por cortes drásticos, os quais fizeram com que o governo tivesse que eleger prioridades, de modo que os investimentos em políticas públicas tiveram que ser hierarquizados. Desse modo, primeiro tiveram lugar as políticas financeiras, depois tiveram vez as preocupações de natureza económica e por último, com o resquício das disponibilidades financeiras, estiveram previstas as políticas de carácter social, como as que dizem respeito à saúde.¹⁹¹

Portugal teve de recorrer à assistência financeira internacional, através da chamada

¹⁸⁹ HESPANHA, Pedro - As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares - *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. [em linha]. 2.ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2017, p. 82 e seguintes. [Consult. 03 mar. 2022]. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>>.

¹⁹⁰ REGO, Inês; RUSSO, Giuliano; GONÇALVES, Luzia; PERELMAN, Julian; BARROS, Pedro Pita - A Crise Económica em Médicos do Serviço Nacional de Saúde: Estudo Descritivo das Suas Perceções e Reações em Unidades de Saúde na Região da Grande Lisboa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [em linha]. Vol. 30, n.º 4, (abril. 2017), p. 266. [Consult. 03 Mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7690>>.

¹⁹¹ SAKELLARIDES, Constantino - Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [em linha]. Vol. 33, n.º 2, (fev. 2020), p. 133. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12626>>.

Troika, composta pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia.

Sendo assim, o Governo Português e as instituições financiadoras do resgate – *Troika*, através do Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica¹⁹², estabeleceram um conjunto de medidas a serem implementadas, no período de 2011 a 2014, com o objetivo de melhorar a eficiência e efetividade do Sistema Nacional de Saúde, por meio da utilização mais racional dos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde e controle das despesas em saúde, assim como também mediante a redução da despesa pública com medicamentos e serviços operacionais dos hospitais.¹⁹³

Dentre as medidas de austeridade impostas pelo referido Memorando, merecem destaque as seguintes: a) revisão das categorias de isenção das taxas moderadoras e aumento das taxas moderadoras em determinados serviços; definição de preços e comparticipação de medicamentos; b) tornar obrigatória, tanto aos médicos do setor público quanto aos do privado, a prescrição eletrônica de medicamentos e meios de diagnóstico; c) instituição de um sistema centralizado de aprovisionamento de compras para aquisição de equipamentos, aparelhos e fármacos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde; d) redução dos recursos prescindíveis a consultas de especialidade e às urgências, de modo a melhorar a coordenação dos cuidados de saúde primários; d) liquidação de todos os pagamentos hospitalares em atraso; e) elaboração de medidas para reduzir os custos operacionais dos hospitais, inclusive com a redução de cargos dirigentes; f) transferência de determinados serviços hospitalares ambulatoriais para as Unidades de Saúde Familiares (USF); g) redução das despesas com horas extraordinárias prestadas pelos profissionais de saúde; h) implementação de um controle mais severo à respeito das horas de trabalho e das atividades desempenhadas pelos profissionais de saúde nos hospitais e redução dos custos com transportes de pacientes.

No âmbito da política orçamental, o Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica estabelece que sejam controlados os gastos no setor da saúde com o intuito de que sejam poupados 550 milhões de euros no ano de 2012 e 375 milhões de euros no ano de 2013.¹⁹⁴

Na mesma data que fora assinado o referido memorando, toma posse em Portugal um

¹⁹² MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DE POLÍTICA ECONÓMICA. [Consult. 17 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf>.

¹⁹³ NUNES, Alexandre Morais - Crise e volume de internações hospitalares em Portugal. Revista Saúde em Redes. [em linha]. Vol. 3, n.º 3 (2017), p. 265. [Consult. 17 mar. 2022]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/909/pdf_86>.

¹⁹⁴ *Ibidem*, p. 218.

novo governo, o qual previa em seu Programa de Governo¹⁹⁵, referente ao período de legislatura de 2011 a 2015, além do cumprimento das medidas contantes no Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica, uma série de medidas a fim de racionalizar as despesas, de modo a assegurar a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde.

Entre as medidas adicionais a serem implementadas pelo XIX Programa de Governo, destacam-se: a) revisão do sistema de preços e comparticipação de medicamentos; b) adequação do preço da prestação de cuidados pelo Estado ao seu custo; c) reforço da atuação das Autoridades da Saúde no acompanhamento e monitoramento das entidades; d) aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica; e) atualização do modelo de financiamento hospitalar; f) avaliação da criação de centros hospitalares; g) estabelecimento de uma rede de cuidados paliativos; h) melhoramento dos mecanismos de contratualização na atenção primária; i) implementação total da dispensa de medicamentos por unidade; j) implementação de um sistema de gestão comum de medicamentos; k) introdução da liberdade de escolha do cidadão; l) diminuição dos tempos de espera; m) promoção da investigação clínica; n) moção da cirurgia ambulatorial; o) desmaterialização dos processos administrativos; p) implementação do cartão único; q) garantia da acreditação em saúde; r) criação de uma agenda de cooperação em saúde com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

Obviamente nem todas as medidas previstas no Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica e no Programa de Governo foram efetivamente implementadas.

Das medidas que não foram executadas, dentre muitas, cabe mencionar: a) a não transferência dos serviços ambulatoriais hospitalares para as USF (Unidades de Saúde Familiares); b) a criação de novas USF (Unidades de Saúde Familiares) muito aquém do previsto; c) a não realização de planos de gerenciamento para a contratação de recursos humanos, particularmente médicos.¹⁹⁶

Entretanto, das medidas que foram concretizadas obtiveram-se resultados positivos e negativos, vejamos.

Dentre os resultados positivos destaca-se a redução da despesa pública em saúde, que

¹⁹⁵ PORTUGAL – *Programa do XIX Governo Constitucional*. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.parlamento.pt/Documents/prg-XII-1.pdf>>.

¹⁹⁶ NUNES, Alexandre Morais; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), p. 228. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

foi proveniente dos cortes das despesas dos hospitais, diminuição das deduções fiscais com despesas de saúde, redução em 1/3 das despesas com transportes de pacientes, diminuição global dos gastos com medicamentos, diminuição dos preços pagos aos prestadores privados, estimulação a um sistema de compras centralizado, dentre outros aspetos.¹⁹⁷

Em contrapartida, a política de contenção de custos teve impacto negativo no acesso e na qualidade da prestação dos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, conforme os vários relatórios do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS, 2013; 2014; 2015 e 2016) e do Relatório de Acesso do SNS (ACSS, 2017), constatou-se: a) uma maior dependência dos usuários do Serviço Nacional de Saúde; b) o aumento das taxas moderadoras limitou o acesso ao Serviço Nacional de Saúde; c) milhões de utentes não tinham médico de família atribuído (cerca de 1.478 milhões, em 2014); d) impossibilidade dos utentes de se deslocarem às unidades de saúde por não terem meios de arcar com os custos do deslocamento; e) não houveram reforços aos meios de emergência médica-hospitalar; f) realizaram menos consultas na atenção primária; g) faltou uma estratégia de apoio aos pacientes através das visitas domiciliárias; h) não foram construídos novos hospitais; i) não foi realizada a reforma da saúde mental.¹⁹⁸

Dos resultados apresentados, observa-se que as medidas de austeridade tiveram mais impacto negativo do que positivo. O escasso investimento em saúde ocasionou a degradação dos serviços públicos prestados através do Serviço Nacional de Saúde, gerando a insatisfação tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos utentes.

De um lado, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes) sofreram com a redução dos seus salários e com o bloqueio de progressões de carreira, resultando em profissionais desmotivados pela perda de rendimentos e direitos.¹⁹⁹

De outro lado, os pacientes que cada vez mais necessitavam de cuidados de saúde viram a capacidade de resposta e confiança no Serviço Nacional de Saúde diminuir.²⁰⁰

Nesse sentido, refere PEDRO HESPANHA: *“A degradação da qualidade dos serviços pela redução ou congelamento dos recursos, em pessoal ou outros, é uma das grandes ameaças ao*

¹⁹⁷ NUNES, Alexandre Morais; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), pp. 227-228. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

¹⁹⁸ *Ibidem*, p. 229.

¹⁹⁹ NUNES, Alexandre Morais - A recuperação do Serviço Nacional de Saúde Português: novas perspectivas para a política de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 7, n.º 1, (jan./abr. 2018), pp. 20-21. [Consult. 23 mar. 2022]. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/311>>.

²⁰⁰ *Ibidem*, p. 21.

*sistema público de saúde. Ela vai minando a confiança dos cidadãos e aumentando o seu descontentamento.*²⁰¹

Desse modo, veremos como a retração da despesa nos cuidados de saúde, especialmente a redução das despesas com pessoal e medicamentos, impactaram na qualidade dos serviços públicos de saúde prestados, em particular, na sobrelotação das urgências hospitalares, fatores esses que contribuíram para o surgimento da crise do Serviço Nacional de Saúde.

2.1. A redução da despesa destinada ao Serviço Nacional de Saúde

Uma das principais medidas de austeridade impostas pelo governo português para deter a crise económica e financeira foi a contenção da despesa pública em diversos setores, neste caso, especificadamente, a redução dos custos na área da saúde.

A nosso ver, a redução dos recursos financeiros destinados aos cuidados de saúde afetou principalmente: a) os profissionais de saúde, que tiveram seus salários congelados ou até mesmo reduzidos; b) os medicamentos (diminuição da comparticipação do Estado) e c) os hospitais, que sofreram com redução dos custos operacionais, com reorganização e racionalização da rede hospitalar, ocasionando dentre outros, a superlotação das urgências. Abordaremos pormenorizadamente esses temas mais a frente.

Por hora, iremos contextualizar a despesa corrente em saúde em Portugal no período em que vigoraram as medidas de austeridade (2011 a 2014) no período pós-austeridade (2015 e anos seguintes).

Primeiramente, cabe elucidar que a despesa corrente diz respeito às atividades que são essenciais para a prossecução dos serviços, ou seja, fundamentais para que os serviços se realizem, tais como: custos com deslocação; aquisição de bens; despesas com recursos humanos (pagamento de horas extraordinárias, subsídio para o trabalho noturno,...).²⁰²

Ainda, pertinente referir que a Conta Satélite de 2013, elaborada pelo INE dispõe que a despesa corrente em saúde *“mede a utilização final dos residentes em bens e serviços de*

²⁰² ESPANHA, Pedro - As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares - *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. [em linha]. 2.ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2017, p. 99. [Consult. 03 mar. 2022]. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>>.

²⁰³ *Ibidem*, p. 95.

*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.”*²⁰³

A despesa corrente em cuidados de saúde, de acordo com os dados apontados pelo INE, na Conta Satélite de 2013²⁰⁴, efetivamente diminuiu em 2011, cerca de 5,2% quando comparada com o ano anterior, atingindo o valor de 16.703,1 milhões de euros, equivalente a 9,5% do PIB (Produto Interno Bruto).

Insta referir que no ano de 2011, pela primeira vez desde 2000, a despesa corrente em saúde apresentou um decréscimo expressivo.²⁰⁵

A diminuição da despesa corrente em saúde é fruto das medidas políticas de contenção de despesa pública, consistentes, especialmente, na redução dos custos com recursos humanos e de medidas setoriais, como por exemplo a política do medicamento.²⁰⁶

Outrossim, a despesa corrente pública com saúde no ano de 2011 diminuiu 8,2% em relação ao ano anterior. Já, a despesa corrente privada registou aumentos consideráveis de 1,8%.²⁰⁷

Ainda, em 2011 a despesa corrente dos principais prestadores de cuidados de saúde diminuiu consideravelmente. O decréscimo da despesa em hospitais (correspondendo a menos 4,8%) se deu em razão da redução da despesa em hospitais públicos (correspondendo a menos 7,7%), uma vez que a despesa em hospitais privados aumentou (correspondendo a mais 7,8%).

Nos anos seguintes, 2012 e 2013 a despesa corrente em saúde continuou a diminuir consideravelmente.

Segundo os dados contabilizados pelo INE, na Conta Satélite de 2014²⁰⁸, em 2012, a despesa corrente em saúde atingiu o valor de 15.733,7 milhões de euros, equivalente a 9,3% do PIB.

Cabe ressaltar que a despesa corrente pública, em 2012, correspondeu a 65,7% da despesa corrente. O ano de 2012, assim como o ano de 2011 foi marcado por uma considerável

²⁰³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2013*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211355422&DESTAQUESmodo=2>.

²⁰⁴ *Ibidem*.

²⁰⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2011*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=133582105&DESTAQUESmodo=2.

²⁰⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2013*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211355422&DESTAQUESmodo=2>.

²⁰⁷ *Ibidem*.

²⁰⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2014*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224676208&DESTAQUESmodo=2>.

redução da despesa corrente pública. Já, a despesa corrente privada continuou a apresentar uma moderada elevação.²⁰⁹

Em 2013, a despesa corrente em saúde diminuiu 1,7%, atingindo 15.476,7 milhões de euros, representando 9,1% do PIB, com base nos dados disponibilizados pelo INE, na Conta Satélite de 2015.²¹⁰

Particularmente quanto à despesa corrente pública, em 2013 ela correspondeu a 66,9% da despesa corrente.²¹¹

No que se refere à despesa corrente em saúde por prestadores de saúde, em 2013 foi notável a diminuição da despesa em hospitais públicos, correspondendo a 32% e em farmácias, correspondendo a 15,5%. Em contrapartida, observou-se um aumento da despesa em hospitais privados, correspondendo a 10,2%.²¹²

Já em 2014, de acordo com os dados apontados pelo INE, na Conta Satélite de 2016²¹³, a despesa corrente em saúde atingiu 15.615,8 milhões de euros, equivalente a 9,0% do PIB.

Especialmente no tocante à despesa corrente pública, em 2014 ela representou 66,1% da despesa corrente.²¹⁴

Com base nos dados contabilizados pelo INE, na Conta Satélite de 2017²¹⁵, a despesa corrente em saúde no ano de 2015 aumentou em 3,3%, atingindo 16.132,2 milhões de euros, correspondente a 9% do PIB.

No que diz respeito à despesa corrente pública, em 2015 ela aumentou superficialmente, atingindo os 66,2%.²¹⁶

A despesa em hospitais públicos diminuiu em 2015 (30,9%) quando comparada com o ano anterior (31,2%). Enquanto que a despesa em hospitais privados aumentou (11,1%) quando comparada ao ano de 2014 (10,7%).²¹⁷

Em 2016, a despesa corrente em saúde continuou a subir, atingindo 17.519,6 milhões de euros, equivalente a 9,4% do PIB. Já em 2017, atingiu 18.234,5 milhões de euros,

²⁰⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2014*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224676208&DESTAQUESmodo=2>.

²¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2015*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=249945526&DESTAQUESmodo=2>.

²¹¹ *Ibidem*.

²¹² *Ibidem*.

²¹³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2016*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=281092804&DESTAQUESmodo=2>.

²¹⁴ *Ibidem*.

²¹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2017*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=314608243&DESTAQUESmodo=2>.

²¹⁶ *Ibidem*.

²¹⁷ *Ibidem*.

correspondente a 9,3% do PIB. Por fim, em 2018, atingiu 19.313,3 milhões de euros, equivalente a 9,4% do PIB, conforme dados facultados pelo INE, na Conta Satélite 2020.²¹⁸

Por sua vez, a despesa corrente pública, em 2016 correspondeu a 64,8% da despesa corrente em cuidados de saúde. Em 2017, correspondeu a 64,3% da despesa corrente em saúde. E em 2018 correspondeu a 64,1% da despesa corrente em cuidados de saúde.²¹⁹

Os dados apontados pelo INE até então, são dados definitivos. Os dados disponibilizados para o ano de 2019 são provisórios, os quais estima-se 20.392,5 milhões de euros de despesa corrente em saúde, ou seja, 9,5% do PIB. Já a despesa corrente pública estima-se que corresponda a 63,8% da despesa corrente em saúde. Enquanto que os dados facultados pelo INE para o ano de 2020 são preliminares, os quais estima-se 20.482 milhões de euros de despesa corrente em saúde, correspondendo a 10,1% do PIB. Já a despesa corrente pública estima-se que corresponda a 67,6% da despesa corrente em saúde, segundo dados constantes da Conta Satélite de 2020.²²⁰

Diante dos dados estatísticos colhidos, vislumbra-se que a partir do ano de 2011 (ano de início das medidas de austeridade) que a despesa corrente em cuidados de saúde teve um considerável decréscimo.

Observa-se também, que a diminuição da despesa corrente em saúde persistiu até o ano de 2014 (último ano das medidas de austeridade).

Somente a partir do ano de 2015 que a despesa corrente em saúde começou a aumentar, vindo desde então a aumentar progressivamente com o passar dos anos.

Sobretudo, importa referir que em comparação com os outros Estados-Membros da União Europeia, em 2018 (último ano com informação disponível para a generalidade dos países), Portugal ocupava o 9.º lugar do ranking na proporção de despesa corrente em saúde em relação ao PIB, ou seja, 9,4% do PIB são gastos em despesa corrente em saúde. Na liderança do ranking está a Alemanha, possuindo 11,5% do PIB de despesa corrente em saúde, seguida da França, que atinge 11,3% e da Suécia que corresponde a 10,9%.²²¹

²¹⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2020*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2>.

²¹⁹ *Ibidem*.

²²⁰ *Ibidem*.

²²¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Conta Satélite de 2021*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=473138405&DESTAQUESmodo=2>.

2.1.1. Corte da despesa dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde – especialmente médicos e enfermeiros

Dos recursos humanos que compõem o Serviço Nacional de Saúde, os médicos são a classe mais dispendiosa, pois são responsáveis por uma parcela significativa das despesas públicas em saúde, razão pela qual foram os primeiros a sofrer com as medidas de austeridade impostas para minimizar ou conter os efeitos da crise financeira.²²²

Nesse sentido, as medidas de contenção das despesas públicas em saúde provocaram muitos impactos negativos, dentre eles destaca-se a desvalorização dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, especialmente médicos e enfermeiros, que tiveram seus rendimentos congelados (não houve promoções) ou até mesmo reduzidos, tiveram também reduzidas as despesas com viagens, alimentação e pagamento de horas extraordinárias.²²³

Milhares de profissionais de saúde acabaram por deixar de prestar serviços ao Serviço Nacional de Saúde, muitos em razão de terem emigrado em busca de melhores condições de trabalho em outros países, outros por terem se reformado, e não foram substituídos, pois não houve concursos para a contratação de pessoal, o que acabou por gerar um déficit muito grande na qualidade dos serviços de saúde.²²⁴

Outrossim, de acordo com a Ordem dos Médicos, muitos médicos desempregados tiveram de emigrar diante do congelamento dos concursos públicos. Em alternativa, o governo teve de contratar médicos reformados, tendo em vista que a mão de obra era mais barata.²²⁵

Nesse sentido, de modo a dar resposta à carência de médicos, foi instituído o Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, que veio a regulamentar as condições para os que médicos aposentados pudessem continuar a prestar serviços ao Serviço Nacional de Saúde.

Em contrapartida, segundo o Bastonário dos Médicos, os incentivos para contratação de médicos para trabalharem no interior do país eram inadmissíveis, tendo em vista que os

²²² REGO, Inês; RUSSO, Giuliano; GONÇALVES, Luzia; PERELMAN, Julian; BARROS, Pedro Pita - A Crise Económica em Médicos do Serviço Nacional de Saúde: Estudo Descritivo das Suas Perceções e Reações em Unidades de Saúde na Região da Grande Lisboa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [em linha]. Vol. 30, n.º 4, (abr. 2017), p. 264. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7690>>.

