

A Saúde em Portugal, nos últimos quarenta anos*

António Correia de Campos
Deputado Europeu

A palavra Saúde, na linguagem política da segunda metade do séc. XX, passou a ser usada para designar as políticas públicas associadas ao completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social, não apenas resultante de ausência de doença ou enfermidade. Englobando a saúde colectiva, a dos indivíduos, das nações e agora a saúde global. Entre nós, este moderno conceito de saúde só foi completamente incorporado na linguagem política após a passagem pelo Ministério da Saúde do Secretário de Estado Francisco Gonçalves Ferreira, acompanhado pelos directores-gerais Arnaldo Sampaio (Saúde) Cayolla da Motta (Estudos e Planeamento), e Aloísio Coelho (Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge). Esta plêiade de sanitaristas veio complementar o esforço enorme de modernização da rede hospitalar, do seu planeamento, construção, gestão e financiamento que vinha a ser realizado por Coriolano Ferreira, o primeiro Director-Geral dos Hospitais e colaboradores, desde a criação da Direcção-Geral dos Hospitais, em 1961.

A legislação de 1971 (Gonçalves Ferreira/Arnaldo Sampaio) visou a modernização do Ministério da Saúde e a sua utilização como órgão central de execução de uma moderna política de saúde global, que inseria a saúde individual na saúde colectiva, nas suas fases de intervenção, desde a prevenção primária, à reabilitação, passando pela prevenção secundária e pelo tratamento na fase aguda. A legislação de 1971 não marca uma mudança da noite para o dia, marca apenas o início de uma fase de integração de diversas actividades de saúde, com serviços devidamente planeados, organizados e avaliados, com níveis e escalões de execução ordenados, cabendo ao Estado o papel principal de coordenador e gestor do sistema como um todo.

*Intervenção no Dia da Academia, Coimbra, 26 de Novembro de 2011

Concebeu-se um serviço nacional de saúde (SNS) sem esse nome, visando integrar hospitais de Misericórdias (particulares), hospitais do Estado (públicos), postos da então Previdência, centros de saúde da primeira geração (criados após 1971 para a prevenção da doença, a promoção da saúde e a protecção de grupos em especial risco). A execução deste modelo levou mais de dez anos (a integração central da Direcção-Geral da Saúde com os Serviços Médico-Sociais da Previdência só foi conseguida em 1984), apesar de ter beneficiado de condições políticas excepcionais, a Revolução de 25 de Abril, a qual logo em 1974 lançou a ideia da criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e basicamente gratuito no ponto de encontro entre o cidadão e o sistema. O SNS veio a ser criado por lei, cinco anos após a Revolução, em Setembro de 1979.

A legislação de 1971 teve uma importância decisiva na forma como se concebia o financiamento do sistema de saúde. Até então os cuidados individuais de saúde prestados nos hospitais deveriam ser pagos pelo “assistido, seus ascendentes e descendentes e demais parentes com obrigação legal de alimentos”, como primeiro responsável. A população trabalhadora que fosse beneficiária da Previdência Social tinha os seus encargos por ela cobertos, Os remediados (porcionistas) eram comparticipados pelos municípios os quais também pagavam os encargos com os indigentes (gratuitos). Os restantes assistidos, eram considerados pensionistas, pagando a totalidade da factura. Em caso de sinistro ou acidente, quer o indivíduo, quer a Previdência, transferiam a responsabilidade pelos encargos financeiros para companhias de seguros, normalmente pagadoras tardias e litigiosas, o que prejudicava fortemente os hospitais. O Estado só garantia gratuitidade nas doenças consideradas flagelo social: tuberculose, lepra, saúde mental, na protecção materno-infantil e nas demais doenças transmissíveis. Segmentos especiais da população (banca e seguros, função pública, tribunais, militares, membros das forças de segurança e trabalhadores civis desses corpos), adquiriram progressiva cobertura de encargos pela respectiva entidade patronal, a qual celebrava acordos com a Direcção-Geral dos Hospitais para a fixação de tabelas de facturação, quase sempre diferentes uma das outras, em função da data em que eram negociadas e sem preverem acréscimos de encargos devidos a uma inflação que já registava dois dígitos.

