

Globethics Repository



Escolhas em saúde [Health choices]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Pizarro, Manuel
Publisher	Conselho Nacional de tica para as Ci ncias da Vida
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-09-16 04:37:11
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/226766

Escolhas em saúde – uma perspetiva política

Manuel Pizarro
Deputado do PS

O Portugal democrático assumiu, em matéria de acesso à saúde dos portugueses, uma visão programática ambiciosa. A Constituição definiu como obrigação do Estado assegurar o acesso universal a um Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma provisão de cuidados de âmbito geral¹.

O SNS afirmou-se como um serviço de excelência e contribuiu para que, no domínio da saúde, Portugal possa figurar na galeria dos países com melhores resultados no plano mundial.

Os resultados, mais diretamente comparáveis, que se referem à mortalidade infantil, à esperança média de vida ou à mor-

1. [O direito à proteção da saúde é realizado] através de um serviço nacional de saúde geral, universal e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. (Constituição da República Portuguesa, artigo 64^o)

talidade evitável² colocam-nos, com justiça, entre os países mais avançados.

Resultados idênticos ocorrem em muitas outras áreas. Ocupamos o segundo lugar mundial em transplantação de órgãos. Tratamos a generalidade dos cancros com resultados similares aos dos países mais desenvolvidos³.

É verdade que o SNS nunca foi capaz de prestar todos os cuidados, subsistindo restrições de acesso. No entanto, essas limitações são implícitas e não explícitas. Ocorrem na dependência da existência de tempos de espera, mais ou menos prolongados, ou pela exclusão de certas prestações de cuidados, sobretudo no domínio da saúde oral.

Mesmo nestas áreas, a evolução recente é positiva. A otimização da capacidade instalada conduziu à normalização da situação da espera para cirurgia, com redução da mediana de tempo de espera de 8,6 para 3,2 meses entre 2005 e 2010⁴. No mesmo período, a mediana do tempo de espera para cirurgia por doença oncológica reduziu-se de 81 para 23 dias.

Em matéria de acesso à saúde oral, foi desenvolvido o programa cheque-dentista que, em três anos, permitiu a realização de mais de 2,5 milhões de consultas dentárias dirigidas a populações mais vulneráveis: crianças, mulheres grávidas, idosos e pessoas portadoras da infeção VIH/SIDA.

O SNS tornou-se consensual na sociedade portuguesa. Merece apoio expresso dos principais líderes de opinião e, no plano partidário, as proclamações em sua defesa impregnam os programas eleitorais de todos os partidos.

O que estamos, então, a debater?

2. Health at a Glance 2001, OCDE, em www.oecd.org/, nomeadamente páginas 24 a 27 e 36/37.

3. idem, páginas 28 e 29.

4. Na data em que este artigo é publicado são já conhecidos dados que apontam para uma deterioração destes resultados, o que apenas valoriza a importância da política que, designadamente neste domínio, foi seguida entre 2005 e 2010.

Em Portugal, como na generalidade dos países desenvolvidos, o debate sobre as escolhas políticas em saúde, está centrado na sustentabilidade da despesa pública em saúde.

De facto, a despesa pública em saúde, em Portugal, cresceu a uma média de 9,2% ao ano, entre 1996 e 2005. Mas, entre 2006 e 2009, o crescimento anual foi de 2,9%. No orçamento do SNS (a despesa pública em saúde agrega, além deste serviço, os gastos dos subsistemas públicos e a despesa fiscal, entre outros) o aumento global, entre 2005 e 2009, foi de 8%.

Nesse período, o aumento da atividade foi muito superior. Nas consultas médicas (cuidados de saúde primários e hospitais) e nas cirurgias, foi de cerca de 30%. O SNS tornou-se muito mais eficiente.

No entanto, embora o ritmo de crescimento da despesa tenha abrandado, ela cresce mais do que a economia e mantém-se a pressão para que os gastos continuem a aumentar: evolução tecnológica e aumento da longevidade.

Será este gasto sustentável ou temos que pôr em causa o paradigma do acesso universal? Sendo forçados a fazer escolhas, como devemos guiar-nos?