²²³ *Ibidem*.

²²⁴ NUNES, Alexandre Morais; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), p. 232. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

²²⁵ HESPANHA, Pedro - As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares - *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. [em linha]. 2.ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2017, p. 97. [Consult. 03 mar. 2022]. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>>.

incentivos eram extremamente reduzidos, correspondendo a uma remuneração adicional de 125€ por mês, aliado ainda às restrições de mobilidade, visto que teriam de permanecer obrigatoriamente por cinco anos.²²⁶

Isso explica porque mais de um milhão de utentes, ou seja, um e meio em cada dez, não tem médico de família atribuído.²²⁷

Os profissionais de saúde que restaram se sentiam sobrecarregados, desvalorizados e desmotivados, pois durante o período que vigoraram as medidas de austeridade, foram obrigados a trabalhar mais 20h/mês e essas respetivas horas extraordinárias não foram pagas na sua totalidade.²²⁸

A redução salarial deu origem a uma greve da classe médica em julho de 2012, que teve uma adesão de aproximadamente 95% dos profissionais médicos, os quais reivindicavam melhores condições de trabalho, manifestando-se contra os cortes no Serviço Nacional de Saúde, e a favor da valorização da profissão, bem como a garantia de progressão na carreira.²²⁹

Desse modo, mister se faz analisar a evolução dos recursos humanos da saúde, particularmente o tocante aos médicos e enfermeiros que compõem o Serviço Nacional de Saúde no período correspondente entre o ano de 2011 e 2018.

De acordo com o Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2011²³⁰, no ano de 2011 a carreira mais representativa do Serviço Nacional de Saúde foi ocupada pelos enfermeiros, constituída por 40.283 profissionais de enfermagem. Já a classe médica era composta por 26.136 médicos.

No que diz respeito as entradas e saídas dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde, contabilizam-se no ano de 2011 a entrada de 3.401 médicos e 1.806 enfermeiros. Já no que se refere às saídas, deixaram o Serviço Nacional de Saúde 2.803 médicos e 2.017 enfermeiros.

Desse modo, constata-se que em 2011 o saldo de entradas e saídas foi negativo, refletindo a diminuição do número de profissionais de saúde no Serviço Nacional de Saúde.

²²⁶ HESPANHA, Pedro - As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares - *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. [em linha]. 2.ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2017, p. 97. [Consult. 03 mar. 2022]. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>>.

²²⁷ *Ibidem*.

²²⁸ NUNES, Alexandre Morais; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), p. 232. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

²²⁹ *Ibidem*, pp. 226-227.

²³⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2011*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Balanco-Social-Global-do-MS-2011.pdf>>.

No que se refere às horas extraordinárias, no ano de 2011 os médicos foram o grupo que realizaram mais da metade das horas extraordinárias registadas, correspondendo a 6.035.695,8 horas, ou seja 57,9%. Na sequência, vieram os enfermeiros que efetuaram 1.694.254 horas, ou seja 16,3%.

No tocante as despesas de pessoal, em 2011 foram gastos 3.332.546.491,5€ com o pagamento dos recursos humanos do Serviço Nacional da Saúde, sendo que 73,2% diz respeito à remuneração base, 18,03% aos suplementos remuneratórios e 8,8% aos restantes encargos.

Cabe ressaltar que comparado com o ano anterior, em 2011 os encargos com pessoal diminuíram 11,7%.

Outrossim, segundo o Balanço Social Global do Ministério da Saúde e SNS de 2012²³¹, a classe dos enfermeiros continuou a ser a mais representativa no ano de 2012, composta por 39.968 profissionais de enfermagem. Enquanto que os médicos correspondiam a 26.359 profissionais.

No ano de 2012, contabilizaram-se a entrada de 2.768 médicos e 1.248 enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde. Já quanto às saídas, contabilizaram-se 2.966 referente aos médicos e 2.611 referente aos enfermeiros.

Comparado com o ano anterior, no ano de 2012 aumentaram as saídas dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde, correspondendo a um aumento de 163 saídas de médicos e 435 saídas de enfermeiros.

Do mesmo modo que no ano anterior, em 2012 o saldo de entradas e saídas também foi negativo, representando a diminuição do número de profissionais de saúde no Serviço Nacional de Saúde.

No que se refere às promoções de carreira dos profissionais de saúde do SNS, no ano de 2012 registraram-se apenas quatro promoções de dirigentes e médicos.

No ano de 2012 não houve alterações de posicionamento remuneratório dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde, devido ao congelamento de salários imposto pela Lei do Orçamento do Estado de 2012.

Igualmente ao ano anterior, em 2012 o grupo dos médicos foi o grupo que efetuaram mais da metade das horas extraordinárias registadas, constituindo 5.669.736,06 horas, isto é 62,2%, seguido dos enfermeiros que registaram 1.264.398,0 horas, isto é 13,9%.

²³¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do SNS de 2012*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Balanco-Social-Global-do-MS-2012.pdf>>.

No que diz respeito às despesas com pessoal, em 2012 foram gastos 2.871.830.527,7€ com o pagamento dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde, eis que 70,9% correspondem à remuneração base, 19,2% aos suplementos remuneratórios e 9,9% aos restantes encargos.

Constata-se, em 2012, uma diminuição de 16,5% na remuneração base quando comparado com o ano anterior, o que muito se deve em virtude da suspensão do pagamento dos subsídios de férias e Natal imposta pela Lei do Orçamento do Estado de 2012.

Do mesmo modo, os suplementos remuneratórios também sofreram uma redução de 8,3% em relação ao ano de 2011 e as despesas com as horas extraordinárias também diminuíram cerca de 12,8%.

Por conseguinte, segundo o Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2013²³², igualmente aos anos anteriores, em 2013 a classe dos enfermeiros continuou a ser a mais representativa, correspondendo a 1/3 dos trabalhadores do SNS, ou seja, 38.937 enfermeiros, seguido da classe dos médicos que contava com 26.544 profissionais.

No que se refere ao número global de trabalhadores do SNS, em 2012 havia 126.604 profissionais. Já em 2013 havia 124.423 profissionais, ou seja, uma redução de 2.181 trabalhadores.

Igualmente aos anos anteriores, em 2013 os médicos foram o grupo que efetuou mais da metade das horas extraordinárias registadas, correspondendo a 63,2%, ou seja, 5.314.382 horas, seguido dos enfermeiros que corresponderam a 14,1%, ou seja, 1.188.140 horas.

Quanto às despesas com pessoal, em 2013 os encargos com os recursos humanos do Serviço Nacional da Saúde consubstanciaram 3.002.020.023€, dos quais 75,6% corresponde à remuneração base, 14,8% aos suplementos remuneratórios e 9,6% aos restantes encargos.

Ainda, com base no Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2014²³³, em 2014, igualmente ao ano anterior, aproximadamente 1/3 dos trabalhadores do SNS correspondem à classe dos enfermeiros, consistindo em 38.089 profissionais, seguido da classe dos médicos, que alcançou a soma de 26.645 profissionais.

No que se refere às entradas de recursos humanos no Serviço Nacional de Saúde, em

²³² MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do SNS de 2013*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2013.pdf>.

²³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do SNS de 2014*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2014.pdf>.

2014 registaram um total de 7.950 admissões. Já as saídas consubstanciaram-se em um total de 11.542.

Desse modo, vislumbra-se que em 2014 o saldo de entradas e saídas foi negativo, refletindo a diminuição do número de profissionais de saúde no Serviço Nacional de Saúde.

Como nos anos anteriores, em 2014 dos grupos de profissionais, os médicos foram os que realizaram mais da metade das horas extraordinárias registadas, correspondendo a 57%, ou seja, 4.812.002 horas, seguido pelos enfermeiros, correspondendo a 18,6%, ou seja, 1.566.259. Neste ano em particular, observa-se um aumento significativo das horas extraordinárias realizadas pelos enfermeiros, o que muito se deve pela falta de profissionais nessa área.

Em relação aos encargos com pessoal, no ano de 2014 foram gastos 2.874.326.037€ com pagamento de recursos humanos do SNS, eis que 77,2% corresponde à remuneração base, 14,8% aos suplementos remuneratórios e 8% aos restantes encargos.

Evidencia-se que no ano de 2014 registou-se uma diminuição das despesas com pessoal de 4,3% face ao ano anterior.

Cabe ressaltar que referente ao ano de 2015 a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) não disponibilizou o Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS, razão pela qual salto imediatamente para a análise dos dados relativos aos recursos humanos do SNS do ano de 2016.

De acordo com o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2016²³⁴, identicamente aos anos anteriores, no ano de 2016 a classe dos enfermeiros continuou a ser a mais expressiva, totalizando 42.393 profissionais, ou seja, 32,6%. Seguido da classe dos médicos, composta por 27.618 profissionais, ou seja, 21,3%.

Em 2016, registram-se 839 saídas de trabalhadores provenientes de reforma/aposentação, das quais 237 saídas foram de médicos e 75 saídas de enfermeiros.

Os encargos com pessoal no ano de 2016 consubstanciaram em 3.655.035.059,69€.

Além disso, segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2017²³⁵, em 2017 os enfermeiros continuaram a ser a classe mais expressiva do SNS, correspondendo a 43.559 profissionais, ou seja, 33%. Seguido pela classe dos médicos

²³⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2016*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-Social-MS-e-SNS_2016.pdf>.

²³⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2017*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-Social-MS_SNS-2017-vfinal.pdf>.

que compreende 28.609 profissionais, ou seja, 21,7%.

No ano de 2017 registram-se 829 saídas de trabalhadores provenientes de reforma/aposentação, das quais 206 saídas foram de médicos e 70 saídas de enfermeiros.

As despesas com pessoal no ano de 2017 totalizaram 3.843.716.457,20€.

Por fim, conforme o último relatório disponibilizado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de 2018²³⁶, igualmente aos anos anteriores, em 2018 a classe dos enfermeiros continua a ser a classe mais expressiva dos profissionais que compõem o SNS, correspondendo a 44.932 profissionais, ou seja, 33,2%. Seguido da classe dos médicos, composta por 29.291 profissionais, ou seja, 21,6%.

No decorrer do ano de 2018 registraram-se 881 saídas de trabalhadores provenientes de reforma/aposentação, das quais 277 saídas foram de médicos e 68 saídas de enfermeiros.

Os encargos com pessoal no ano de 2018 atingiram 4.065.133.385,36€.

Diante dos dados colhidos a respeito a evolução dos recursos humanos que compõem o Serviço Nacional de Saúde no período compreendido entre 2011 e 2018, podemos tecer as seguintes considerações.

No período em que foram implementadas as medidas de austeridade (período de 2011 a 2014) constata-se um retrocesso do Serviço Nacional de Saúde, tendo em vista que o número de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros reduziu significativamente ao longo dos referidos 4 anos, em decorrência de aposentação, emigração e falta de contratação através de concursos públicos; o pagamento de horas extraordinárias aos profissionais de saúde também reduziu, em razão da redução das despesas com pagamento de horas extraordinárias; as despesas com pessoal diminuíram drasticamente, em virtude das reduções e congelamentos salariais.

Em contrapartida, a partir do período posterior a implementação das medidas de austeridade (a partir de 2015 e anos seguintes) o Serviço Nacional de Saúde começou a progredir lentamente, embora tenha muito ainda a ser feito e a ser melhorado.

Observa-se que o número de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros começou a aumentar expressivamente, fruto das contratações de pessoal através de concursos públicos (foram terminados os contratos precários, passando a ser sem termo) e

²³⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2018*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf>.

o pagamento das horas extraordinárias voltou a ser pago, razão pela qual a despesa com pessoal também veio a aumentar progressivamente.

Muito embora o número de profissionais de saúde tenha vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, ainda há falta de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros.

Recentemente, mais precisamente, a partir de junho de 2022, as urgências obstétricas sofreram brutalmente com a falta de profissionais de saúde, especialmente médicos especialistas nesta área.

Diversas urgências obstétricas ao longo de todo o país tiveram de fechar literalmente as suas portas, devido a falta de médicos especialistas. São apontadas duas as causas principais do problema: a falta de médicos a ocupar os quadros dos hospitais e o facto dos médicos tarefeiros estarem de férias.²³⁷

Dentre os hospitais que se viram obrigados a fechar as urgências obstétricas, podemos citar, na região Norte, o Hospital de Braga, em Braga, na região de Lisboa e Vale do Tejo, o Hospital Garcia de Orta, em Almada. Em alternativa, às grávidas tiveram de buscar resposta nos hospitais à volta desses.²³⁸

Sem falar nos transtornos de deslocamento, o fechamento das urgências de obstetrícia deu azo à mortalidade perinatal e materna. Teve-se ciência de uma situação dramática e inaceitável: uma grávida perdeu o seu bebé por alegada falta de obstetras no Centro Hospitalar do Oeste, unidade das Caldas da Rainha.²³⁹

De acordo com a reportagem divulgada pela RTP, o serviço de urgências do Hospital das Caldas da Rainha estava fechado no dia 08 de junho de 2022 quando a grávida teria dado entrada nas urgências. A situação terá atrasado o atendimento da grávida, que acabou por perder o bebé.²⁴⁰

Em comunicado, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste, se pronunciou, nesse sentido: *“Confirma ainda que se verificou uma ocorrência grave com uma grávida, tendo sido determinada a abertura de um processo de inquérito à Inspeção-Geral de Actividades em Saúde (IGAS), no sentido de apurar o sucedido e eventuais*

²³⁷ RTP NOTÍCIAS - *Falta de médicos. Urgências de obstetrícia fechadas em vários pontos do país*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/falta-de-medicos-urgencias-de-obstetrícia-fechadas-em-varios-pontos-do-pais_n1412618>.

²³⁸ RTP NOTÍCIAS – *“Há hospitais que cronicamente têm deficiência do número de profissionais”*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/ha-hospitais-que-cronicamente-tem-deficiencia-do-numero-de-profissionais_v1422341>.

²³⁹ RTP NOTÍCIAS – *Grávida perde bebé por falta de médicos obstetras nas Caldas da Rainha*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/gravida-perde-bebe-por-falta-de-medicos-obstetras-nas-caldas-da-rainha_v1412278>.

²⁴⁰ *Ibidem*.

responsabilidades.”²⁴¹

A Ordem dos Médicos lamentou o ocorrido. Nas palavras do presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, Alexandre Valentim Lourenço: *“Nós temos que ter a noção de que não se pode ter equipas desfalcadas e encerramentos de urgências sem consequências, e as consequências advêm de uma crise que já se arrasta há mais de três anos e para a qual temos repetidamente chamado a atenção.”²⁴²*

Ainda, Alexandre Valentim Lourenço advertiu: *“Se uma maternidade estiver encerrada, não basta a pessoa chegar lá e ver uma informação na porta, tem que perceber antes onde é que tem que ir.”²⁴³*

Outro impacto que uma maternidade encerrada pode causar é a superlotação de outras urgências obstétricas, que na maioria das vezes não estão preparadas para receber esse “fluxo extra”.

Nesse sentido, Alexandre Valentim Lourenço referiu: *“(…) Vemos o encerramento da maternidade do Hospital Garcia da Orta [em Almada], que é um grande hospital e faz muitos partos, cujas grávidas da Margem Sul têm de ser encaminhadas para outro lado qualquer que muitas vezes não está preparado para receber essa afluência.”²⁴⁴*

Diante do ocorrido, o dirigente sindical, representando o Sindicato Independente dos Médicos (SIM), na pessoa do Sr. Dr. Jorge Roque da Cunha, sustentou: *“Nós termos alertado, os próprios médicos emitem escusas de responsabilidade por dificuldades nessas escalas e os conselhos de administração também farão o seu papel.”²⁴⁵*

Por fim, Jorge Roque da Cunha fez um apelo: *“Por isso, é fundamental que se contratem médicos, que se invista no Serviço Nacional de Saúde e que não tente ocultar o problema com propaganda.”²⁴⁶*

Desse modo, o investimento no Serviço Nacional de Saúde através da contratação de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros deve ser uma medida primordial a ser adotada pelo governo português, pois é inadmissível que ocorram mortalidades perinatais em razão da alegada falta de profissionais.

²⁴¹ RTP NOTÍCIAS – *Grávida perde bebé por falta de médicos obstetras nas Caldas da Rainha*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/gravida-perde-bebe-por-falta-de-medicos-obstetras-nas-caldas-da-rainha_v1412278>.

²⁴² DIÁRIO DE NOTÍCIAS – *Grávida perde bebé alegadamente por falta de obstetras no hospital das Caldas*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <<https://www.dn.pt/sociedade/gravida-perde-bebe-alegadamente-por-falta-de-obstetras-no-hospital-das-caldas-14931841.html>>.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ *Ibidem*.

²⁴⁶ *Ibidem*.

Além disso, importa referir mais um caso envolvendo um óbito fetal. No dia 28 de julho de 2022 uma grávida, com mais de 38 semanas de gestação foi obrigada a deslocar-se mais de 100km para dar à luz ao seu bebé, pois a maternidade que iria dar entrada estava encerrada (Hospital de Abrantes).²⁴⁷

Ao dar entrada às urgências obstétricas do Hospital de Santarém, verificou-se que o feto já estava morto na barriga da mãe.

Esses são alguns exemplos reais que põe em causa a qualidade dos cuidados obstétricos prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

É evidente que o problema da falta de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros clama urgentemente por uma solução. O governo deve traçar uma estratégia eficaz que resolva o problema.

Segundo o presidente da Associação Europeia de Medicina Perinatal (AEMP), Diogo Ayres de Campos: *“(...) é preciso pensar como se pode manter, atrair os médicos para ficarem no SNS e não nos (sic) irem para outras instituições”*.²⁴⁸

Importante referir ainda outro caso que chocou o país, já agora não em razão da mortalidade perinatal, mas sim diante da mortalidade materna. Vejamos.

No dia de 27 de agosto de 2022, uma grávida de 34 anos veio à óbito após ser transferida de um hospital sem vaga para ter o seu bebé. O hospital em questão trata-se do Hospital de Santa Maria que não dispunha de vaga no serviço de Neonatologia para internar o bebé à nascença. A gestante veio à óbito em razão de uma paragem cardiorrespiratória durante a transferência do Hospital de Santa Maria para o Hospital Francisco Xavier, em Lisboa.²⁴⁹

Ao chegar ao Hospital Francisco Xavier, a gestante foi submetida a uma cesariana de urgência. O bebé nasceu com 772 gramas e foi encaminhado diretamente para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, em razão da prematuridade. Já a mãe do bebé foi internada nos Cuidados Intensivos, mas acabou por não resistir e veio a falecer.²⁵⁰

²⁴⁷ CNN PORTUGAL – *Grávida obrigada a fazer mais de 100 km chega ao hospital de Santarém com bebé morto na barriga*. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://www.cmjornal.pt/portugal/detalhe/gravida-obrigada-a-fazer-mais-de-100-km-chega-ao-hospital-de-santarem-com-bebe-morto-na-barriga>>.