A Revolução de Abril de 1974 veio conferir legitimidade política às importantes mudanças em curso. O Manifesto do Movimento das Forças Armadas propugnava, na política de Saúde, a criação de um Serviço Nacional de Saúde. Antes mesmo de ser criado o SNS, em 1979, o IIº Governo Constitucional (de coligação PS-CDS, presidido por Mário Soares) deliberou abrir os postos da Previdência e os hospitais a toda a população. Nesse mesmo ano, a descapitalização da Previdência Social havia reduzido significativamente o financiamento que dela se encaminhava para os hospitais. A contribuição municipal cessara ainda antes do 25 de Abril. A partir de 1979, todos os serviços públicos de saúde passaram a ser financiados exclusivamente pelo Orçamento do Estado, ou seja por impostos.

Até 1974-75, as Santas Casas de Misericórdia (SCM) detinham hospitais concelhios, distritais, um central e alguns especializados. Os concelhios, por força da precursora reforma de 1971, haviam sido convertidos em centros de saúde, no consulado de Marcelo Caetano, sendo ministro Baltazar Rebelo de Sousa. Os distritais e o único central (Hospital Geral de Santo António, no Porto) foram oficializados (não nacionalizados, como erradamente se afirmou) em 1975, mantendo-se nas instalações onde se encontravam, mediante renda paga pelo Estado. Nunca, ao longo deste período de tempo, as SCM reclamaram o direito a gerir os seus antigos estabelecimentos, consolidando uma situação que, à data do início dos anos setenta, se caracterizava por dependerem em mais de 95% de financiamento público. A oficialização de 1975 foi, pois, executada sem protestos, concentrando-se a partir de então as SCM na área da acção social, o que fizeram com êxito e imensa generosidade do novo estado democrático. Sabiamente, as SCM aproveitaram a disponibilidade de investimento estatal e de recursos da segurança social pública, para reverterem em actividades sociais a maior parte dos edifícios que iam ficando devolutos.

A criação formal do SNS resultou da Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, logo a seguir objecto de uma primeira tentativa de regulamentação pelo Vº Governo, de iniciativa presidencial (presidido por Maria de Lurdes Pintasilgo). Na sequência das eleições de Dezembro de 1979, que deram a vitória a uma coligação dos partidos de direita, a Aliança Democrática (AD), tomou posse um governo PSD-CDS presidido por Sá Carneiro, com perfil político diferente do poder anterior. Não sendo explicitamente desfavorável ao modelo SNS, também se não manifestava seu entusiástico defensor.

A regulamentação do SNS, de início contestada por tida fora do prazo de legitimidade governativa anterior, subsistiu com retoques ligeiros. Mas em 1982 o governo da coligação AD reuniu coragem para questionar a criação do SNS. Numa peça legislativa anódina, um decreto-lei que visava regulamentar os serviços de saúde distritais, o diploma criador do SNS era revogado nos seus aspectos essenciais. A medida não passou no Tribunal Constitucional, sendo objecto de um vigoroso acórdão de rejeição. A decisão da Comissão Constitucional repôs a legislação anterior e a regulamentação do SNS retomou o ritmo lento e pouco convicto adoptado pelo governo de coligação de direita. Só em 1990 foi aprovada a lei de Bases da Saúde, a qual visava um globalizado enquadramento legislativo para o SNS. Esta legislação, depois completada pelo Regulamento do SNS, já de 1993, tem revelado estabilidade suficiente para o desenvolvimento regular do SNS e até para o seu reforço institucional.