Uma visão humanista impele-me a acreditar que o acesso de todos não pode deixar de ser assegurado. A não ser assim, estaríamos a condenar uma parte das pessoas a ficarem de fora das possibilidades abertas pela inovação científica e tecnológica da medicina, no combate ao sofrimento e na melhoria da qualidade e duração da vida. Isso desrespeitaria todos os princípios solidários em que se funda a nossa sociedade. E, mais ainda, representaria um flagrante desrespeito pela dignidade da vida humana, que estaria hierarquizada em função das condições económicas e sociais.

Compatibilizar estes valores com a necessidade de contenção de gastos, tornada ainda mais imperiosa pela situação financeira em que se encontra a Europa e o país, exige rigor e transparência reforçados.

Em primeiro lugar, aposta na centralidade dos cuidados de saúde primários (CSP). O sucesso da reforma dos CSP foi reconhecido mesmo no Memorando negociado com a troika,

que recomenda o alargamento das Unidades de Saúde Familiar⁵. Este é um modelo custo-efetivo, com menos despesa por utilizador em medicamentos e em meios complementares de diagnóstico. Mas, de forma surpreendente, a reforma está relegada para um plano secundário.

Em segundo lugar, intensificar o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta Rede é indispensável para que possam ser prestados aos idosos e dependentes os cuidados de que necessitam procurando, em muitos casos, a recuperação da sua autonomia. Os custos da diária na Rede são muito inferiores aos custos hospitalares⁶ e o aumento da capacidade de resposta é essencial para as pessoas e para possibilitar a própria reforma da rede hospitalar.

Em terceiro lugar, a reforma dos hospitais. Esta tem sido uma matéria de particular opacidade. Desde logo, porque se pretende analisar como um todo homogêneo a realidade dos hospitais-empresa, escondendo a existência de diferenças muito significativas. Há hospitais com resultados persistentemente positivos e outros que melhoram de ano para ano. Ao mesmo tempo, há hospitais com deficits crónicos incontroados. Devem ser todos tratados por igual? Devemos ignorar que cerca de 80% do resultado líquido negativo dos hospitais empresa, em 2010, está localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo?

Em quarto lugar o reforçado investimento na qualidade de cuidados. Nesta matéria a produção de Normas de Orientação Clínica parece acertada. No entanto, temos assistido à elaboração de Normas de forma casuística, sem prioridade visível. Se for este o caminho os resultados serão, seguramente, dececionantes.

5. O Governo prossegue com o reforço dos cuidados de saúde primários, (...), através de: [...] aumento do número de Unidades de Saúde Familiar (USF). (Memorando de Entendimento sobre as Condiçionalidades de Política Económica, medida 3.70).

6. Em 2011 o preço da diária na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados varia, conforme a tipologia, entre 60,16 e 105,46 euros. No mesmo ano a diária nos hospitais variou, conforme o nível de diferenciação da instituição, entre os 300 e os 700 euros.

Por último, não podemos deixar de ter em conta que, no domínio da saúde, a escala temporal do médio prazo é essencial para medir ganhos e resultados. Se nos perdermos no imediatismo da poupança a todo o custo, a despesa futura será muito superior. Um exemplo: em função das medidas erráticas tomadas desde o Verão, existe o risco de diminuir de modo significativo a transplantação de órgãos⁷. Isso conduzirá, a prazo, ao aumento da despesa do país com o tratamento de substituição da insuficiência renal, diminuindo a qualidade de vida e a capacidade produtiva dos doentes.

A escolha não pode ser a destruição do que conseguimos esforçadamente. Ao contrário, a escolha é persistir na reforma do SNS para assegurar a manutenção e melhoria do que temos.

A escolha é respeitar os méritos do serviço público, sujeito a um conjunto de servidões onerosas de que o privado está isento: distribuição geográfica adequada, tratamento das situações catastróficas, serviço durante as 24 horas, formação dos novos profissionais. A escolha é promover a cooperação com os sectores social e privado, de forma complementar e sem afetar a prevalência do interesse geral.

A escolha é preservar a visão solidária que ajudou o país a atingir, no domínio da saúde, a modernidade e uma maior justiça social. •

7 Dados não publicados apontam para uma quebra de 6,2% no número de órgãos transplantados em 2011, em comparação com 2010. A quebra homóloga do segundo semestre foi de 8,9%.