²⁴⁸ PÚBLICO - *Associações preocupadas com falta de médicos e enfermeiros nos serviços de obstetrícia*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2022/06/11/sociedade/noticia/associacoes-preocupadas-falta-medicos-enfermeiros-servicos-obstetricia-2009743>>.

²⁴⁹ CNN PORTUGAL - *Grávida sem vaga para bebé em Santa Maria sofre paragem cardíaca ao ser transferida e morre*. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://cnnportugal.iol.pt/gravida/santa-maria/gravida-sem-vaga-para-bebe-em-santa-maria-sofre-paragem-cardiaca-ao-ser-transferida-e-morre/20220829/630d07470cf2ea4f0a59d8ed>>.

²⁵⁰ *Ibidem*.

Insta ressaltar que os ocorridos chocam pela tamanha gravidade. É inaceitável que essas situações aconteçam em pleno Século XXI. E fica o questionamento: quando serão tomadas medidas enérgicas para que esse tipo de situação não volte a se repetir? E mais, quantos mais bebês ou gestantes terão de ter suas vidas ceifadas pelo acaso político?

Além disso, para acentuar ainda mais a crise do Serviço Nacional de Saúde, a Ministra da Saúde, Marta Temido demitiu-se do cargo no dia 30 de agosto de 2022. Em seu comunicado a ministra referiu que: *“deixou de ter condições de se manter no cargo”*.²⁵¹

Em resposta, o Primeiro-Ministro, António Costa aceitou o pedido de demissão da Ministra da Saúde e agradeceu por todo trabalho desempenhado por Marta Temido, especialmente no que diz respeito ao combate da pandemia da Covid-19. Entretanto, o Primeiro-Ministro alertou que a substituição da Ministra da Saúde não será rápida.²⁵²

Do mesmo modo, António Costa assegurou que: *“o Governo prosseguirá as reformas em curso tendo em vista fortalecer o SNS e a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos portugueses.”*²⁵³

Não há dúvidas que o Governo precisa implementar um plano de contingência para resolver de vez os problemas que assolam o Serviço Nacional de Saúde, neste caso mais em específico, as urgências obstétricas, que clamam por uma atenção especial iminente, pois o serviço está à beira de um colapso. Pois se nada for posto em prática imediatamente quantos mais terão de perder a vida para que algo seja feito?

2.1.2. A repercussão da retração dos encargos com medicamentos

As medidas de austeridade impostas pelo governo português através do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MECPE)²⁵⁴, particularmente, no que diz respeito à comparticipação de medicamentos tinham por objetivo: *“gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com*

²⁵¹ CNN PORTUGAL - Marta Temido demite-se: diz que deixou “de ter condições” para ficar no cargo. Substituição da ministra “não será rápida”. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://cnnportugal.iol.pt/marta-temido/marta-temido-demite-se-ministra-da-saude-diz-que-deixou-de-ter-condicoes/20220830/630d59200cf2ea367d4ba93f>>.

²⁵² *Ibidem*.

²⁵³ *Ibidem*.

²⁵⁴ MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DE POLÍTICA ECONÓMICA. [Consult. 30 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf>.

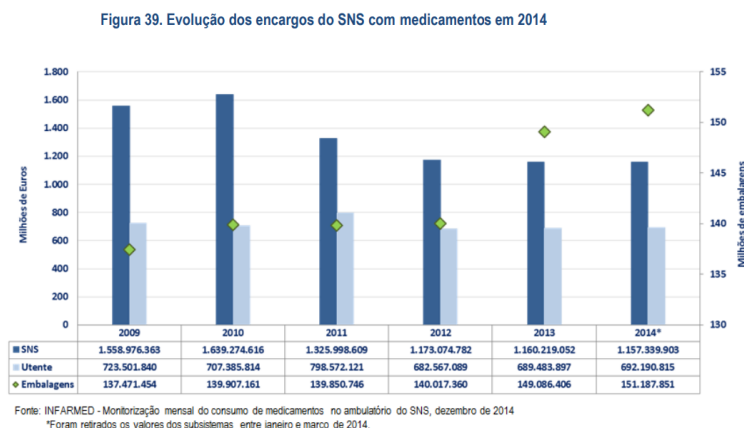
medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE).”

Desse modo, a fim de alcançar o objetivo proposto pelo MECPE foram previstas as seguintes medidas a serem implementadas: a) determinar o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca com uma substância ativa similar; b) revisar o sistema atual de preços de referência tendo em atenção os preços internacionais; c) obrigatoriedade da prescrição eletrónica de medicamentos e meios de diagnóstico; d) aperfeiçoar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico; e) estimular os médicos a dar prioridade a prescrição de medicamentos genéricos e medicamentos de marca menos onerosos; f) definir regras de prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico; g) minimizar entraves à entrada de medicamentos genéricos, com intuito de facilitar a comparticipação de medicamentos; h) implantar de facto a legislação que regulamenta a atividade das farmácias; i) modificar o cálculo das margens de lucro, a fim de estabelecer uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias, com base na experiência vivenciada em outros Estados Membros; j) instituir o enquadramento legislativo e administrativo de um sistema centralizado de aprovisionamento para a compra de dispositivos médicos no âmbito do SNS; l) concluir o sistema uniforme de codificação e um registo comum de fornecimentos de material médico desenvolvido pelo INFARMED e pelos SPMS, baseado na experiência internacional; m) implantar medidas para fomentar a concorrência entre prestadores privados; n) executar o aprovisionamento centralizado de produtos médicos através dos recentemente criados SPMS, usando o sistema uniforme de codificação para produtos médicos e farmacêuticos; o) instituir uma revisão periódica dos preços pagos aos prestadores privados; p) determinar o cumprimento das normas de concorrência europeias na prestação de cuidados de saúde no setor privado.

Entretanto nem todas as medidas previstas foram efetivamente implementadas. As principais medidas, de facto, instituídas consistiram: a) na redução global das despesas com medicamentos, passando de 1,48% do PIB em 2010 para 1,2% do PIB em 2014; b) na limitação do preço máximo do medicamento genérico introduzido no mercado em 50% do preço do medicamento de marca; c) obrigatoriedade da prescrição eletrónica; d) no aumento da quota

de medicamentos genéricos no SNS.²⁵⁵

Nesse sentido, com base nos dados estatísticos disponibilizados pelo INFARMED, doravante Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, é pertinente analisarmos a evolução dos encargos do SNS com medicamentos, especificamente, no período de implantação das medidas de austeridade (2011 a 2014), conforme disposto na figura abaixo.²⁵⁶



De acordo com a evolução dos encargos do Serviço Nacional de Saúde com medicamentos, em 2011 o SNS gastou 1.325.998.609 €. Comparado ao ano anterior, em 2012 gastou menos 152.923.827 €, ou seja, 1.173.074.782 €. Em 2013 gastou 1.160.219.052 €, menos 12.855.739 € que no ano anterior.²⁵⁷ Já em 2014 gastou mais 10.133.255 € em relação ao ano anterior, ou seja, 1.170.352.630 €.²⁵⁸

Outrossim, no que diz respeito à comparticipação de medicamentos, constatou-se uma ligeira diminuição a partir de 2012, na qual a taxa de comparticipação média do SNS em medicamentos representava 62,4% em 2011, 63,8% em 2012, 63,3% em 2013 e 63,2% em 2014.²⁵⁹

²⁵⁵ NUNES, Alexandre Moraes; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), p. 228. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

²⁵⁶ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2014*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/2015-07-20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf.

²⁵⁷ *Ibidem*.

²⁵⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Sa%C3%BAde-no-SNS-2015-MS.pdf>>.

²⁵⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2014*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/2015-07-20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf.

Por conseguinte, quanto às embalagens de medicamentos, no ano de 2011 foram dispensadas 139.850.746; no ano seguinte foram dispensadas 140.017.360; no ano de 2013 foram dispensadas 149.086.406 e em 2014 foram dispensadas 151.187.851 embalagens.

Por sua vez, com relação aos encargos com medicamentos suportados pelos utentes, em 2011 os utentes despenderam 798.572.121 € em medicamentos. Em 2012 tiveram uma ligeira diminuição na despesa, na qual gastaram menos 116.005.032 €, ou seja 682.567.089 €. No ano seguinte, em 2013 as despesas com medicamentos por parte dos utentes voltaram a subir, consubstanciando 689.483.897 €, ou seja 6.916.808 € a mais.²⁶⁰ Em 2014 gastaram mais 13.207.083 € que no ano anterior, totalizando 702.691.219 €.²⁶¹

A partir dos dados contabilísticos, podemos constatar que a partir do ano de 2011 houve uma expressiva diminuição do investimento em medicamentos por parte do SNS.

Em contrapartida, os encargos suportados pelos utentes com os medicamentos vieram a aumentar consideravelmente a partir de 2012.

Vislumbra-se que o aumento da despesa com medicamentos não foi repartido de forma equitativa entre a comparticipação suportada pelo SNS e a despesa suportada pelos utentes, na qual houve diminuição da despesa por parte do SNS e aumento dos encargos suportados pelos utentes, o que fez com que os utentes pagassem mais pelos medicamentos.²⁶²

Além disso, a diminuição do encargo do Estado com medicamentos afetou também o preço do medicamento, que desceu consideravelmente, o que fez com que muitas farmácias enfrentassem graves dificuldades financeiras.²⁶³

Do mesmo modo a baixa do preço dos medicamentos em Portugal fez com que os medicamentos fossem exportados a outros países, principalmente aos países do Norte Europeu.²⁶⁴

Sobretudo a crise financeira enfrentada pelas farmácias juntamente com a exportação paralela deu origem à falta de medicamentos no mercado farmacêutico nacional.²⁶⁵

²⁶⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2014*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/2015-07-20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf.

²⁶¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Sa%C3%BAde-no-SNS-2015-MS.pdf>.

²⁶² OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Relatório de Primavera de 2011*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2011.pdf.

²⁶³ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Relatório de Primavera de 2014*. [Consult. 19 abr. 2022]. Disponível em: https://www.uc.pt/org/ceisuc/Research/Health_Systems/OPSS/RP/rp_2014.

²⁶⁴ *Ibidem*.

²⁶⁵ *Ibidem*.

Desse modo, a falta de medicamentos aliada à diminuição do poder de compra dos utentes, proveniente da diminuição da comparticipação de medicamentos por parte do Estado, afetou a capacidade de acesso aos medicamentos pela população.²⁶⁶

Outrossim, como os medicamentos genéricos são mais baratos que os de marca, observou-se um considerável aumento do consumo mensal de medicamentos genéricos no SNS no período de 2011 a 2014, na qual a percentagem de unidades de medicamentos genéricos no total de medicamentos comparticipados pelo SNS correspondeu a 36,2% em 2011, a 41,2% em 2012, a 44,7% em 2013 e a 46,5% em 2014.²⁶⁷

Além disso, constatou-se um aumento progressivo no número de embalagens de medicamentos dispensadas, principalmente no período de 2011 a 2014, no qual se registou um aumento de 8,1%, ou seja, em 2014 foram dispensadas mais 11.337.105 embalagens de medicamentos do que em 2011.

Por conseguinte, após o período de austeridade e com a posse de um novo governo ao final de 2015, foi dada continuidade a algumas medidas já iniciadas no período de austeridade, dentre as quais destaca-se a política do medicamento por meio da prioridade da prescrição de medicamentos genéricos, da revisão dos preços de referência, do incentivo aos medicamentos inovadores e da redução das despesas em medicamentos pelos utentes.²⁶⁸

Nesse sentido, cumpre analisarmos os dados contabilísticos referentes aos encargos com medicamentos no período pós-austeridade, isto é, a partir do ano de 2015, vejamos.

No ano de 2015, os encargos com medicamentos suportados pelo SNS totalizaram 1.182.534.113 €. Em relação ao ano anterior, em 2016 o SNS gastou mais 7.640.006 €, ou seja 1.189.820.191 €. Em 2017 gastou 1.213.512.876 €, mais 23.692.685 €. ²⁶⁹ Nos anos seguintes, em 2018, 2019 e 2020 os encargos com medicamentos suportados pelo SNS continuaram a subir, consubstanciando respetivamente 1.255.000.000 €, 1.327.000.000 € e 1.359.000.000. ²⁷⁰

Por outro lado, no tocante aos encargos com medicamentos suportados pelos utentes,

²⁶⁶ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Relatório de Primavera de 2014*. [Consult. 19 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.uc.pt/org/ceisuc/Research/Health_Systems/OPSS/RP/rp_2014>.

²⁶⁷ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2014*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/2015-07-20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf.

²⁶⁸ NUNES, Alexandre Morais; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), p. 228. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

²⁶⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2017*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf>.

²⁷⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

em 2015 atingiram 709.324.702 €. Comparado com o ano anterior, em 2016 houve uma ligeira diminuição na despesa, na qual gastaram menos 13.182.049 €, ou seja 696.594.624 €. No ano seguinte, em 2017 as despesas com medicamentos por parte dos utentes voltaram a subir, totalizando 699.590.695 €, ou seja mais 2.996.071 € que no ano anterior.²⁷¹ Em 2018 e 2019 as despesas continuaram a subir, correspondendo respetivamente a 711.000.000 € e 733.000.000 €.²⁷² Já no ano de 2020, houve uma ligeira diminuição, correspondendo a 730.000.000.²⁷³

Por sua vez, no que diz respeito às embalagens de medicamentos dispensadas, em 2015 foram dispensadas 155.016.442; em 2016 foram dispensadas 155.972.138; em 2017 foram dispensadas 157.349.422; em 2018 foram dispensadas 161.000.000; em 2019 foram dispensadas 165.000.000 e em 2020 foram dispensadas 161.000.000 embalagens.

Ainda, no que concerne à evolução anual da quota de medicamentos genéricos no SNS constatou-se um ligeiro aumento nos anos de 2015 a 2017, correspondendo respetivamente a 47%, 47,3% e 47,5%.²⁷⁴ Nos anos seguintes, em 2018, 2019 e 2020 o número de medicamentos genéricos dispensados no SNS continuou a subir consideravelmente, correspondendo respetivamente a 48,4%, 48,7% e 48,8%.²⁷⁵

Pelo exposto, constata-se que os encargos com medicamentos suportados pelo SNS a partir de 2015 até 2020 vieram a aumentar constantemente. Do mesmo modo, os encargos com medicamentos suportados pelos utentes, com exceção do ano de 2016 e 2020, aumentaram consideravelmente. Outrossim, as embalagens de medicamentos dispensadas aumentaram progressivamente a partir do ano de 2015. Além disso, a quantidade de medicamentos genéricos dispensados no SNS também teve uma expressiva elevação no período de 2015 a 2020.

Cumprе enaltecer que ao compararmos o período de austeridade (2011 a 2014) com o

²⁷¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2017*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf>.

²⁷² MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf>.

²⁷³ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

²⁷⁴ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2017*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf>.

²⁷⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

período pós-austeridade (a partir do ano de 2015) vislumbramos alguns avanços que prospetam para a melhora do Serviço Nacional de Saúde, especialmente no que concerne a um expressivo aumento dos investimentos em medicamentos por parte do SNS e da considerável elevação na dispensa de medicamentos genéricos.

2.1.3. A superlotação das urgências hospitalares

A superlotação das urgências hospitalares é mais uma das consequências negativas oriundas das medidas de austeridade impostas pelo governo português.

Duas das diversas medidas de contenção de despesas provocaram impacto negativo nas urgências hospitalares.

Uma proveniente do corte nas despesas com pessoal, na qual a redução e congelamento de salários, fez com que muitos profissionais de saúde deixassem o Serviço Nacional de Saúde e não foram repostos por outros, pois não foram autorizadas novas contratações através de concursos públicos. Logo, o número de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros reduziu significativamente ao longo dos 4 anos em que vigoraram as medidas de austeridade.

Outra medida que estava prevista no Memorando de Entendimento sobre Condicionais Específicos de Política Económica, mas que não chegou a ser executada foi a transferência de determinados serviços hospitalares ambulatoriais para as Unidades de Saúde Familiares (USF). Ou seja, muitos problemas de saúde poderiam ser resolvidos nos cuidados de saúde primários pelos médicos de família, sem a necessidade de serem tratados pelos serviços hospitalares ambulatoriais.

Desse modo, os serviços de urgência sofrem até os dias de hoje as consequências da implementação das medidas de austeridade.

Além da falta de pessoal, principalmente médicos e enfermeiros, outra causa que provoca a superlotação das urgências hospitalares que originam longas e intermináveis filas de espera é o facto de que muitos pacientes buscam nas urgências a solução para os problemas que não foram resolvidos nem diagnosticados em outros níveis de assistência.²⁷⁶

²⁷⁶ OLIVEIRA, Gabriela Silva; JESUS, Raíra Mota de; LIMA, Daniele Martins de; MENDONÇA, Ivana Oliveira; RIBEIRO, Hilton Lima. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. [em linha].

Nesse sentido, o atendimento de pacientes que deveriam ser realizados nas unidades básicas de saúde é um fator determinante para a superlotação das urgências hospitalares.²⁷⁷

Ademais, muitos dos atendimentos realizados nas urgências hospitalares são considerados não urgentes e poderiam ser resolvidos nas redes de menor complexidade.²⁷⁸

Além disso, culturalmente a maioria da população tem a convicção que o nível hospitalar prestará um atendimento de resolutivo e de melhor qualidade. Isso se deve ao facto de a unidade básica de saúde não possuir a infraestrutura adequada e ao mesmo tempo dispor de poucos profissionais, falta de materiais e equipamentos ou ainda prestar um mau atendimento. Essas circunstâncias fazem com que muitos utentes procurem a rede hospitalar, pois não se sentem seguros e confortáveis de buscar atendimento junto aos cuidados primários.²⁷⁹

A fim de corroborar com as referidas afirmações, iremos analisar alguns dados estatísticos referentes ao número de profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros a serviço dos hospitais, número de internamentos, consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, intervenções cirúrgicas e atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais realizados no período entre 2012 a 2020.

Segundo os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2012*”²⁸⁰, em 2012 havia 21.417 médicos à serviço dos hospitais. Enquanto que enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados 37.495 enfermeiros à serviço dos hospitais.

No que diz respeito aos internamentos, no decorrer do ano de 2012 foram computados o total de 1.177.779 internamentos hospitalares. Quanto às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais foram realizadas 16.717.704 consultas. Em relação às intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais, foram efetuadas 1.080.102 cirurgias hospitalares. No tocante aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, foram realizados 7.068.480 atendimentos de pacientes, dentre os quais 5.785.298 por motivo de doença, 837.497 decorrentes de lesões provocadas por acidente, 41.924 em virtude de outras lesões e 403.761

V. 4, n.º 2, (out. 2017), p. 120. [Consult. 04 mai. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596>>.

²⁷⁷ OLIVEIRA, Gabriela Silva; JESUS, Raíra Mota de; LIMA, Daniele Martins de; MENDONÇA, Ivana Oliveira; RIBEIRO, Hilton Lima. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. [em linha]. V. 4, n.º 2, (out. 2017), p. 121. [Consult. 04 mai. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596>>.

²⁷⁸ *Ibidem*, p. 120.

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 121.

²⁸⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2012*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210768242&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

em razão de outras causas.²⁸¹

De acordo com os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2013*”²⁸², em 2013 foram contabilizados 21.880 médicos à serviço dos hospitais. Já quanto aos enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados 36.994 enfermeiros à serviço dos hospitais.