A responsabilidade pública do Estado pela saúde dos cidadãos não foi alterada. O SNS tinha-se consolidado e ganhou a simpatia dos Portugueses. Aos poucos os seus principais opositores, partidos da direita e Ordem dos Médicos, passaram progressivamente a apoiantes. A universalidade de cuidados, a equidade geográfica alcançada com um serviço público centralmente planeado e a estabilidade pública de emprego foram elementos importantes da aceitação do SNS por uma grande maioria de Portugueses, bem como pelos profissionais. Em 1979, aquando da celebração dos seus trinta anos, assistiu-se ao espectáculo inédito de todas as forças políticas e sociais, inclusive os representantes do sector privado, estarem em sintonia quanto à defesa do SNS.

Todavia, o País mudava. Em trinta e cinco anos, apesar de a população residente ter registado mais 1,7 milhões de habitantes, contamos com mais um milhão de idosos que no 25 de Abril. Os cidadãos com 75 e mais anos são hoje 46% dos idosos, com rápido acréscimo dos que têm 85 e mais anos. Cada pessoa, ao nascer, tem hoje esperança média de vida de 78,5 anos, mais 11 que em 1970. Quem atingir a meta dos 65 tem uma elevadíssima probabilidade de alcançar os 83 anos, com boa saúde. Pelo lado negativo, tal como havia já acontecido nos países mais desenvolvidos da Europa, em trinta e cinco anos após Abril, Portugal perdeu 50 a 60 mil nascimentos anuais. Mudanças sociais complexas conduziram a esta baixa da natalidade. Cada mulher em

idade fértil gera, hoje, em média apenas 1,33 crianças, quando gerava 3 em 1970. Envelhecemos no topo da pirâmide, e teremos cada um mais anos de vida à nossa frente, mas por força das mudanças sociais associadas ao desenvolvimento económico, envelhecemos também na base da pirâmide: temos hoje menos nascimentos, nascimento do primeiro filho dois anos mais tarde e famílias de menores dimensões, com menos de 3 elementos. A nupcialidade baixou para quase metade: em 1974 celebraram-se 82 mil casamentos, 46 mil em 2007. Em 1976, os divórcios representavam menos de 10% dos casamentos, hoje são quase 55%.

Se é unânime o registo do bom desempenho do SNS ao longo de trinta anos, haverá que reconhecer que ele tardou a adaptar-se a mudanças na variável envolvente, nomeadamente a demográfica e suas implicações epidemiológicas. Só em 2006 fomos capazes de criar um programa destinado a continuar, em unidades de menor intensidade, o tratamento que dispensamos aos idosos que durante um episódio de doença aguda acorrem aos nossos hospitais, o programa de cuidados continuados integrados (CCI). Fomos invadidos por pandemias como a da síndrome respiratória aguda (SARS) em 2006, a da gripe H1N1, em 2009, potenciadas por uma rápida circulação de pessoas e vectores, fruto da globalização. Somos forçados a reconhecer o peso crescente de doenças do metabolismo, como a diabetes e a obesidade, geradas por erros e disfunções alimentares. Sofremos novos traumatismos associados à actividade física de adultos como os resultantes do exercício físico imoderado e de actividades de lazer ou de ar livre nem sempre regradas e bem prevenidas. Acentuam-se os casos de alcoolismo, toxicodependência e depressão entre pessoas que sofrem ou agravam os sinais de ruptura psicológica, por causas associadas à pobreza, ao isolamento, ou a outras formas de disfunção social.

O sistema de saúde passou a ter que dar resposta a novos problemas, muitos deles já antecipados em países com desenvolvimento económico anterior ao nosso, como os acidentes cardiovasculares e os acidentes de trânsito. Observa-se uma aceleração de causas, processos e tratamentos onde aprendemos muito com as experiências dos outros. Os acidentes de estrada chegaram até nós depois de serem uma epidemia em outros países, devido ao nosso tardio equipamento em estradas e meios de locomoção. As doenças metabólicas chegaram sob forma epidémica também depois de se terem manifestado em outros países, mas estão a crescer mais depressa entre nós que neles,

sobretudo a obesidade infantil. As medidas de saúde oral, um indicador actualizado de civilização, estão agora a ser implementadas com carácter geral entre nós, devido à escassez de recursos e à sua prolongada secundarização entre os Portugueses. Só na saúde reprodutiva da mulher os nossos valores são de elevada qualidade, fruto da atenção continuada que lhe dispensámos desde há várias décadas.

À melhoria do rendimento e das condições de vida, bem como ao Serviço Nacional de Saúde são atribuídos uma boa parte dos notáveis ganhos em saúde que colocam Portugal entre os seis países do mundo com melhores condições para as crianças e mães. Em 1970, morriam 8700 crianças com menos de um ano, em 2007 morreram apenas 340. Nas crianças entre 1 e 4 anos a regressão de mortes foi de 26.860 para 2.210. Nas mães, as mortes por causa ligada à maternidade, passaram de 124 a menos de três. Análogos sucessos, embora muito menores, se observaram nas doenças crónicas, como o cancro, as doenças cardíacas e cardiovasculares, os acidentes de viação e de trabalho, a tuberculose e a SIDA. Estes ganhos em saúde tiveram um elevado e justo custo económico: os gastos públicos com o SNS e demais sistemas públicos passaram, nos últimos quinze anos, de 4,1 para 7,3% do PIB, crescendo a ritmo em regra duas vezes superior ao da economia.

O conceito de sistema adoptado nos primeiros anos da década de noventa engloba o SNS, principal instrumento do sector público, e integra também o sector privado, empresarial, com e sem fins lucrativos, hoje uma realidade muito complexa, não apenas do ponto de vista político e social, mas também do ponto de vista económico. Segundo dados da OCDE, que tem vindo a comparar a evolução dos recursos e resultados em Saúde dos seus estados membros, a Saúde em Portugal representa mais de 10% do PIB, sendo a parte pública de cerca de três quartos desse esforço. O seu crescimento, apesar de mais controlado desde 2005, revela-se consistentemente acima do crescimento do produto. O sector ocupa 110 mil funcionários, agentes e contratados no sector público e algumas dezenas de milhar nos sectores particular e privado. A despesa pública com o funcionamento dos serviços da Saúde representa cerca de 15% da despesa pública primária. Estes recursos têm um registo de actividades que aproximam os Portugueses do SNS. Todos os dias, mais de um milhão de cidadãos contacta, frequenta ou visita um serviço público de saúde. 40 a 45 milhões de Portugueses frequentam por ano, os centros de saúde e hospitais, em

consultas de ambulatório e cerca de meio milhão são internados. Dos pouco mais de 100 mil nascimentos ocorridos em cada ano, 99% são-no em hospitais, públicos ou privados e 85% em estabelecimentos públicos. O peso social da Saúde no quotidiano dos Portugueses pode bem medir-se pelo tempo e espaço que em noticiários televisivos e páginas de jornais lhe são dedicados.

O SNS tornou-se o actor principal do sistema de saúde e o suporte exclusivo para 75% da população que não tem subsistema que lhe permita optar entre SNS e cobertura privada. É o actor principal e desempenha a sua tarefa a contento, como tem vindo a ser crescentemente demonstrado em estudos de opinião de fontes variadas. Mas não é actor exclusivo. Os centros de saúde realizam cerca de trinta milhões de consultas de cuidados de saúde primários em cada ano, mas nem todos os cidadãos dispõem de um médico de família atribuído. Apesar do enorme sucesso das unidades de saúde familiares (USF) na redução do número de cidadãos sem médico de família, ainda existirão cerca de 400 mil nessas condições. Muitos dos que se encontram registados, por opção própria não frequentam o centro de saúde, a não ser para actos de saúde pública como as vacinações e para obterem declarações de doença temporária.