Relativamente aos internamentos, no decorrer do ano de 2013 foram efetuados 1.162.377 internamentos hospitalares. No que diz respeito às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais foram realizadas 17.564.894 consultas. Quanto às intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais, foram efetuadas 1.114.390 cirurgias hospitalares. No tocante aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, foram realizados 7.181.100 atendimentos de pacientes, dentre os quais 5.884.579 em razão de doença, 811.674 por motivo de lesões provocadas por acidente, 39.116 decorrentes de outras lesões e 445.731 em virtude de outras causas.²⁸³

Com base nos dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2014*”²⁸⁴, no ano de 2014 foram computados 21.893 médicos à serviço dos hospitais. Por sua vez, quanto aos enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados 36.532 enfermeiros à serviço dos hospitais.

No tocante aos internamentos, no decorrer do ano de 2014 foram efetuados 1.153.588 internamentos hospitalares. Relativamente às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais foram realizadas 18.113.509 consultas. Quanto às intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais, foram efetuadas 1.106.639 cirurgias hospitalares. Em relação aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, foram realizados 7.263.331 atendimentos de pacientes, dentre os quais 6.021.028 decorrentes de doença, 787.481 em razão de lesões provocadas por acidente, 37.832 provenientes de outras lesões e 416.990 em virtude de outras causas.

Segundo os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2015*”²⁸⁵, em 2015 foram contabilizados 22.877 médicos à serviço dos hospitais, dos quais 18.848 médicos

²⁸¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2012*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210768242&PUBLICACOEStema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

²⁸² INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2013*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=138737&PUBLICACOEStema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

²⁸³ *Ibidem*.

²⁸⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2014*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOEStema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

²⁸⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2015*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257779974&PUBLICACOEStema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 327 médicos a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 2.643 médicos a serviço de hospitais privados e 1.059 médicos a serviço de hospitais em parceria público-privada. Ao passo que quanto aos enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados 37.868 enfermeiros à serviço dos hospitais, dos quais 32.092 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 425 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 3.463 enfermeiros a serviço de hospitais privados e 1.888 enfermeiros a serviço de hospitais em parceria público-privada.

No que diz respeito aos internamentos, no decorrer do ano de 2015 foram registados 1.155.855 internamentos hospitalares, dos quais 822.456 foram em hospitais públicos de acesso universal, 6.246 em hospitais públicos de acesso restrito, 247.043 em hospitais privados e 80.110 em hospitais em parceria público-privada.

Quanto às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, no ano de 2015, foram realizadas 16.717.704 consultas, das quais 11.530 236 foram em hospitais públicos de acesso universal, 219.902 em hospitais públicos de acesso restrito, 6.113.808 em hospitais privados e 1.008.677 em hospitais em parceria público-privada.

No ano de 2015, em relação às intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais, foram efetuadas 1.099.484 cirurgias hospitalares, das quais 724.664 em hospitais públicos de acesso universal, 5.068 em hospitais públicos de acesso restrito, 292.286 em hospitais privados e 77.466 em hospitais em parceria público-privada.

No tocante aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, no ano de 2015, foram realizados 7.340.102 atendimentos de pacientes, dentre os quais 5.980.847 por motivo de doença, 825.348 decorrentes de lesões provocadas por acidente, 37.690 em virtude de outras lesões e 496.217 em razão de outras causas. Do total de atendimentos nos serviços de urgência, 496.217 foram em hospitais públicos de acesso universal, 74.381 em hospitais públicos de acesso restrito, 1.118.606 em hospitais privados e 683.308 em hospitais em parceria público-privada.

Conforme os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2016*”²⁸⁶, em 2016 foram aferidos 24.003 médicos à serviço dos hospitais, dos quais 19.612 médicos a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 271 médicos a serviço de hospitais públicos

²⁸⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2016*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277095050&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

com acesso restrito, 3.070 médicos a serviço de hospitais privados e 1.050 médicos a serviço de hospitais em parceria público-privada. Por sua vez, em relação aos enfermeiros, no mesmo ano, foram aferidos 39.670 enfermeiros à serviço dos hospitais, dos quais 33.688 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 392 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 3.650 enfermeiros a serviço de hospitais privados e 1.940 enfermeiros a serviço de hospitais em parceria público-privada.

No que se refere aos internamentos, no decorrer do ano de 2016 foram computados 1.155.169 internamentos hospitalares, dos quais 824.993 foram em hospitais públicos de acesso universal, 6.172 em hospitais públicos de acesso restrito, 245.851 em hospitais privados e 78.153 em hospitais em parceria público-privada.

No tocante às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, no ano de 2016, foram efetuadas 19.405.344 consultas, das quais 11.586.933 foram em hospitais públicos de acesso universal, 207.038 em hospitais públicos de acesso restrito, 6.597.113 em hospitais privados e 1.014.260 em hospitais em parceria público-privada.

No decorrer do ano de 2016, quanto às intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais, foram efetuadas 1.110.273 cirurgias hospitalares, das quais 727.148 foram em hospitais públicos de acesso universal, 5.446 em hospitais públicos de acesso restrito, 300.022 em hospitais privados e 77.657 em hospitais em parceria público-privada.

No que diz respeito aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, no ano de 2016, foram realizados 7.736.684 atendimentos de pacientes, dentre os quais 6.332.518 em razão de doença, 833.952 em virtude de lesões provocadas por acidente, 37.670 decorrentes de outras lesões e 532.544 provenientes de outras causas. Do total de atendimentos nos serviços de urgência, 5.711.599 foram em hospitais públicos de acesso universal, 78.550 em hospitais públicos de acesso restrito, 1.222.566 em hospitais privados e 723.969 em hospitais em parceria público-privada.

De acordo os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2017*”²⁸⁷, em 2017 foram contabilizados 25.130 médicos à serviço dos hospitais, dos quais 20.474 médicos a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 314 médicos a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 3.233 médicos a serviço de hospitais privados e 1.109 médicos a

²⁸⁷ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2017*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

serviço de hospitais em parceria público-privada. Já quanto aos enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados 41.107 enfermeiros à serviço dos hospitais, dos quais 34.623 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 332 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 4.224 enfermeiros a serviço de hospitais privados e 1.928 enfermeiros a serviço de hospitais em parceria público-privada.

No que diz respeito aos internamentos, no decorrer do ano de 2017 foram realizados 1.158.614 internamentos hospitalares, dos quais 817.810 foram em hospitais públicos de acesso universal, 4.622 em hospitais públicos de acesso restrito, 255.571 em hospitais privados e 80.611 em hospitais em parceria público-privada.

Em relação às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, no ano de 2017, foram computadas 19.780.583 consultas, das quais 11.640.222 foram em hospitais públicos de acesso universal, 202.054 em hospitais públicos de acesso restrito, 6.894.753 em hospitais privados e 1.043.554 em hospitais em parceria público-privada.

No ano de 2017, no tocante às intervenções cirúrgicas realizadas nos hospitais, foram realizadas 1.119.590 cirurgias hospitalares, das quais 731.026 foram em hospitais públicos de acesso universal, 6.945 em hospitais públicos de acesso restrito, 300.323 em hospitais privados e 81.296 em hospitais em parceria público-privada.

Quanto aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, no ano de 2017, foram efetuados 7.641.893 atendimentos de pacientes, dentre os quais 6.255.446 decorrentes de doença, 812.367 em razão de lesões provocadas por acidente, 36.124 provenientes de outras lesões e 537.956 em razão de outras causas. Do total de atendimentos nos serviços de urgência, 5.662.359 foram em hospitais públicos de acesso universal, 19.511 em hospitais públicos de acesso restrito, 1.237.734 em hospitais privados e 722.289 em hospitais em parceria público-privada.

Com base nos dados apontados pelo INE, no relatório *“Estatísticas da Saúde 2018”*²⁸⁸, em 2018 foram computados 26.879 médicos à serviço dos hospitais, dos quais 20.830 médicos a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 290 médicos a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 4.577 médicos a serviço de hospitais privados e 1.182 médicos a serviço de hospitais em parceria público-privada. Enquanto que os enfermeiros, no mesmo

²⁸⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2018*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257793024&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

ano, foram computados 43.166 enfermeiros à serviço dos hospitais, dos quais 35.488 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso universal, 416 enfermeiros a serviço de hospitais públicos com acesso restrito, 5.138 enfermeiros a serviço de hospitais privados e 2.124 enfermeiros a serviço de hospitais em parceria público-privada.

Relativamente aos internamentos, no decorrer do ano de 2018 foram contabilizados 1.155.056 internamentos hospitalares, dos quais 801.742 foram em hospitais públicos de acesso universal, 4.555 em hospitais públicos de acesso restrito, 266.454 em hospitais privados e 82.305 em hospitais em parceria público-privada.

Quanto às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, no ano de 2018, foram realizadas 20.370.450 consultas, das quais 11.701.151 foram em hospitais públicos de acesso universal, 220.756 em hospitais públicos de acesso restrito, 7.373.685 em hospitais privados e 1.074.858 em hospitais em parceria público-privada.

No decurso do ano de 2018, no que diz respeito às intervenções cirúrgicas nos hospitais, foram efetuadas 1.140.970 cirurgias hospitalares, das quais 718.491 foram em hospitais públicos de acesso universal, 6.644 em hospitais públicos de acesso restrito, 344.743 em hospitais privados e 71.092 em hospitais em parceria público-privada.

No tocante aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, no ano de 2018, foram realizados 7.832.442 atendimentos de pacientes, dentre os quais 6.451.182 provenientes de doença, 813.333 oriundos de lesões provocadas por acidente, 34.446 decorrentes de outras lesões e 533.481 em virtude de outras causas. Do total de atendimentos nos serviços de urgência, 5.716.584 foram em hospitais públicos de acesso universal, 19.818 em hospitais públicos de acesso restrito, 1.366.492 em hospitais privados e 729.548 em hospitais em parceria público-privada.

Segundo os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2019*”²⁸⁹, em 2019 foram contabilizados 28.822 médicos à serviço dos hospitais. Já em relação aos enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados 45.444 enfermeiros à serviço dos hospitais.

No tocante aos internamentos, no decurso do ano de 2019 foram efetuados 1.100.000 internamentos hospitalares, dos quais 71,5% ocorreram em hospitais públicos.

No que diz respeito às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, no ano

²⁸⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2019*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

de 2019, foram efetuadas 21.100.000 consultas, das quais 59,8% realizaram-se nos hospitais públicos.

No decorrer do ano de 2019, quanto às intervenções cirúrgicas nos hospitais, foram realizadas 1.208.800 de cirurgias hospitalares, das quais 66,2% ocorreram nos hospitais públicos.

Relativamente aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, no ano de 2019, foram efetuados 8.200.000 atendimentos de pacientes, dentre os quais 76,5% ocorreram em hospitais públicos.

De acordo com os dados apontados pelo INE, no relatório “*Estatísticas da Saúde 2020*”²⁹⁰, em 2020 foram contabilizados 26.249 médicos à serviço dos hospitais. Enquanto que os enfermeiros, no mesmo ano, foram contabilizados em 48.255 enfermeiros à serviço dos hospitais.

No que diz respeito aos internamentos, no decurso do ano de 2020 foram efetuados 987.200 internamentos hospitalares, dos quais 70,5% ocorreram em hospitais públicos.

No tocante às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, no ano de 2020, foram efetuadas 18.400.000 consultas, das quais 62,2% realizaram-se nos hospitais públicos.

No decorrer do ano de 2020, quanto às intervenções cirúrgicas nos hospitais, foram realizadas 1.007.500 cirurgias hospitalares, das quais 65% ocorreram nos hospitais públicos.

Relativamente aos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais, no ano de 2020, foram efetuados 5.700.000 atendimentos de pacientes, dentre os quais 77,4% ocorreram em hospitais públicos.

Frente aos dados registados pelo INE, podemos apontar algumas conclusões. Vejamos.

No que diz respeito ao número de profissionais de saúde à serviço dos hospitais, verifica-se que entre os anos de 2012 e 2014 (período que vigoraram as medidas de austeridade), o número de profissionais diminuiu, particularmente quanto aos enfermeiros.

Por sua vez, a partir do ano de 2015 o número de profissionais médicos e enfermeiros a serviço dos hospitais veio a aumentar progressivamente.

Relativamente aos internamentos hospitalares, nos anos de 2012 a 2014 houve uma ligeira diminuição das internações. A partir de 2015 houve um aumento que se manteve até o

²⁹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2019*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257483090&PUBLICACOESstema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

decorrer do ano de 2017 e a partir de 2018 até 2020 houve uma expressiva diminuição.

Já quanto às consultas médicas nas consultas externas dos hospitais, vislumbra-se que o período de 2012 a 2014 o número de consultas aumentou consideravelmente, vindo a diminuir no ano de 2015 e a aumentar novamente no ano de 2016, permanecendo até o ano de 2019 e vindo a diminuir novamente em 2020.

No tocante às intervenções cirúrgicas ocorridas nos hospitais, no ano de 2013 houve um ligeiro aumento quando comparado com o ano anterior. Enquanto que no ano de 2014 houve uma ligeira diminuição quando comparado com o ano anterior. Por sua vez, a partir do ano de 2015 o número de cirurgias hospitalares veio a aumentar progressivamente até o ano de 2019, onde outra vez em 2020 veio a diminuir.

Por conseguinte, em relação aos atendimentos de urgência realizados nos hospitais, desde o ano de 2012 até o ano de 2016 houve um aumento considerável, vindo a diminuir em 2017 e novamente a aumentar a partir de 2018 se mantendo até 2019, quando em 2020 voltaram a diminuir consideravelmente.

É de salutar que dos atendimentos de urgência registados, a principal demanda é decorrente de uma doença.

Desse modo, muitas doenças poderiam ser tratadas nos cuidados de saúde primários pelos médicos de família, o que viria a minimizar os atendimentos de urgência hospitalares.

Sobretudo, insta referir, que outro apeto que recentemente também contribuiu para a superlotação das urgências hospitalares, foi o surto de doença por coronavírus, doravante Covid-19, declarado pela OMS como pandemia no dia 11 de março de 2020.

A pandemia teve um impacto considerável nas unidades hospitalares, tendo em vista que houve um considerável aumento da procura de cuidados hospitalares por doentes infetados pelo vírus da Covid-19.

Os hospitais tiveram que dar resposta aos doentes mais graves que necessitaram de internamentos em enfermarias ou nos cuidados intensivos.

De acordo com Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e Entidades Convencionadas de 2020,²⁹¹ elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em 2020 registaram-se 28.167 episódios

²⁹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 15 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

de internamento de doentes com diagnóstico COVID-19.

Em virtude da crise pandêmica, registou-se um aumento do número de vagas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, doravante RNCCI, no percentual 5% em relação ao no de 2019.

Em 2020, os episódios de urgência atendidos dentro do tempo previsto na Triagem Manchester alcançaram os 77,7%, mais 3,4% que no ano anterior.

Em contrapartida, em 2020 registou-se um decréscimo generalizado dos cuidados prestados a nível hospitalar, face ao ano anterior, designadamente a diminuição de consultas externas hospitalares, no percentual de menos 10,4%, totalizando 11.130 consultas externas e diminuição de intervenções cirúrgicas, especialmente cirurgias programadas, no percentual de menos 19%.²⁹²

Além disso, diminuíram em cerca de 34,9% as referenciações para primeiras consultas hospitalares no âmbito da Consulta a Tempo e Horas (CTH).

Desse modo, vislumbra-se que o volume de atividade assistencial hospitalar e referenciação diminuiu significativamente no ano de 2020, em virtude de ter de ser priorizado o internamento dos doentes infetados pela Covid-19.

3. As propostas de melhoria do Serviço Nacional de Saúde

Como vimos, as medidas de austeridade não resolveram os problemas que já existiam no Serviço Nacional de Saúde. Muito pelo contrário, contribuíram para piorar a qualidade e eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde.²⁹³

Após o período de intervenção das medidas de retração, toma posse em dezembro de 2015 um novo Governo, que não concordava com as estratégias implementadas pelo executivo anterior e que considerou urgente reformar e revitalizar o SNS.²⁹⁴

Desse modo, com o fito de travar o retrocesso social provocado pela implantação das medidas de austeridade, o Programa do XXI Governo Constitucional (2015 a 2019)²⁹⁵ previu

²⁹² MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 15 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

²⁹³ NUNES, Alexandre Moraes - A recuperação do Serviço Nacional de Saúde Português: novas perspectivas para a política de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 7, n.º 1, (jan./abr. 2018), p. 21. [Consult. 23 mar. 2022]. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/311>>.

²⁹⁴ *Ibidem*.

²⁹⁵ PORTUGAL – *Programa do XXI Governo Constitucional*. [Consult. 05 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/ficheiros->

uma série de medidas para revigorar e recuperar o Serviço Nacional de Saúde, dentre as quais destacam-se: a) reduzir de uma forma geral o valor das taxas moderadoras; b) expandir e melhorar a capacidade da rede de cuidados de saúde primários, principalmente por meio da criação de 100 novas Unidades de Saúde Familiar (USF), garantindo a atribuição de médicos de família a mais 500 mil habitantes; c) promover a reforma dos hospitais na sua organização interna e modelo de gestão; d) expandir e melhorar a integração da Rede de Cuidados Continuados; e) aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde; f) melhorar a governação do SNS, especialmente através da alocação dos recursos humanos, técnicos e financeiros adequados e promoção de uma política sustentável na área do medicamento, revisando os mecanismos de dispensa e de comparticipação de medicamentos dos doentes crónicos em ambulatório e promovendo o aumento da quota do mercado de medicamentos genéricos (em valor) para os 30%; g) melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Posteriormente, o Programa do XXII Governo Constitucional (2019-2023)²⁹⁶ definiu as estratégias a serem implementadas na área da saúde nos quatro anos de mandato, dentre as quais, destacam-se: a) reforçar os cuidados de saúde primários, principalmente, garantindo uma equipa de saúde familiar a todos os utentes; b) reduzir os custos que os utentes despendem na saúde, especialmente, a eliminação, por fases, do pagamento de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e em todas as prestações de cuidados, cuja referenciação tenha origem no SNS e continuar a incentivar a prescrição de genéricos e medicamentos biossimilares; c) assegurar tempos adequados de resposta, diminuindo os tempos de espera, principalmente por meio do alargamento de consultas externas aos sábados e pelo reforço dos recursos humanos; d) apostar na saúde desde os primeiros anos de vida, particularmente promovendo a alimentação saudável e atividade física; e) melhorar as condições de trabalho no SNS; f) garantir a participação dos cidadãos no SNS.

Todas essas medidas em conjunto tendem a melhorar a qualidade e eficácia do Serviço Nacional de Saúde. Todavia, apresentamos três propostas de melhoria que consideramos essenciais para a sustentabilidade e melhor desempenho dos serviços prestados pelo SNS, quais sejam: a) investimento em políticas públicas no âmbito de promoção da saúde e

geral/programa-do-governo-pdf.aspx>.

²⁹⁶ PORTUGAL – *Programa do XXII Governo Constitucional*. [Consult. 05 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/gc22/programa-do-governo-xxii/programa-do-governo-xxii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>>.

prevenção das doenças crónicas; b) investimento nos recursos humanos que compõem o SNS, por meio da contratação e valorização dos profissionais de saúde; c) reestruturação organizacional do SNS, particularmente pela inserção de uma unidade de saúde intermediária, que funcione como elo de ligação entre os cuidados primários e secundários, a fim de desafogar as urgências hospitalares.

3.1. As políticas públicas de saúde a serem implementadas no âmbito de promoção da saúde e no combate às doenças crónicas

É evidente que são muitos os fatores que determinam o modo como vivemos e consequentemente, interferem no nosso estado de saúde.²⁹⁷

O estado da nossa saúde é influenciado por fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Logo, é extremamente importante focar nos fatores modificáveis, ou seja, nos fatores ambientais e comportamentais, de modo a alterar os comportamentos de risco que sejam propensos ao desenvolvimento de doenças crónicas associadas principalmente ao tabagismo, alcoolismo, má alimentação, excesso de peso e sedentarismo.²⁹⁸

A Organização Mundial da Saúde, doravante OMS, define as doenças crónicas como *“doenças de duração prolongada e progressão lenta”*.²⁹⁹

As doenças crónicas podem ser transmissíveis e não transmissíveis. Dentre as doenças crónicas não transmissíveis, as mais comuns são a doença cardiovascular, a *diabetes melitus* e o câncer.³⁰⁰

Segundo dados estatísticos, a principal causa de morbimortalidade no mundo está associada às doenças crónicas.³⁰¹

Anualmente as quatro doenças crónicas mais frequentes (cardiovasculares, câncer,

²⁹⁷ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

²⁹⁸ *Ibidem*.

²⁹⁹ Chronic diseases [web site]. Geneva: World Health Organization, 2008. [Consult. 15 mai. 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_disease/en>, Apud GUERRA, João. *Proposta para a Criação do Núcleo de Estudos sobre Gestão da Doença Crónica da SPMI*. Fev. 2009. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.spmi.pt/pdf/Proposta_NEGDC_da_SPMI.pdf>.

³⁰⁰ SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crónicas: revisão sistemática. *Revista Panam Salud Publica*. [em linha]. V. 34, n.º 5, 2013, p. 344. [Consult. 06 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>>.

³⁰¹ ONU NEWS - *Pessoas com doenças crónicas mais vulneráveis a Covid-19, alerta OMS*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725412>>.

diabetes e doenças respiratórias) resultam em mais de 40 milhões de mortes.³⁰²

Especialmente nos países europeus as doenças crónicas correspondem a 80% das mortes, sendo a principal causa, as doenças relacionadas com o sistema circulatório.³⁰³

Todavia, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas se as respetivas doenças crónicas tivessem sido prevenidas ou controladas.³⁰⁴

De acordo com a Organização Mundial de Saúde os pacientes com doenças crónicas são mais vulneráveis à Covid-19.³⁰⁵

Nesse sentido o diretor-geral da OMS, *Tedros Ghebreyesus*, constata: “a Covid-19 tem afetado de forma desproporcional pessoas com doenças crónicas como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes e doenças respiratórias.”³⁰⁶

Conforme dados estatísticos, os pacientes obesos têm sete vezes mais probabilidades de apresentarem complicações graves à Covid-19, enquanto que os fumantes têm uma vez e meia mais chances de desenvolverem sintomas mais graves. Por sua vez, os diabéticos têm de duas a quatro vezes mais chances de manifestarem complicações mais graves ou até risco de morte.³⁰⁷

Ainda de acordo com dados estatísticos, as pessoas com nível educacional mais elevado tendem a ser menos propensas ao desenvolvimento de doenças crónicas, inclusive problemas de saúde mental. Nesses grupos de pessoas registram-se menos propensões a doenças associadas especificadamente à hipertensão arterial, obesidade e diabetes.³⁰⁸

Outrossim, outro fator determinante para o desenvolvimento de doenças crónicas, é o desemprego. Estudos comprovam que pessoas desempregadas ou sem atividade profissional têm mais problemas de saúde associados à hipertensão arterial, obesidade e diabetes.³⁰⁹

Além disso, o rendimento das pessoas é outro fator relevante que está diretamente ligado ao acesso dos serviços indispensáveis à saúde e bem-estar físico e mental. Quando comparados com pessoas com rendimento mais elevado, as pessoas com menores

³⁰² ONU NEWS - *Pessoas com doenças crónicas mais vulneráveis a Covid-19, alerta OMS*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725412>>.

³⁰³ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

³⁰⁴ SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crónicas: revisão sistemática. *Revista Panam Salud Publica*. [em linha]. V. 34, n.º 5, 2013, pp. 343 e 344. [Consult. 06 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>>.

³⁰⁵ ONU NEWS - *Pessoas com doenças crónicas mais vulneráveis a Covid-19, alerta OMS*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725412>>.

³⁰⁶ *Ibidem*.

³⁰⁷ *Ibidem*.

³⁰⁸ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

³⁰⁹ *Ibidem*.

rendimentos tencionam a avaliar negativamente o seu estado de saúde.³¹⁰

De acordo com os dados apontados pelo INE, no ano de 2021, 43,9% da população portuguesa com 16 anos de idade ou mais declarou possuir uma doença crónica ou de um problema de saúde prolongado (71,4% acometia a população com 65 anos de idade ou mais e 34,1% a população com menos de 65 anos de idade). Importante referir que esta condição afetava mais as mulheres (47%) do que os homens (40,4%).³¹¹

Ainda, cabe ressaltar que, em 2021, as pessoas que possuíam ensino secundário completo ou ensino superior correspondiam a 31% das pessoas que relataram possuir alguma doença crónica ou algum problema de saúde prolongado. Enquanto que as pessoas que possuíam o ensino básico e as pessoas sem qualquer nível de escolaridade completo que sofriam de alguma doença crónica ou algum problema de saúde prolongado correspondiam, respetivamente, a 53,3% e 80,1%.³¹²

Além disso, em relação à condição de trabalho, no ano de 2021, a população reformada correspondia a 71,1% das pessoas que possuam alguma morbilidade crónica, seguida da população desempregada que correspondia a 40,6% e por fim, a população empregada que correspondia a 30,9%.³¹³

Por sua vez, quando comparado com outros países da União Europeia, em 2020, Portugal era um dos cinco países em que a proporção de pessoas com doença crónica ou problema de saúde prolongado era mais elevada, com proporções acima dos 40%.³¹⁴

Como vimos, o desenvolvimento das doenças crónicas está associado a fatores de risco individuais e sociais, dos quais destacam-se: o excesso de peso, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo.³¹⁵

No que diz respeito à obesidade, de acordo com Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), 5,9 milhões de portugueses possuem excesso de peso; 8 em cada 10 idosos têm excesso de peso; as pessoas com menor grau de escolaridade são as que possuem mais excesso de peso e obesidade abdominal e meramente 41,8% da população portuguesa

³¹⁰ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

³¹¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2019*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2>.

³¹² *Ibidem*.

³¹³ *Ibidem*.

³¹⁴ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas da Saúde de 2020*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436989156&PUBLICACOESmodo=2>.

³¹⁵ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

desempenha alguma prática regular de exercício físico, desporto ou lazer.³¹⁶

Insta referir que a obesidade se desencadeia pela insuficiência de exercício físico e pela alimentação inadequada, que se dá pelo consumo excessivo de calorias, oriundas de açúcar e gordura.³¹⁷

Já quanto aos hábitos alimentares inadequados, constatou-se que 17% da população portuguesa ingere pelo menos um refrigerante ou néctar por dia; 1 em cada 2 portugueses não ingere a quantidade de produtos hortícolas ou frutíferos que são recomendados pela OMS e em média, cada pessoa consome 3 gr de excesso de sal por dia.³¹⁸

Cade ressaltar que a alimentação inadequada corresponde ao consumo excessivo de sal, açúcar e gorduras trans, aliada ainda à baixa ingestão de produtos hortícolas e frutíferos.³¹⁹

Particularmente o consumo excessivo de sal é um contributo essencial para que Portugal seja um dos países da União Europeia que tenha maiores preponderâncias de hipertensão arterial na sua população, correspondendo a 3 hipertensos a cada 10 portugueses.³²⁰

Ainda, importante enaltecer que todos os dias aproximadamente 100 portugueses morrem em virtude de doenças cérebro-cardiovasculares, as quais poderiam ser evitadas pela alteração de comportamentos alimentares, especialmente pela diminuição do consumo de sal.³²¹

Por sua vez, a atividade física também desempenha um papel importante na saúde e bem-estar das pessoas, particularmente porque está intimamente ligada à prevenção do desenvolvimento de doenças crónicas não transmissíveis.³²²

Segundo dados estatísticos do Eurobarómetro de 2017, somente 5% dos portugueses com 15 anos de idade ou mais referem que praticam algum exercício físico ou desporto regularmente. Dentre os países europeus, Portugal é o segundo país que as pessoas menos caminham. Em contrapartida, é o país que as pessoas referem passar menos tempo sentadas diariamente.³²³

Ademais, outro dado estatístico que causa grande impacto é o fato de que 14% das mortes em Portugal estão relacionadas à ausência de atividade física. O valor percentual

³¹⁶ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

³¹⁷ *Ibidem*.

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ *Ibidem*.

³²⁰ *Ibidem*.

³²¹ *Ibidem*.

³²² *Ibidem*.

³²³ *Ibidem*.

supera a média mundial, que se encontra abaixo dos 10%.³²⁴

Já no que se refere ao tabagismo, conforme o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo de 2017, o tabaco é considerado uma das principais causas evitáveis de morte prematura por cancro, doenças respiratórias e cérebro-cardiovasculares.³²⁵

Em Portugal, o tabaco é responsável por uma morte a cada 50 minutos. Do mesmo modo, uma a cada quatro mortes da faixa etária dos 50 aos 59 anos de idade é em decorrência do tabaco.³²⁶

Ainda, oportuno destacar que os fumadores em Portugal correspondem a 28,3% dos homens e 16,4% das mulheres, sendo um hábito muito mais comum dos desempregados e dos jovens de 25 a 34 anos de idade.³²⁷

Já no tocante a outras dependências, especialmente no que diz respeito ao consumo arriscado de bebidas alcoólicas, em Portugal, no decorrer dos anos de 2016 e 2017, correspondia a 16,7%. Em comparação com anos anteriores, constatou-se uma significativa diminuição deste consumo pelos homens (24,6% em 2012 e 18,3% em 2016/2017) e um considerável aumento pelas mulheres (8,5% em 2012 e 14,6% em 2016/2017).³²⁸

Por isso, com o intuito de prevenir a doença e promover a saúde foram criados, em Portugal, diversas estratégias em saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, vejamos.

De acordo com o Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde, doravante PNS: *“é um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de carácter estratégico, destinadas a capacitar e promover o Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial”*.

O Plano Nacional de Saúde visa orientar as políticas de saúde que devem ser implementadas com o intuito de maximizar o bem-estar físico da população.

Igualmente, o PNS deve vislumbrar as necessidades de saúde da população e aliá-las aos recursos financeiros disponíveis, estipulando metas e objetivos a serem alcançados em um determinado período.

O primeiro Plano Nacional de Saúde foi instituído em 2004, no qual foram previstos os objetivos estratégicos e metas a serem alcançadas no período de 2004-2010. Posteriormente,

³²⁴ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

³²⁵ *Ibidem*.

³²⁶ *Ibidem*.

³²⁷ *Ibidem*.

³²⁸ *Ibidem*.

em 2012, entrou em vigor um novo Plano Nacional de Saúde que definiu os objetivos e prioridades a serem implementados no período de 2012-2016. O referido PNS foi revisto e estendido até o ano de 2020.³²⁹

Atualmente, temos em vigor o primeiro PNS a ser planejado para vigorar por uma década (2021-2030). O referido PNS tem como fulcro a saúde sustentável, baseado na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas.³³⁰

O PNS 2021-2030 estabelece um enfoque não somente nos problemas de saúde de elevada magnitude, como por exemplo doenças do sistema circulatório e tumores malignos, mas também nos problemas de saúde de baixa magnitude com elevado potencial de risco.³³¹

Desse modo, foram fixados objetivos de saúde a serem alcançados até 2030 que dizem respeito às necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude e por problemas de saúde de baixa magnitude com elevado potencial de risco.

Dentre os vários objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados no PNS 2021-2030, destaca-se a redução da taxa de mortalidade padronizada por doenças do sistema circulatório; doenças cerebrovasculares; doenças isquêmicas do coração; tumores malignos em geral; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno da mama; doenças do sistema respiratório; diabetes *mellitus* e redução da taxa de incidência de tuberculose e por infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Já com relação às necessidades de saúde por problemas de baixa magnitude e elevado potencial de risco, fixados no PNS 2021-2030, merece destaque: a redução da taxa de mortalidade neonatal e de crianças com menos de 5 anos de idade; a garantia do valor tendencialmente nulo do número de casos de sífilis congênita, de tétano neonatal, rubéola congênita; a manutenção nula da transmissão endêmica do sarampo.

Dentre as estratégias de intervenção a serem implementadas pelo PNS 2021-2030 para alcançarem os objetivos suscitados, destaca-se: a promoção da saúde mental, do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade; a prevenção do consumo de tabaco e álcool entre jovens e adolescentes; a recuperação e melhoria do acesso ao tratamento precoce e aos rastreios oncológicos; a recuperação e melhoria do acesso à

³²⁹ SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. [Consult. 13 abr. 2022]. Disponível em: <https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf>.

³³⁰ *Ibidem*.

³³¹ *Ibidem*.

prevenção e tratamento da obesidade; a prevenção de complicações ou agudização de doença crónica.

Nesse sentido, esse conjunto de prioridades estratégicas tem por intuito combater os determinantes que põe risco à saúde e igualmente tendem a promover estilos de vida mais saudáveis, como a prática de exercício físico, alimentação balanceada, cessação do tabagismo e alcoolismo.³³²

Desse modo, o investimento em políticas públicas de saúde que promovam a prevenção e o combate às doenças crónicas (doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, sedentarismo, colesterol) tende a otimizar a alocação de recursos usados em internações hospitalares e tratamentos dessas doenças.³³³

Assim sendo, a promoção de medidas preventivas da doença implica ganhos tanto para o Estado quanto para a população. Para o Estado, porque tende a investir menos em recursos para a saúde e para a população porque cria hábitos mais saudáveis que tendem a melhorar a sua qualidade de vida.³³⁴

Além disso, conforme já referimos anteriormente, segundo os dados computados pelo INE, dos atendimentos de urgência realizados nos hospitais, compreendido entre os anos de 2012 a 2019, a principal demanda é decorrente de uma doença.

Por isso é tão importante o investimento em estratégias que promovam a saúde e a prevenção das doenças crónicas, pois elas tenderiam a minimizar os atendimentos nas urgências hospitalares e a injeção de recursos do Estado na saúde.

3.2. Investir em Saúde por meio da contratação e valorização dos Recursos Humanos que compõem o SNS

Como vimos a saúde pública portuguesa passou longos e amargos anos sob o crivo de

³³² NUNES, Alexandre Morais - O Serviço Nacional de Saúde Português: Caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 9, n.º 3, (set./dez.2020), p. 513. [Consult. 27 abr. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/18541/8516>>.

³³³ MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL – *Atenção primária e atenção especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. [Consult. 27 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo?msckid=e28da157c63c11ec817c0f3427787d94>>.

³³⁴ ANTÓNIO, Isa; SANTOS, Luciana Sousa - Medidas da administração da saúde em tempo de escassez. In GONÇALVES, Rúben Miranda (org.) - *Dimensões dos Direitos Humanos*. [em linha]. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, 2016, p. 420. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/1611/4/Libro_II_CONDIM_2016-1.SEM%20TEXTO.pdf>.

medidas de austeridade com intuito de amenizar os entraves provocados pela crise financeira mundial.

Até os dias de hoje o Serviço Nacional de Saúde continua a sofrer com as consequências advindas da retração das despesas públicas.

De facto, muito já se melhorou, mas ainda há um longo caminho a se percorrer para melhorar a qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

Um dos grandes responsáveis pela qualidade e eficiência da prestação dos serviços públicos de saúde são os recursos humanos que compõem o Serviço Nacional de Saúde.

Os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde são elementos imprescindíveis para que o Estado, sob o crivo da Constituição da República Portuguesa, consiga garantir o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, através da medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

Nesse sentido, compete ao Estado assegurar uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde, de acordo com os termos ínsitos no artigo 64.º, n.º 3, alínea b), da CRP.

Além disso, a Base 29, n.º 2, da Lei n.º 95/2019, doravante Lei de Bases da Saúde, estabelece que o Estado tem o dever de incentivar uma política de recursos humanos que assegure a estabilidade do vínculo empregatício aos profissionais de saúde, combatendo assim, vínculos de emprego precários e trabalhadores sem vínculo de emprego; promover o trabalho em equipa e a formação contínua e permanente dos profissionais.

Ainda, a Base 29, n.º 3, da Lei de Bases da Saúde dispõe que o Estado deve ainda estimular uma política de recursos humanos que valorize a dedicação exclusiva como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS, estabelecendo incentivos para esses profissionais.

Para tanto o Estado não pode deixar de medir esforços para investir em saúde por meio da contratação, qualificação e valorização dos recursos humanos que compõem o SNS.

Na atenção primária, deve ser incentivada a contratação de médicos, de modo que todos os utentes tenham a si atribuídos um médico de família.

Com base nos dados atualizados pelo INE a 14 de junho de 2021, levando em conta a população residente no continente, ou seja, 9.802.128 habitantes em 2020, é possível estimar que a percentagem de utentes com médico de família atribuído face a população residente é

de 96,4%.³³⁵

Desse modo, o SNS deve priorizar a contratação de médicos, para que nos próximos anos se alcance a cobertura total de médicos de família à população residente em Portugal.

No entanto, são os hospitais os que mais sofrem com a carência de pessoal e muito se deve à falta de médicos especialistas. Desse modo, o governo deve incentivar a capacidade formativa de médicos especialistas.³³⁶

Outrossim, em todas as categorias, mas especialmente na dos médicos especialistas e enfermeiros devem-se promover as contratações, primando pela celeridade e desburocratização dos processos de seleção.³³⁷

Por sua vez, aos profissionais de saúde que já fazem parte dos quadros de pessoal do SNS deve-se primar pela sua valorização, através do aumento de salários, incentivos a promoções na carreira e cursos de qualificação profissional.³³⁸

Desse modo, a boa governação do SNS só será possível com recursos humanos valorizados, motivados e com carreiras profissionais com remunerações satisfatórias.³³⁹

Além disso, como se sabe, o trabalho clínico na saúde é extremamente complexo e desgastante, tendo em vista que os profissionais de saúde lidam diariamente com a dor e o sofrimento do paciente e muitas vezes com o seu risco de vida.³⁴⁰

Por isso, devem ser previstas estratégias que se preocupem com a exposição dos profissionais de recursos humanos a problemas físicos e psicológicos, de modo que se priorize a qualidade do ambiente de trabalho.³⁴¹

Nesse sentido, é fundamental uma política de recursos humanos que prime por um ambiente de trabalho seguro e saudável e que assegure a igualdade de género, o equilíbrio entre vida familiar e profissional e o espaço para o diálogo.³⁴²

Em termos práticos, o Orçamento do Estado de 2022³⁴³ no que diz respeito à área

³³⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

³³⁶ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Saúde, um direito humano*. In *Relatório Primavera 2019*. [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível em <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental-2019.pdf>. Acesso em 20 abr. 2022.