Os últimos cinco anos testemunharam medidas de modernização profunda [unidades de saúde familiar (USF), cuidados continuados integrados (CCI), cheque-dentista, procriação medicamente assistida (PMA), concentração de estabelecimentos em centros hospitalares e recomposição da oferta de serviços de maternidade e de urgência-emergência e respectiva rede de transporte de doentes, com a inovação dos sistemas de prevenção secundária (vias verdes) para doentes em risco de enfarte ou acidente vascular] que foram realizadas em contexto de contenção financeira e registaram continuação ou até melhoria significativa dos indicadores de resultado que lhes andam associadas. O reforço do sector público e a manutenção do privado no nível de complementaridade previsto na Constituição é uma matéria da maior sensibilidade política. Poucos ignoram que em sistemas convencionados, com elevada dimensão da prestação privada, mesmo que financiada pelo SNS, as desigualdades em saúde aumentam, pela inevitável selecção da casuística (desnatação) e pela fatal diferenciação de tabelas de serviços e correspondentes práticas selectivas que as unidades privadas tendem a adoptar, como forma de segmentação do seu mercado.

A Saúde é hoje uma peça essencial da cidadania. Como nunca o foi no passado, sobretudo quando em países ainda relutantes aos direitos sociais, como era Portugal no final dos anos sessenta, o cidadão, ele próprio, era considerado o principal responsável pelos encargos com a saúde, cabendo ao Estado apenas o pagamento de bens e serviços que revelassem comprovadas externalidades positivas, como a luta contra as doenças transmissíveis e a prevenção da doença.

Entretanto, Portugal integrou-se na Europa e assumiu por completo o adquirido comunitário nesta matéria, o chamado Modelo Social Europeu. No campo da Saúde, este caracteriza-se por uma harmonização de princípios e valores comuns, como a universalidade, a cobertura de todos os riscos de saúde pelos meios disponíveis, ou seja a generalidade. Podemos ainda falar do valor da equidade, tanto horizontal (cuidados iguais para iguais necessidades) como vertical, ou diferenciação positiva (cuidados diferentes para diferentes necessidades). Deveremos referir a qualidade dos serviços como um direito, considerando ainda a satisfação de assistidos e prestadores, já não como direitos, mas como atributos ou valores adjectivos dos cuidados públicos de saúde.

Esta harmonização, executada ao longo dos últimos quarenta anos, aproximou Portugal, então na cauda do progresso social e de saúde, dos demais países industrializados da Europa. Processo acelerado que nos orgulha, não apenas por termos vencido a ladeira das diferenças, mas também por termos chegado a alguns picos de sucesso antes de outros mais afluentes e com um passado de melhor organização na prestação de cuidados de saúde. O que surpreende no percurso português é, não apenas a rapidez da transição, como ainda a sustentabilidade do progresso alcançado.

Instalados na Europa da saúde, temos vindo a beneficiar de muitos dos adquiridos comunitários: a cooperação na prevenção da doença (medidas gerais de saúde pública, de protecção dos trabalhadores, de defesa do ambiente e de segurança alimentar), na promoção da saúde (estratégia anti-tabaco), de defesa da qualidade e segurança dos produtos biológicos (sangue e derivados) e medicamentos (luta contra a contrafacção e direito dos cidadãos à informação medicamentosa completa e directa), da promoção do transplante como meio de sustentação, prolongamento e adição de qualidade à vida

e beneficiámos sobretudo da defesa europeia e global contra os flagelos infecciosos de rápida disseminação (gripe aviária, H1N1). Estamos a preparar-nos para organizar cuidados de saúde individuais que extravasam as fronteiras de cada estado-membro e fazemo-lo com o respeito pela natureza, história e cultura do nosso SNS. Iremos partilhar informação individual de saúde (*ehealth*) sem violação dos direitos de privacidade e quando a partilha trazer valor acrescentado; iremos cooperar em redes de conhecimento e avaliação das novas tecnologias, para não sermos por elas surpreendidos e para beneficiarmos do seu conhecimento mútuo; e cooperaremos também no efectivo e eficiente tratamento das doenças raras em centros de excelência que previnam os efeitos das redundâncias e do alto custo médio devido ao reduzido casuísmo.