³³⁷ *Ibidem*.

³³⁸ *Ibidem*.

³³⁹ *Ibidem*.

³⁴⁰ CORREIA, Tiago; DUSSAULT, Gilles; GOMES, Inês; AUGUSTO, Mário; TEMIDO, Marta; NUNES, Patrícia- *Recursos humanos na saúde: O que se sabe e o que falta saber*. [Consult. 27 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Tiago-Correia/publication/325949515_CAPITULO_4_RECursos_HUMANOS_NA_SAUDE_O_QUE_SE_SABE_E_O_QUE_FALTA_SABER/links/5b2e51efaca2720785dc3463/CAPITULO-4-RECursos-HUMANOS-NA-SAUDE-O-QUE-SE-SABE-E-O-QUE-FALTA-SABER.pdf>.

³⁴¹ *Ibidem*.

³⁴² PORTUGAL – *Programa do XXII Governo Constitucional*. [Consult. 27 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAABACzsDA1AQB5jSa9BAAAAA%3d%3d>>.

³⁴³ REPÚBLICA PORTUGUESA – *XXIII Governo Constitucional: Relatório do Orçamento do Estado de 2022*. [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível

governativa da saúde, especificamente quanto aos recursos humanos, tem como objetivo principal do Governo garantir a satisfação dos profissionais de saúde, por meio do reforço da política de recursos humanos do SNS.

A política de recursos humanos do SNS, disposta no Orçamento do Estado de 2022 estabelece a implementação do regime de trabalho em dedicação exclusiva, de aplicação progressiva, iniciando de forma voluntária e assistencial pelos profissionais médicos, havendo para tanto negociação sindical sobre o acréscimo do período normal de trabalho semanal em vigor, do acréscimo remuneratório e do regime de incompatibilidades.³⁴⁴

Do mesmo modo, o Orçamento do Estado de 2022 prevê ponderar incentivos para aumentar a cobertura por médico de família. Ainda, disciplina a valorização da carreira dos profissionais enfermeiros, por meio da reposição de pontos perdidos quando na entrada na nova carreira de enfermagem. Além disso, prevê reforçar a gestão hospitalar, por meio da contratação de profissionais de saúde. Por conseguinte, dispõe sobre o prosseguimento na criação de condições necessárias para substituir gradativamente os empregos temporários e a subcontratação de profissionais pela contratação, em regime de trabalho subordinado, dos profissionais que prestam serviços nas urgências hospitalares. Por fim, dispõe sobre a promoção da oferta de serviços de creche para os filhos dos profissionais de saúde do SNS.³⁴⁵

Outrossim, de acordo com o Programa do XXII Governo Constitucional (2019-2023)³⁴⁶, uma das prioridades do Governo é implementar políticas de gestão de recursos humanos, no sentido de planear o recrutamento e a valorização dos salários e das carreiras dos profissionais.

Nesse sentido, o Governo pretende reforçar os cuidados de saúde primários, na medida que pretende garantir uma equipe de saúde familiar a todos os residentes em Portugal.

Ainda, almeja estimular a política de reforço de recursos humanos, através de novos modelos de organização de trabalho, tais como: celebração de pactos de permanência no Serviço Nacional de Saúde após o término da formação especializada; opção pelo trabalho em

em:<<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c325953396c4e5755354f546c685979316b4f546b314c5451335a575574595752684e79316d596d4e684e546c6a4e4452694f5455756347526d&fich=e5e999ac-d995-47ee-ada7-fbca59c44b95.pdf&Inline=true>>.

³⁴⁴ REPÚBLICA PORTUGUESA – XXIII Governo Constitucional: *Relatório do Orçamento do Estado de 2022*. [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível em:<<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c325953396c4e5755354f546c685979316b4f546b314c5451335a575574595752684e79316d596d4e684e546c6a4e4452694f5455756347526d&fich=e5e999ac-d995-47ee-ada7-fbca59c44b95.pdf&Inline=true>>.

³⁴⁵ *Ibidem*.

³⁴⁶ PORTUGAL - *Programa do XXII Governo Constitucional*. [Consult. 05 abr. 2022]. Disponível em:<<https://www.portugal.gov.pt/gc22/programa-do-governo-xxii/programa-do-governo-xxii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>>.

dedicação exclusiva e pagamento de incentivos em razão dos resultados.

Do mesmo modo, potencializar as capacidades formativas, especialmente nas especialidades que o SNS é carenciado, fortalecendo o acesso à formação especializada.

Além disso, pretende melhorar as condições de trabalho no Serviço Nacional de Saúde, por meio do aumento dos serviços de saúde ocupacional das unidades do SNS, da promoção da oferta de creche aos filhos dos profissionais de saúde, dentre outros.

Por todo o exposto, investir no reforço dos recursos humanos que compõem o SNS, principalmente na contratação de médicos e enfermeiros, assim como também valorizar os quadros de pessoal do SNS através de aumentos salariais e incentivos nas carreiras profissionais, tende a contribuir e muito para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços de saúde, tendo em vista que profissionais motivados irão prestar um atendimento melhor, fazendo com que consequentemente os usuários do SNS se sintam satisfeitos e tenham uma boa imagem do desempenho da rede pública de saúde.

3.3. Inserção das Unidades de Pronto Atendimento no Serviço Nacional de Saúde a fim de aliviar as Urgências

As longas filas de espera, corredores abarrotados, falta de pessoal e atendimento precário são cenas comuns de se presenciar diariamente nas urgências dos hospitais portugueses. As intensas demandas nas urgências continuam ao longo dos anos a ser um problema que precisa ser superado.

Desse modo, com o intuito de aliviar as urgências hospitalares, além da contratação de pessoal seriam pertinentes mudanças no atual modelo de gestão e organização do SNS.

Consideramos que seria extremamente pertinente inovar na estrutura de organização do Serviço Nacional de Saúde, por meio da criação de unidades de saúde intermediárias, a exemplo do modelo adotado pelo Brasil no Sistema Único de Saúde, doravante SUS, com a implementação de Unidades de Pronto Atendimento, as chamadas UPAs.

Por sua vez, antes de aprofundarmos o estudo sobre as UPAs, cumpre tecermos algumas considerações sobre o sistema de saúde brasileiro, o SUS.

De acordo com o preceito constitucional insculpido no artigo 196.³⁴⁷, da Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado a ser garantido por meio de políticas públicas que assentem na redução da doença e no acesso universal e igualitário às ações pertinentes à sua promoção.

Desse modo, o artigo 198.⁹, *caput*, da Carta Magna Brasileira dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, ao passo que estabelece que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”.

Nesse sentido, a Lei 8.080/1990, de 19 de setembro³⁴⁸, chamada de Lei Orgânica da Saúde, disciplina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização, o funcionamento e o financiamento dos serviços correspondentes.

Nesse íterim, a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010³⁴⁹, determina as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Rede de Atenção à Saúde, doravante RAS, define a organização dos serviços e tratamentos oferecidos pelo SUS. Ela consiste em três áreas de aplicação: a) atenção primária, b) atenção secundária; c) atenção terciária.

A Atenção Primária à Saúde (ARS) é a porta de entrada preferencial do usuário ao SUS, na qual a maioria dos problemas de saúde são resolvidos através de consultas ou exames ou caso contrário, são encaminhados para tratamento na rede de atenção especializada (atenção secundária ou terciária).³⁵⁰

Os usuários que procuram atendimento na ARS são atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS), mais próxima da sua residência, por um médico de família. Na UBS são realizadas consultas de rotina com o objetivo de prevenir, especialmente, as doenças crônicas.³⁵¹

Já a Atenção Especializada consiste na atenção secundária e terciária que correspondem respectivamente à Média e Alta Complexidade, ambulatorial e hospitalar.³⁵²

³⁴⁷ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

³⁴⁸ BRASIL - Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

³⁴⁹ BRASIL – Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

³⁵⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL – Atenção primária e atenção especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>.

³⁵¹ *Ibidem*.

³⁵² *Ibidem*.

A Média Complexidade diz respeito a serviços especializados de pediatria, ortopedia, cardiologia, ginecologia, oftalmologia, oncologia, dentre outras especialidades médicas realizados em hospitais e unidades ambulatoriais.³⁵³

Os hospitais de pequeno e médio porte fazem parte da média complexidade e correspondem aos serviços de emergência, como por exemplo fraturas, infarto e derrame. Caso não o problema de saúde não seja resolvido ou estabilizado ou ainda, caso necessite de recursos mais avançados, como por exemplo um leito de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, o paciente é reencaminhado aos hospitais de referência de grande porte.³⁵⁴

A Alta Complexidade corresponde aos serviços de saúde oncológicos, cardiovasculares, transplantes, ou seja, procedimentos que demandam leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Esses serviços são realizados em hospitais de grande porte, geralmente em hospitais universitários e Santas Casas de Misericórdia.³⁵⁵

Por sua vez, temos a Unidade de Pronto Atendimento, conhecida como UPA 24h, que faz parte integrante da atenção especializada, consistindo nos atendimentos de saúde de complexidade intermediária.³⁵⁶

A UPA foi instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.601, de 7 de julho de 2011³⁵⁷, redefinida pela Portaria GM/MS n.º 342, de 4 de março de 2013³⁵⁸, com alteração de alguns artigos pela Portaria n.º 104, de 15 de janeiro de 2014³⁵⁹, complementada pela Portaria nº 10/GM/MS de 03 de janeiro de 2017³⁶⁰, que redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento.

A UPA é parte integrante da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e consiste em uma unidade de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades de Saúde da Família (USF)

³⁵³ MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL – *Atenção primária e atenção especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>.

³⁵⁴ *Ibidem*.

³⁵⁵ *Ibidem*.

³⁵⁶ *Ibidem*.

³⁵⁷ BRASIL – *Portaria n.º 1.601, de 7 de julho de 2011*. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>.

³⁵⁸ BRASIL – *Portaria n.º 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>.

³⁵⁹ BRASIL – *Portaria n.º 104, de 15 de janeiro de 2014*. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html>.

³⁶⁰ BRASIL – *Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017*. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>.

e a Rede Hospitalar.³⁶¹

Nesse sentido, a Portaria GM/MS n.º 1.601, de 7 de julho de 2011³⁶² define as diretrizes para implementação das Unidades de Pronto Atendimento, de acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Em atenção ao disposto no artigo 2.º, da Portaria GM/MS n.º 1.601, de 7 de julho de 2011³⁶³, a UPA desempenha, dentre outras, as seguintes atribuições: a) funcionar de modo ininterrupto, 24h/por dia, 7 dias por semana, inclusive em feriados e pontos facultativos; b) instituir um processo de atendimento de acordo a classificação de risco do paciente, de modo a priorizar o atendimento conforme a gravidade do caso; c) prestar um atendimento qualificado e resolutivo aos pacientes com diagnósticos agudos ou agudizados de natureza clínica e um primeiro atendimento aos pacientes com quadros cirúrgicos ou traumáticos, de modo a analisar a necessidade ou não de encaminhamento a hospitais de maior complexidade; d) realizar consultas médicas de pronto atendimento nos casos de menor gravidade; e) manter os pacientes em observação até 24h; f) encaminhar pacientes para

³⁶¹ CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. [em linha]. 1.ª edição. Brasília: CONASS, 2015, p. 71. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>.

³⁶² BRASIL – *Portaria n.º 1.601, de 7 de julho de 2011*. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>.

³⁶³ Art. 2º A UPA 24 h tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

- I - funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24 h;
- III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- IV - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;
- V - articular-se com unidades básicas de saúde/saúde da família, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- VI - possuir equipe multiprofissional interdisciplinar compatível com seu porte;
- VII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- VIII - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;
- IX - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- X - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- XI - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;
- XII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 horas;
- XIII - manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- XIV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, conforme antes mencionado, por meio das centrais reguladoras;
- XV - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;
- XVI - contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- XVII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e
- XVIII - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

internação em hospitais de grande porte nos casos que não tiverem resolvidas as suas queixas nas 24h de observação.

As UPAs são classificadas em três diferentes portes, tendo por base a população residente no município sede da UPA, a área física, o número de atendimentos médicos diários realizados, o número mínimo de médicos por plantão e o número mínimo de leitos de observação, de acordo com os termos ínsitos no artigo 3.º, da Portaria GM/MS n.º 1.601, de 7 de julho de 2011.

Em termos práticos, uma UPA de porte I compreende uma população de 50.000 a 100.000 habitantes, conta com uma área física de 700m², atende diariamente até 150 pacientes, através de 2 médicos plantonistas e possui 7 leitos de observação.³⁶⁴

Já a UPA de porte II corresponde a uma população de 100.001 a 200.000 habitantes, conta com uma área física de 1.000m², atende diariamente até 300 pacientes, através de 4 médicos plantonistas e possui 11 leitos de observação.³⁶⁵

Por conseguinte, a UPA de porte III deve ser constituída por uma população de 200.001 a 300.000 habitantes, conta com uma área física de 1.300m², atende diariamente até 450 pacientes, através de 6 médicos plantonistas e possui 15 leitos de observação.³⁶⁶

A instituição das Unidades de Pronto Atendimento ocorreu, principalmente, no intuito de desafogar os hospitais. Logo, as principais funções desempenhadas por uma UPA são complementar a atenção primária e a emergência hospitalar e servir como unidade de internação por no máximo 24h.³⁶⁷

Do mesmo modo, as UPAs foram implementadas com o propósito de viabilizar a descentralização dos atendimentos de urgência de menor complexidade, evitando que esses atendimentos fossem suportados pelos hospitais, tendo como consequências positivas a diminuição da sobrelotação das urgências hospitalares e a melhoria do atendimento prestado aos usuários, em termos de qualidade, eficácia e eficiência.³⁶⁸

³⁶⁴ BRASIL – Portaria n.º 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>.

³⁶⁵ *Ibidem*.

³⁶⁶ *Ibidem*.

³⁶⁷ O'DWYER, Gisele; KONDER, Mariana Teixeira; RECIPUTTI, Luciano Pereira; LOPES, Mônica Guimarães Macau; AGOSTINHO, Danielle Fernandes; ALVES, Gabriel Farias. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. [em linha]. Vol. 51, n.º 125, (dez. 2017), p. 6. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2017.v51/125/pt>>.

³⁶⁸ PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; LIMA, Tania Marisa de. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. V. 8, n.º 2, (mai./ago. 2019), p. 128. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14922>>.

As UPAs funcionam 24h por dia, todos os dias da semana. Como o nome já diz, é uma unidade de pronto atendimento, ou seja, é o primeiro atendimento do paciente que necessita de um atendimento de urgência.³⁶⁹

O usuário ao chegar a uma Unidade de Pronto Atendimento passará primeiramente por um processo de triagem, normalmente esse primeiro contacto é realizado por um enfermeiro, no qual será classificado o seu estado de saúde, de acordo com a sua faixa risco, sendo após chamado para atendimento conforme a gravidade do seu quadro clínico.³⁷⁰

O usuário será atendido por um médico plantonista, geralmente clínico geral ou pediatra, neste caso se o paciente for um bebê ou uma criança. O médico vai prescrever um diagnóstico, podendo receitar um tratamento através de medicamentos ou injeções e liberar o paciente, ou poderá prescrever uma medicação a ser aplicada em soro e manter o paciente em observação, por até no máximo 24h ou ainda, em casos mais graves e complexos poderá encaminhar o paciente para algum hospital para a realização de um procedimento de alta complexidade.³⁷¹

Na UPA são atendidos pacientes com patologias agudas e casos de urgência, como por exemplo, febre acima dos 39°C, dores abdominais, cálculos renais, abscessos e infecções cutâneas superficiais, fraturas e cortes com pouco sangramento, infecções de vias aéreas, traumas, intoxicações alimentares, convulsões, vômito constante, infarto e derrame.³⁷²

Entretanto a UPA funciona muitas vezes como um mecanismo de referência para reencaminhar pacientes graves que precisem de um serviço hospitalar de maior densidade tecnológica, sendo então transferidos para hospitais especializados ou de grande porte.³⁷³

Importante referir que as UPAs dispõem de uma infraestrutura composta por aparelhos de diagnóstico e imagem (raio-X), eletrocardiografia, laboratório de exames clínicos e leitos de observação para bem atender os usuários, de forma oportuna e em tempo hábil.³⁷⁴

³⁶⁹ ROCHA, Rudi; FERNANDES, Lucas Merenfeld da Silva. O impacto das unidades de pronto atendimento (UPAS) 24h sobre indicadores de mortalidade: evidências para o Rio de Janeiro. *Pesquisa e planejamento econômico*. [em linha]. V. 46 n.º 3, (dez. 2016), p. 95. [Consult. 26 abr. 2022]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7503/1/PPE_v46_n03_Impacto.pdf>.

³⁷⁰ *Ibidem*.

³⁷¹ *Ibidem*.

³⁷² MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL – *Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h)*. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h-1/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>>.

³⁷³ HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; MALFUSI, Luciana Bihain Hagemann de; LAZZARI, Daniele Delacanal; GALETTO, Sabrina Guterres da Silva; TORRES, Giovanna Mercado Torres. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. *Escola Anna Nery*. [em linha]. N.º 26, 2022, p. 6. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/FVkyzN5KNtqQ5W5CpX9MJfp/abstract/?lang=pt>>.

³⁷⁴ PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; LIMA, Tania Marisa de. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. V. 8, n.º 2, (mai./ago. 2019), p. 129. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14922>>.

Em suma, as UPAs objetivam prestar um serviço pré-hospitalar fixo de urgência e emergência de qualidade e resolutivo aos usuários, dispondo dos primeiros socorros nos quadros agudos de natureza clínica, traumáticos e cirúrgicos.³⁷⁵

Por todo o exposto, o Serviço Nacional de Saúde para melhorar a qualidade e eficiência na prestação dos serviços de saúde deveria passar por uma reforma na sua estrutura e organização, tendo por base o modelo implementado no Sistema Único de Saúde.

A implementação das UPAs seria uma mais valia para o Serviço Nacional de Saúde, pois absorveria em grande parte o fluxo e as intensas demandas das urgências hospitalares. A nosso ver, o SNS anseia por uma estrutura que seja responsável pelas demandas urgentes de complexidade intermediária (baixa e média complexidade).

Como vimos, a UPA é uma estrutura intermediária entre as Unidades de Saúde da Família e a Rede hospitalar, tendo como principais finalidades, atender às urgências de menor gravidade, atender os utentes aos finais de semana e à noite, quando os centros de saúde estão fechados e reduzir a demanda nos hospitais com maior grau de complexidade.

Nesse sentido, a UPA seria o primeiro lugar que o utente iria procurar atendimento em uma situação de urgência. Muitas vezes, o caso seria resolvido na própria UPA, por outras vezes, quando mais grave e complexo, seria reencaminhado para um hospital.

Portanto, a inserção de Unidades de Pronto Atendimento no Serviço Nacional de Saúde, a exemplo do que acontece no Sistema Único de Saúde, tende a trazer benefícios em termos de eficácia e qualidade na prestação dos serviços públicos de saúde e satisfação dos usuários, melhorando assim, e muito o desempenho do atual sistema de saúde português.

³⁷⁵ PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; LIMA, Tania Marisa de. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. V. 8, n.º 2, (mai./ago. 2019), p. 131. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14922>>.

CONCLUSÕES

A atual conjuntura do Serviço Nacional de Saúde é fruto das consequências das medidas de contração de despesas na saúde pública implementadas pelo governo português na década passada.

As medidas de austeridade impactaram negativamente no acesso, na qualidade e na eficiência dos cuidados de saúde prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

O escasso investimento em saúde ocasionou a degradação dos serviços públicos prestados através do Serviço Nacional de Saúde, gerando a insatisfação tanto por parte dos profissionais de saúde quanto dos utentes.

De um lado, os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes) sofreram com a redução dos seus salários e com o bloqueio de progressões de carreira, resultando em profissionais desmotivados pela perda de rendimentos e direitos.³⁷⁶

De outro lado, os utentes que cada vez mais necessitavam de cuidados de saúde e viram a capacidade de resposta e confiança no Serviço Nacional de Saúde diminuir.³⁷⁷

Além disso, a redução dos recursos financeiros destinados à saúde pública afetou também os medicamentos, em virtude da diminuição da comparticipação do Estado e os hospitais que sofreram com redução dos custos operacionais, com reorganização e racionalização da rede hospitalar, ocasionando dentre outros, a superlotação das urgências.

Nesse sentido, os dados estatísticos apontados pelo INE, corroboram que houve efetivamente redução dos recursos financeiros destinados aos cuidados de saúde.

Vislumbramos, de acordo com o INE, que a partir do ano de 2011 (ano de início das medidas de austeridade) a despesa corrente em cuidados de saúde teve um considerável decréscimo, que persistiu até o ano de 2014 (último ano das medidas de austeridade).

Entretanto, a partir do ano de 2015 que a despesa corrente em saúde começou a aumentar, vindo desde então a aumentar progressivamente com o passar dos anos.

Já no que diz respeito ao corte das despesas dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde, particularmente quanto aos médicos e enfermeiros, a partir de 2011 os encargos com pessoal vieram a diminuir consideravelmente, persistindo até 2014. Somente após o

³⁷⁶ NUNES, Alexandre Morais - A recuperação do Serviço Nacional de Saúde Português: novas perspectivas para a política de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 7, n.º 1, (jan./abr. 2018), pp. 20-21. [Consult. 23 mar. 2022]. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/311>>.

³⁷⁷ *Ibidem*, p. 21.

período de implementação das medidas de austeridade que os encargos com pessoal vieram a aumentar.

Ainda, segundo os dados contabilizados através do Balanço Social Global do Ministério da Saúde, nos anos de 2011, 2012 e 2014 o saldo de entradas e saídas de médicos e enfermeiros do SNS foi negativo, refletindo a diminuição do número de profissionais de saúde no Serviço Nacional de Saúde.

A diminuição significativa de profissionais médicos e enfermeiros ao longo dos 4 anos em que vigoraram as medidas de austeridade se deu, principalmente, em decorrência de aposentação, emigração e falta de contratação através de concursos públicos; das reduções e congelamentos salariais.

Por sua vez, a partir a partir de 2015 e anos seguintes (período posterior a implementação das medidas de austeridade) o Serviço Nacional de Saúde começou a progredir lentamente, embora tenha muito ainda a ser feito e a ser melhorado.

Constata-se que o número de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros começou a aumentar expressivamente, fruto das contratações de pessoal através de concursos públicos (foram terminados os contratos precários, passando a ser sem termo) e o pagamento das horas extraordinárias voltou a ser pago, razão pela qual a despesa com pessoal também veio a aumentar progressivamente.

Muito embora o número de profissionais de saúde tenha vindo a aumentar progressivamente ao longo dos anos, ainda há falta de profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros.

Recentemente, mais precisamente a partir de junho de 2022 os serviços de urgências obstétricas de alguns hospitais públicos portugueses sofreram com a falta de profissionais, especialmente médicos e enfermeiros.

Muitas maternidades tiveram que literalmente fechar suas portas diante da falta de profissionais. Em razão disso, diversas grávidas foram prejudicadas, pois em diversos casos tiveram de se submeter aos serviços de obstetrícia em hospitais longínquos aos de suas residências. E em alguns casos trazidos à tona tiveram um final trágico marcado pela morte prematura dos fetos/recém-nascidos ou das grávidas.

É inadmissível, em pleno século XXI que ocorram mortalidades perinatais e maternas em razão da alegada falta de profissionais.

Por conseguinte, no que tange aos medicamentos, conforme os dados disponibilizados pelo INFARMED, a partir do ano de 2011 houve uma expressiva diminuição do investimento em medicamentos por parte do SNS, que se manteve até o ano de 2013.

Somente a partir do ano de 2014 que os encargos com medicamentos suportados pelo SNS vieram a aumentar constantemente, perdurando até 2020.

Por sua vez, os hospitais sofreram com a superlotação das urgências, fruto da carência de profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, em virtude do corte nas despesas com pessoal.

Nesse sentido, de acordo com os dados estatísticos apurados pelo INE, verificou-se que o número de profissionais de saúde à serviço dos hospitais, entre os anos de 2012 e 2014 (período que vigoraram as medidas de austeridade), diminuiu significativamente, particularmente quanto aos enfermeiros.

Por sua vez, a partir do ano de 2015 o número de profissionais médicos e enfermeiros a serviço dos hospitais veio a aumentar progressivamente.

Outro contributo que colaborou para a sobrelotação das urgências hospitalares foi o fato de não serem transferidos determinados serviços hospitalares ambulatoriais para as Unidades de Saúde Familiares (USF).

Logo, muitos problemas de saúde poderiam ser resolvidos nos cuidados de saúde primários pelos médicos de família, sem a necessidade de serem tratados pelos serviços hospitalares ambulatoriais.

Por todo o exposto, constata-se que as medidas de austeridade impostas pelo governo português não resolveram os problemas que já existiam. Muito pelo contrário, contribuíram para piorar a qualidade e eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde.

Desse modo, mister se faz a implementação de medidas que tencionem a melhorar a qualidade e eficácia do Serviço Nacional de Saúde.

A nosso ver, apresentamos três propostas de melhoria que consideramos essenciais para a sustentabilidade e melhor desempenho dos serviços prestados pelo SNS, quais sejam: a) investimento em políticas públicas no âmbito de promoção da saúde e prevenção das doenças crónicas; b) investimento nos recursos humanos que compõem o SNS, por meio da contratação e valorização dos profissionais de saúde; c) reestruturação organizacional do SNS, particularmente pela inserção de uma unidade de saúde intermediária, que funcione como elo de ligação entre os cuidados primários e secundários, a fim de desafogar as urgências

hospitalares.

Pertinente se faz o investimento em políticas públicas no âmbito de promoção da saúde e prevenção das doenças crónicas, tendo em vista que após a análise dos dados apontados pelo INE no que diz respeito aos indicadores de saúde, podemos constatar que as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos continuaram em 2019 a ser as principais causas de morte em Portugal, as quais correspondem a 55% dos óbitos ocorridos no país.

Outro dado estatístico relevante diagnosticado pelo INE foi o que diz respeito às doenças crónicas. Em 2021, quase metade da população, isto é, 43,9% da população com 16 anos de idade ou mais informou ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo mais frequente nas mulheres do que nos dos homens e na população com 65 anos de idade ou mais.

A partir desses dados estatísticos recomenda-se que Estado Português fomente o investimento em políticas públicas de saúde que promovam a saúde e a prevenção das doenças crónicas.

Outrossim, um dos grandes responsáveis pela qualidade e eficiência da prestação dos serviços públicos de saúde são os recursos humanos que compõem o Serviço Nacional de Saúde.

Para tanto o Estado não pode deixar de medir esforços para investir em saúde por meio da contratação, qualificação e valorização dos recursos humanos que compõem o SNS.

Por fim, no intuito de aliviar as urgências hospitalares, além da contratação de pessoal seriam pertinentes mudanças no atual modelo de gestão e organização do SNS.

Em razão disso, entendemos que seria extremamente pertinente inovar na estrutura de organização do Serviço Nacional de Saúde, por meio da criação de unidades de saúde intermediárias, a exemplo do modelo adotado pelo Brasil no Sistema Único de Saúde, doravante SUS, com a implementação de Unidades de Pronto Atendimento, as chamadas UPAs.

Desse modo, sustentamos que implementação das UPAs seria uma mais valia para o Serviço Nacional de Saúde, pois absorveria em grande parte o fluxo e as intensas demandas das urgências hospitalares. A nosso ver, o SNS anseia por uma estrutura que seja responsável pelas demandas urgentes de complexidade intermediária (baixa e média complexidade).

Portanto, acreditamos que através da implementação dessas três propostas, o Serviço Nacional de Saúde apresentaria uma expressiva melhora no seu atual desempenho, em termos

de eficácia e qualidade na prestação dos serviços públicos de saúde e do mesmo modo, satisfação e confiança por parte dos usuários.

CONCLUSÕES FINAIS

Diante do atual cenário da saúde pública portuguesa, marcado pela crise do Serviço Nacional de Saúde, o presente estudo preocupou-se em buscar propostas de reforma e melhoria do sistema de saúde público português.

A nosso ver, julgamos essenciais três medidas que contribuiriam para a melhora significativa do SNS, a fim de garantir a sustentabilidade e o desempenho de qualidade e eficiência dos serviços prestados pelo sistema público de saúde português.

A primeira proposta diz respeito ao investimento em políticas públicas de saúde no âmbito de promoção da saúde e prevenção das doenças crónicas.

Constatou-se, de acordo com os dados apontados pelo INE, que as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos continuaram em 2019 a ser as principais causas de morte em Portugal, as quais correspondem a 55% dos óbitos ocorridos no país.

Ainda, importante salutar que, segundo o INE, em 2021, quase metade da população, isto é, 43,9% da população com 16 anos de idade ou mais informou ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens e na população com 65 anos de idade ou mais.

Por essa razão, com base nos dados computados pelo INE, do total de atendimentos de urgência realizados nos hospitais portugueses, compreendido entre os anos de 2012 a 2019, a principal demanda é decorrente de uma doença.

Desse modo, se torna tão importante o investimento em estratégias que promovam a saúde e a prevenção das doenças crónicas, pois elas tendem a minimizar os atendimentos nas urgências hospitalares e a injeção de recursos do Estado na saúde, além de diminuir o número de mortes decorrentes de doenças crónicas.

Logo, a promoção de medidas preventivas da doença implica ganhos tanto para o Estado quanto para a população. Para o Estado, porque tende a investir menos em recursos para a saúde e para a população porque cria hábitos mais saudáveis que tendem a melhorar a sua qualidade de vida e a promoção da longevidade.

Por conseguinte, a segunda proposta de melhoria refere-se ao investimento nos recursos humanos que compõem o SNS, por meio da contratação e valorização dos profissionais de saúde.

Sem sombra de dúvidas, um dos grandes responsáveis pela qualidade e eficiência da prestação dos serviços públicos de saúde são os recursos humanos que compõem o Serviço Nacional de Saúde.

Por isso que o Estado não pode deixar de medir esforços para investir em saúde por meio da contratação, qualificação e valorização dos recursos humanos que compõem o SNS.

Desse modo, deve ser incentivada a contratação de médicos na atenção primária, de modo que todos os utentes tenham a si atribuídos um médico de família. Já nos hospitais, deve-se primar pela contratação de médicos especialistas e enfermeiros.

Por sua vez, aos profissionais de saúde que já fazem parte dos quadros de pessoal do SNS deve-se primar pela sua valorização, através do aumento de salários, incentivos a promoções na carreira e cursos de qualificação profissional.

Não obstante, a boa governação do SNS só será possível com recursos humanos valorizados, motivados e com carreiras profissionais com remunerações satisfatórias.

Além do mais, profissionais motivados tendem a prestar um atendimento melhor qualidade, fazendo com que consequentemente os usuários do SNS se sintam satisfeitos e tenham uma boa imagem do desempenho da rede pública de saúde.

Por fim, a terceira e última proposta de melhoria consiste em promover uma reestruturação organizacional do SNS, particularmente através da inserção de uma unidade de saúde intermediária, que funcione como elo de ligação entre os cuidados primários e secundários, a fim de desafogar as urgências hospitalares.

Tendo por base o modelo adotado pelo Brasil, no Sistema Único de Saúde – SUS, a inserção de uma unidade de saúde intermediária consistiria na implementação das chamadas UPAs – Unidades de Pronto Atendimento no Serviço Nacional de Saúde Português.

Como referimos, a UPA é uma estrutura intermediária entre as Unidades de Saúde da Família e a Rede hospitalar, tendo como principais finalidades, atender às urgências de menor gravidade, atender os utentes aos finais de semana e à noite, quando os centros de saúde estão fechados e reduzir a demanda nos hospitais com maior grau de complexidade.

A nosso ver, o SNS anseia por uma estrutura que seja responsável pelas demandas urgentes de complexidade intermediária (baixa e média complexidade).

Ao passo do que ocorreu no Brasil com a implementação das UPAs no SUS, em Portugal elas teriam por intuito viabilizar a descentralização dos atendimentos de urgência de menor complexidade, evitando que esses atendimentos fossem suportados pelos hospitais, tendo

como consequências positivas a diminuição da sobrelotação das urgências hospitalares e a melhoria do atendimento prestado aos usuários, em termos de qualidade, eficácia e eficiência.

Portanto, acreditamos que através da implementação dessas três propostas de melhoria, o Serviço Nacional de Saúde promoveria avanços significativos em termos de eficácia e qualidade na prestação dos serviços públicos de saúde e satisfação dos usuários, melhorando assim, e muito o desempenho do atual sistema de saúde português.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acórdão do Tribunal Constitucional, de 5 de maio de 1984, proc. n.º 6/83, Relator: Vital Moreira. [Consult. 27 mar. 2021]. Disponível em: <<https://dre.pt/home/-/dre/384993/details/maximized>>.

Acórdão do Tribunal Constitucional, de 14 de dezembro de 1995, proc. n.º 274/90, Relator: Conselheiro Alves Correia. [Consult. 27 mar. 2021]. Disponível em: <<http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/19950731.html>>.

ANTÓNIO, Isa - *As Parceiras Público Privadas no Sector da Saúde*. Coimbra: Almedina, 2015.

____ - Crise do Estado Social e o Direito à Saúde. In MONTE, Mário Ferreira; CALHEIROS, Maria Clara; PEREIRA, Maria Assunção do Vale; GONÇALVES, Anabela (org.) - *Direito na lusofonia. Diálogos Constitucionais no Espaço Lusófono*. [em linha]. 3.º Congresso Internacional de Direito na Lusofonia. Escola de Direito da Universidade do Minho, 2016, p. 225-235. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/47513/1/3%c2%ba%20Congresso%20em%20Direito%20na%20Lusofonia_Di%c3%a1logos%20Constitucionais%20no%20Espa%c3%a7o%20Lus%c3%b3fono.pdf>.

____ e SANTOS, Luciana Sousa - Medidas da administração da saúde em tempo de escassez. In GONÇALVES, Rúben Miranda (org.) - *Dimensões dos Direitos Humanos*. [em linha]. Universidade Portucalense Infante D. Henrique, 2016, p. 409-424. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/1611/4/Libro_II_CONDIM_2016-1.SEM%20TEXT0.pdf>.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Lei do Orçamento do Estado para 2021. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c75644756346447397a58324677636d393259575276637938794d4449774c3078664e7a5666516c38794d4449774c6e426b5a673d3d&fich=L_75_B_2020.pdf&Inline=truept>.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Relatório do Orçamento do Estado de 2021. [Consult. 16 dez. 2021]. Disponível em: <<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679595842774f6a63334e7a637664326c756157357059326c6864476c3259584d7657456c574c33526c6548527663793977634777324d533159535659744d5455756347526d&fich=ppl61-XIV-15.pdf&Inline=true>>.

BOBBIO, Norberto - *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOITEUX, Elza Antonia Pereira Cunha - Estado Regulador e Direitos Sociais. *Revista da*

Faculdade de Direito de Campos. [em linha]. Ano II, n.º 2 e Ano III, n.º 3 (2001-2002), p. 97-103. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/16013525.pdf>>.

BONAVIDES, Paulo - *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros, 1997.

____ - *Do Estado Liberal ao Estado Social*. 7.ª edição. São Paulo: Malheiros, 2004.

____ - O Estado Social e a sua evolução rumo à democracia participativa. In SOUZA, Claudio Pereira de; SARMENTO, Daniela (org.) - *Direitos Sociais, fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. 2.ª tiragem. Rio de Janeiro: Lumen Jris, 2010.

BRASIL - *Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>.

____ - *Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>.

____ - *Portaria n.º 1.601, de 7 de julho de 2011*. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>.

____ - *Portaria n.º 342, de 4 de março de 2013*. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>.

____ - *Portaria n.º 104, de 15 de janeiro de 2014*. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013, que redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html>.

____ - *Portaria n.º 10, de 3 de janeiro de 2017*. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. [Consult. 03 mai. 2022]. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>.

CANOTILHO, J. J. Gomes - *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7.^a edição. Coimbra: Almedina, 2003.

____; MOREIRA, Vital - *Constituição da República Portuguesa Anotada*. 4.^a edição revista. Coimbra: Coimbra Editora, 2007.

CARTA AFRICANA DOS DIREITOS DO HOMEM E DOS POVOS. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.saflii.org/ao/legis/num_act/caddhedp396.pdf>.

CARTA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA UNIÃO EUROPEIA. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=FR>>.

CARTA SOCIAL EUROPEIA REVISTA. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/carta_social_europeia_revista.pdf>.

CNN PORTUGAL – *Grávida obrigada a fazer mais de 100 km chega ao hospital de Santarém com bebé morto na barriga*. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://www.cmjornal.pt/portugal/detalhe/gravida-obrigada-a-fazer-mais-de-100-km-chega-ao-hospital-de-santarem-com-bebe-morto-na-barriga>>.

____ - *Grávida sem vaga para bebé em Santa Maria sofre paragem cardíaca ao ser transferida e morre*. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://cnnportugal.iol.pt/gravida/santa-maria/gravida-sem-vaga-para-bebe-em-santa-maria-sofre-paragem-cardiaca-ao-ser-transferida-e-morre/20220829/630d07470cf2ea4f0a59d8ed>>.

____ - *Marta Temido demite-se: diz que deixou "de ter condições" para ficar no cargo. Substituição da ministra "não será rápida"*. [Consult. 01 set. 2022]. Disponível em: <<https://cnnportugal.iol.pt/marta-temido/marta-temido-demite-se-ministra-da-saude-diz-que-deixou-de-ter-condicoes/20220830/630d59200cf2ea367d4ba93f>>.

CONSELHO EUROPEU. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <<https://www.consilium.europa.eu/pt/european-council/>>.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE - *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. [em linha]. 1.^a edição. Brasília: CONASS, 2015. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>.

CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf>.

CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm>.

CONVENÇÃO CONTRA A TORTURA E OUTRAS PENAS OU TRATAMENTOS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_contra_tortura_e_outras_penas_ou_tratamentos_cruéis.pdf>.

CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO RACIAL. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/prev_discriminacao_convencao_internacional_elim_formas_disc_racial.pdf>.

CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE A PROTEÇÃO DOS DIREITOS DE TODOS OS TRABALHADORES MIGRATÓRIOS E DE SEUS FAMILIARES. [Consult. 20 de out. 2021]. Disponível em: <<https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencaomigrantes.pdf>>.

CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf>.

CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao Eliminacao_todas_formas_discriminacao_contra_mulheres.pdf>.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_sobre_direitos_da_crianca.pdf>.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DO HOMEM E A BIOMEDICINA. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf>.

CORREIA, Tiago; DUSSAULT, Gilles; GOMES, Inês; AUGUSTO, Mário; TEMIDO, Marta; NUNES, Patrícia - *Recursos humanos na saúde: O que se sabe e o que falta saber*. [Consult. 27 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Tiago-Correia/4/publication/325949515_CAPITULO_4_RECursos_HUMANOS_NA_SAUDE_O_QUE_SE_SABE_E_O_QUE_FALTA_SABER/links/5b2e51efaca2720785dc3463/CAPITULO-4-RECursos-HUMANOS-NA-SAUDE-O-QUE-SE-SABE-E-O-QUE-FALTA-SABER.pdf>.

CURREA-LUGO, Víctor de, – *La Salud como Derecho Humano. 15 Requisitos y una mirada a las Reformas*. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n.º 32. Universidad de Deusto: Instituto de Derechos Humanos, 2005.

D'ALTE, Sofia Tomé - *A Nova Configuração do Sector Empresarial do Estado e a Empresarialização dos Serviços Públicos*. Coimbra: Almedina, 2007.

DECLARAÇÃO AMERICANA DOS DIREITOS E DEVERES DO HOMEM. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <<https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>>.

DECLARAÇÃO E PROGRAMA DE AÇÃO DE VIENA. [Consult. 20 de out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracao_e_programa_acao_viena.pdf>.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Disponível em: <<https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>>.

DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 439-450. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS – *Grávida perde bebé alegadamente por falta de obstetras no hospital das Caldas*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <<https://www.dn.pt/sociedade/gravida-perde-bebe-alegadamente-por-falta-de-obstetras-no-hospital-das-caldas-14931841.html>>.

DIRECTIVA 2011/24/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. [Consult. 17 dez. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32011L0024&from=pt>>.

DWORKIN, Ronald - *A virtude soberana: a teoria e a prática da igualdade*. Tradução Jussara Simões. Revisão técnica e da tradução Cícero Araújo, Luiz Moreira. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ESTORNINHO, Maria João - *Organização Administrativa da Saúde – Relatório sobre o Programa, os Conteúdos e os Métodos de Ensino*. Coimbra: Almedina, 2008.

FABRIZ, Daury Cesar; TEIXEIRA, Marcelo Tolomei - A Crise do Estado do Bem-Estar Social na Perspectiva de Jürgen Habermas. *Revista Direito e Liberdade*. [em linha]. Vol. 19, n.º 1 (jan./abr. 2017), p. 59-84. [Consult. 19 Out. 2021]. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-Dir-e-Liberd_v.19_n.01.03.pdf>.

FRUTUOSO, Miriam Vieira da Rocha - *O direito à informação e o dever de informar em contextos de saúde*. [em linha]. Braga: Escola de Direito da Universidade do Minho, 2012. Dissertação de Mestrado em Direito Judiciário. [Consult. 20 Out. 2021]. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1822/20657>>.

GRAÇA, Luís - *O desenvolvimento embrionário de sistemas de protecção social [The origins of Welfare State]*, 2000. [Consult. 31 mar. 2021]. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos181.html>>.

HERMIDA, Patrícia Madalena Vieira; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; Malfus, Luciana Bihain Hagemann de; LAZZARI, Daniele Delacanal; GALETTO, Sabrina Guterres da Silva; TORRES, Giovanna Mercado Torres. Facilidades e entraves da referência em unidade de pronto atendimento. *Escola Anna Nery*. [em linha]. N.º 26, 2022, p. 1-7. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/FVkyzN5KNtqQ5W5CpX9MJfp/abstract/?lang=pt>>.

HESPANHA, Pedro - As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida; SANTOS, Isabela Soares - *Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências*. [em linha]. 2.ª edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Hucitec Editora, 2017. [Consult. 03 mar. 2022]. Disponível em: <<https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/welfare-web-2ed.pdf>>.

Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health. The future of public health. Washington, D.C.: National Academy of Sciences; 1988, *Apud* DIAS, Carlos Matias; FREITAS, Mário; BRIZ, Teodoro - Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. [em linha]. Vol. 23, n.º 4, (jul. 2007), p. 439-450. [Consult. 04 jul. 2021]. Disponível em: <<https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10388>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Portal do INE*. [Consult. 02 fev. 2022]. Disponível em: <https://sdmxessnet.ine.pt/xportal/xmain?xpid=ine_main&xpid=INE>.

____ - *Conta Satélite de 2011*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=133582105&DESTAQUESmodo=2>.

____ - *Conta Satélite de 2013*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=211355422&DESTAQUESmodo=2>.

____ - *Conta Satélite de 2014*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224676208&DESTAQUESmodo=2>.

____ - *Conta Satélite de 2015*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=249945526&DESTAQUESmodo=2>.

____ - *Conta Satélite de 2016*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=281092804&DESTAQUESmodo=2>.

____ - *Conta Satélite de 2017*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=314608243&DESTAQUESmodo=2>.

___- *Conta Satélite de 2020*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=436989156&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2012*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=210768242&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2013*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=138737&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2014*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=257402707&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2015*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=257779974&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2016*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=277095050&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2017*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=320460040&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2018*. [Consult. 31 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=257793024&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2019*. [Consult. 02 fev. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=257483090&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Estatísticas da Saúde de 2020*. [Consult. 05 mai. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=436989156&PUBLICACOESTema=55538&PUBLICACOESmodo=2>.

___- *Conta Satélite de 2021*. [Consult. 24 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=473138405&DESTAQUESmodo=2>.

JARDIM, Sara Vera (coord.); GRILO, Diana - A União Europeia e as políticas de saúde em Portugal. In CAMPOS, António Correio de; SIMÕES, Jorge (coord.), *40 anos de Abril na Saúde*. Coimbra: Almedina, 2014.

LIBERAL, José Pedro - *O Direito Fundamental à Protecção da Saúde: De um Direito Originário a Prestações aos Direitos Derivados*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2005. Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídico-Políticas.

MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DE POLÍTICA ECONÓMICA. [Consult. 17 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf>.

MENDES, Gilmar Ferreira – *Discurso proferido em 25.5.2009 na Embaixada da República Federal da Alemanha por ocasião dos 60 anos da Lei Fundamental de Bonn*. [Consult. 06 abr. 2021]. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaArtigoDiscurso/anexo/discAlemanha.pdf>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE PORTUGAL - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde de 2011*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Balanco-Social-Global-do-MS-2011.pdf>>.

___ - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do SNS de 2012*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Balanco-Social-Global-do-MS-2012.pdf>>.

___ - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do SNS de 2013*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2013.pdf>.

___ - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do SNS de 2014*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2014.pdf>.

___ - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2014*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/2015-07-20-RA_Acesso_2014-VFinal.pdf>.

___ - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2015*. [Consult. 14 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Sa%C3%BAde-no-SNS-2015-MS.pdf>>.

___ - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2017*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Acesso_SNS_2017_v.final_.pdf>.

___ - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anuual_Acesso_2019.pdf>.

____ - *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e Entidades Convencionadas de 2020*. [Consult. 15 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf>.

____ - *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2016*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/10/Relatorio-Social-MS-e-SNS_2016.pdf>.

____ - *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2017*. [Consult. 29 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-Social-MS_SNS-2017-vfinal.pdf>.

____ - *Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS de 2018*. [Consult. 13 dez. 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Relatorio-Social-MS_SNS_2018_vf.pdf?msckid=477ffacdc61211ecbdc0f470227eb992>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL – *Atenção primária e atenção especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo*. [Consult. 27 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo?msckid=e28da157c63c11ec817c0f3427787d94>>.

____ - Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h). [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h-1/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>>.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE PORTUGAL – *O que são os direitos humanos?* [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <<https://gddc.ministeriopublico.pt/pagina/o-que-sao-os-direitos-humanos>>.

MIRANDA, Jorge - *A Abertura Constitucional a Novos Direitos Fundamentais: Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Manuel Gomes da Silva*. Coimbra: Revista da Faculdade de Direito de Lisboa, 2001.

____ - *Curso de Direito Constitucional*. Lisboa: Universidade Católica, 2016.

____ - *Manual de Direito Constitucional. Tomo IV. Direitos Fundamentais*. 3.^a edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2000.

MORAIS, Carlos Blanco - Fiscalização da constitucionalidade e garantia dos direitos fundamentais: apontamento sobre os passos de uma evolução subjetivista. In CORDEIRO, António Menezes [et al.] (org.) - *Estudos em Homenagem ao Professor Doutor Inocêncio Galvão Telles*. Vol. V. Coimbra: Almedina, 2003.

NOVAIS, Jorge Reis - *Contributo para uma Teoria do Estado de Direito: do Estado de Direito Liberal ao Estado Social e Democrático de Direito*. Coimbra: Universidade de Coimbra, 1987.

____ - *Direitos Sociais: Teoria Jurídica dos Direitos Sociais enquanto Direitos Fundamentais*. Coimbra: Coimbra Editora, 2010.

____ - Constituição e Serviço Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Vol. IV, n.º 11, (abr./jun. 2010), p. 85-109. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/441/327>>.

NUNES, Alexandre Morais - Crise e volume de internações hospitalares em Portugal. *Revista Saúde em Redes*. [em linha]. Vol. 3, n.º 3 (2017), p. 264-272. [Consult. 17 mar. 2022]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/909/pdf_86>.

____ - Direito à saúde em Portugal: delimitação jurídica do Serviço Nacional de Saúde. *Revista Direitos Fundamentais & Justiça*. [em linha]. Ano 11, n.º 37, (jul./dez. 2017), p. 17-34. [Consult. 27 de mar. 2021]. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/122/46>>.

____ - A recuperação do Serviço Nacional de Saúde Português: novas perspectivas para a política de saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 7, n.º 1, (jan./abr. 2018), p. 16-28. [Consult. 23 mar. 2022]. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/311>>.

____; RAPOSEIRO, Rosa - Direito à Saúde em Portugal: Enquadramento Constitucional e o Desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde. *Revista do Direito Público*. [em linha]. Vol. 14, n.º 3, (dez. 2019), p. 35-48. [Consult. 19 out. 2021]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/82fd/dc5a2ea73d0e06a5681fb761da249a5dfd0a.pdf?_ga=2.261315469.1293483784.1634663293-502625442.1634663293>.

____ - O Serviço Nacional de Saúde Português: Caracterização, classificação e perspectivas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 9, n.º 3, (set./dez.2020), p. 499-516. [Consult. 13 dez. 2021]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/18541/8516>>.

____; MATOS, Andreia Afonso de - Austeridade em Portugal: Medidas implementadas e seu impacto no acesso eficiência e qualidade do Serviço Nacional de Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. Vol. 10, n.º 3, (set./dez. 2021), p. 215-237. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13339>>.

NUNES, José Martins; FERNANDES, Paula Maia - *Resgate da dignidade – A Declaração Universal dos Direitos Humanos e os 40 anos do SNS*. Coimbra: Minerva Coimbra, 2019.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – *Relatório de Primavera de 2011*. [Consult. 18 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/rp/rp_2011.pdf>.

____ - *Relatório de Primavera de 2014*. [Consult. 19 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.uc.pt/org/ceisuc/Research/Health_Systems/OPSS/RP/rp_2014>.

____ - Saúde, um direito humano. In *Relatório Primavera 2019*. [Consult. 20 abr. 2022].

Disponível em <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental-2019.pdf>. Acesso em 20 abr. 2022.

O'DWYER, Gisele; KONDER, Mariana Teixeira; RECIPUTTI, Luciano Pereira; LOPES, Mônica Guimarães Macau; AGOSTINHO, Danielle Fernandes; ALVES, Gabriel Farias. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. [em linha]. Vol. 51, n.º 125, (dez. 2017), p. 1-12. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rsp/2017.v51/125/pt>>.

OLIVEIRA, Gabriela Silva; JESUS, Raíra Mota de; LIMA, Daniele Martins de; MENDONÇA, Ivana Oliveira; RIBEIRO, Hilton Lima. Superlotação das urgências e estratégias de gestão de crise: uma revisão de literatura. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*. [em linha]. V. 4, n.º 2, (out. 2017), p. 115-126. [Consult. 04 mai. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596>>.

ONU NEWS - *Pessoas com doenças crônicas mais vulneráveis a Covid-19, alerta OMS*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/09/1725412>>.

PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS. [Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pacto_internacional_sobre_os_direitos_civis_e_politicos.pdf>.

PACTO INTERNACIONAL DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. Consult. 20 out. 2021]. Disponível em: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pacto_internacional_sobre_os_direitos_economicos.pdf>.

PAULA, João Miguel Pulquério de - O Direito à Saúde: Reflexões sobre a sua fundamentalidade. *Revista Pensar Enfermagem*. [em linha]. Vol. 16, n.º 1, (1.º semestre de 2012), p. 51-61. [Consult. 21 out. 2021]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23916/1/PE16-2_Artigo3_51-61.pdf>.

PEREIRA, João - *Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos*. [em linha]. 4.ª edição, Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Fev. 2004. [Consult. 27 Jan. 2022]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323561316_Economia_da_Saude_um_glossario_de_termos_e_conceitos%27>.

PINTO, Rodrigo Serpa; STOCKER, Tainá; LIMA, Tania Marisa de. O papel das unidades de pronto atendimento: análise do desempenho da primeira UPA do município de Pelotas-RS. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. [em linha]. V. 8, n.º 2, (mai./ago. 2019), p. 127-136. [Consult. 21 abr. 2022]. Disponível em: <<https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14922>>.

PIOVESAN, Flávia - *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. 7.ª edição. São Paulo: Saraiva, 2006.

PORTUGAL – *Programa do XIX Governo Constitucional*. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.parlamento.pt/Documents/prg-XII-1.pdf>>.

___ - *Programa do XXI Governo Constitucional*. [Consult. 05 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>>.

___ - *Programa do XXII Governo Constitucional*. [Consult. 05 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.portugal.gov.pt/gc22/programa-do-governo-xxii/programa-do-governo-xxii-pdf.aspx?v=%C2%ABmlkvi%C2%BB=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>>.

PROTOCOLO ADICIONAL DA CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. [Consult. 16 nov. 2021]. Disponível em: <https://www.cidh.org/basicos/portugues/e.protocolo_de_san_salvador.htm>.

PÚBLICO - *Associações preocupadas com falta de médicos e enfermeiros nos serviços de obstetria*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <<https://www.publico.pt/2022/06/11/sociedade/noticia/associacoes-preocupadas-falta-medicos-enfermeiros-servicos-obstetricia-2009743>>.

QUEIROZ, Cristina - *Direitos fundamentais sociais, funções, âmbito, conteúdo, questões interpretativas e problemas de justiciabilidade*. Coimbra: Coimbra Editora, 2006.

REGO, Inês; RUSSO, Giuliano; GONÇALVES, Luzia; PERELMAN, Julian; BARROS, Pedro Pita - A Crise Económica em Médicos do Serviço Nacional de Saúde: Estudo Descritivo das Suas Perceções e Reações em Unidades de Saúde na Região da Grande Lisboa. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [em linha]. Vol. 30, n.º 4, (abr. 2017), p. 263-272. [Consult. 03 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7690>>.

REPÚBLICA PORTUGUESA – *XXIII Governo Constitucional: Relatório do Orçamento do Estado de 2022*. [Consult. 20 abr. 2022]. Disponível em: <<https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c63793959566b786c5a79394562324e31625756756447397a5357357059326c6864476c325953396c4e5755354f546c685979316b4f546b314c5451335a575574595752684e79316d596d4e684e546c6a4e4452694f5455756347526d&fich=e5e999ac-d995-47ee-ada7-fbca59c44b95.pdf&Inline=true>>.

ROCHA, Rudi; FERNANDES, Lucas Merenfeld da Silva. O impacto das unidades de pronto atendimento (UPAS) 24h sobre indicadores de mortalidade: evidências para o Rio de Janeiro. *Pesquisa e planeamento económico*. [em linha]. V. 46 n.º 3, (dez. 2016), p. 91-109. [Consult. 26 abr. 2022]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7503/1/PPE_v46_n03_Impacto.pdf>.

RTP NOTÍCIAS - *Falta de médicos. Urgências de obstetria fechadas em vários pontos do país*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/falta-de-medicos-urgencias-de-obstetricia-fechadas-em-varios-pontos-do-pais_n1412618>.

____ - *Grávida perde bebê por falta de médicos obstetras nas Caldas da Rainha*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/gravida-perde-bebe-por-falta-de-medicos-obstetras-nas-caldas-da-rainha_v1412278>.

____ - *"Há hospitais que cronicamente têm deficiência do número de profissionais"*. [Consult. 18 ago. 2022]. Disponível em: <https://www.rtp.pt/noticias/pais/ha-hospitais-que-cronicamente-tem-deficiencia-do-numero-de-profissionais_v1422341>.

SAKELLARIDES, Constantino - Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. [em linha]. Vol. 33, n.º 2, (fev. 2020), p. 133-142. [Consult. 22 mar. 2022]. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/12626>>.

SARAIVA, Luciana da Silva; COTTA, Rosângela Minardi Mitre e ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. *Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática*. *Revista Panam Salud Publica*, 34 (5), 2013, p. 343-350. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>. Acesso em 06 abr. 2022.

SCHWARZ, Rodrigo García - *Derechos Sociales: Imprescindibilidad y Garantías*. Pamplona: Aranzadi, 2011.

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - *Plano Nacional de Saúde 2021-2030*. [Consult. 13 abr. 2022]. Disponível em: <https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf>.

____ - *Portal da Estatística da Saúde*. [Consult. 02 fev. 2022]. Disponível em: <<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude.aspx>>.

____ - *Retrato da Saúde de 2018*. [Consult. 12 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf>.

SILVA, Luciana Saraiva da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; ROSA, Carla de Oliveira Barbosa. *Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática*. *Revista Panam Salud Publica*. [em linha]. V. 34, n.º 5, 2013, p. 343-350. [Consult. 06 abr. 2022]. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>>.

TEIXEIRA, Iris Catarina Dias - *Direito Social à Saúde e Ativismo Judicial*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2015.

TRATADO DA UNIÃO EUROPEIA. [Consult. 17 dez. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>>.

TRATADO DE AMSTERDÃO. [Consult. 17 dez. 2021]. Disponível em: <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:11997D/TXT>>.

TRATADO DE FUNCIONAMENTO DA UNIÃO EUROPEIA. [Consult. 02 nov. 2021]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9e8d52e1-2c70-11e6-b497-01aa75ed71a1.0019.01/DOC_3&format=PDF>.

VAZ, Manuel Afonso; CARVALHO, Raquel e outros - *Direito Constitucional: O Sistema Constitucional Português*. Coimbra: Coimbra Editora, 2012.

VIEIRA DE ANDRADE, José Carlos Vieira de - *Os Direitos Fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*. 5.^a edição. Coimbra: Coimbra Editora, 2012.