O corolário da livre circulação de bens, capitais e pessoas, é a circulação intra-europeia dos profissionais devidamente qualificados. Cada cidadão tem o direito de exercer a sua actividade em condições semelhantes aos nacionais, como também deve ter o direito de circular para adquirir essas qualificações profissionais. Elas começam no período escolar e daí o esforço europeu de harmonização das formas, conteúdos e valor dos diplomas do ensino superior e universitário, conhecido por Processo de Bolonha, para permitir não apenas a fluidificação da circulação de estudantes, como sobretudo a circulação de profissionais. O ideal será que médicos, enfermeiros, médicos dentistas, técnicos superiores de saúde, guardadas as diferenças e singularidades nacionais, possam ser acolhidos de forma oficialmente reconhecida, para trabalharem de pleno direito em qualquer dos estados da União. Não é por acaso que o campo da Saúde é aquele onde tem sido mais lento o progresso do acolhimento da directiva das qualificações profissionais. Não só por os conteúdos funcionais de cada profissão poderem variar de país para país, bem como por o planeamento estratégico de recursos humanos ter exigências associadas à natureza do sistema nacional de cuidados de saúde, como sobretudo pelo peso da defesa corporativa dos já instalados dentro de cada classe se tornar opressor, quando receiam que a oferta de mão de obra qualificada lhes possa fazer perigar as trincheiras do proteccionismo profissional que lentamente construíram.

Não poderemos escapar a uma questão de enorme actualidade: é o SNS português mais ou menos sustentável que outros sistemas universais, tanto *beveridgeanos* como

bismarckianos? A resposta não é europeia, é retintamente nacional. Se nos convém aprender com todos, trocando informação e experiências, a escolha do sistema, se é que ela é possível nesta fase do percurso, já só a nós respeita. e se dúvidas havia, elas foram desfeitas pelo *Memorando de Entendimento* recentemente celebrado para beneficiarmos de ajuda financeira internacional e atrás detalhadamente descrito. Em parte alguma do *Memorando* se refere e muito menos se recomenda qualquer mudança do nosso paradigma de organização do sistema de saúde, baseado em um SNS.

Onde estaremos daqui a vinte anos? Não existirá melhor forma de antever o futuro do que analisar o período passado correspondente. Há vinte anos atrás, estávamos a tentar libertar o nosso SNS do peso obsessivo dos encargos com medicamentos e do peso financeiro das convenções celebradas com o sector privado prestador de meios de diagnóstico e terapêutica. A primeira preocupação manteve-se sem alteração nos quase 20% de importância relativa da factura dos medicamentos no total dos encargos do SNS. A segunda preocupação esbateu-se pelo controlo férreo da oferta, obtido através do chamado "fecho das convenções". E foi largamente compensada pelo acolhimento da moderna tecnologia analítica e semiótica na mais de dezena e meia de hospitais distritais e centrais e centenas de centros de saúde, construídos durante as últimas duas décadas. Admitíamos então, tal como se fazia um pouco por toda a Europa, que o sector segurador pudesse vir a ter um papel importante no financiamento da saúde, o que afinal se não verificou, mantendo-se o seu papel como marginal, suplementar.

Estávamos a ensaiar métodos de gestão hospitalar baseada na "moderna gestão pública", iniciando experiências de hospitais-empresa, bem como de concessão da sua gestão a empresas privadas especializadas. Estávamos a lutar contra os flagelos do HIV-SIDA e das tóxico-dependências, males de que não conhecíamos as etiologias e hesitávamos nas terapêuticas. Fomos confrontados com a infecção do sangue importado e nela gastámos energia, fazenda e vidas. Aceitámos acriticamente a constante admissão de profissionais recém-diplomados, com a permanente má consciência de tentar resolver, de uma assentada, os problemas de falta de mão-de-obra e de emprego de cada nova categoria profissional. E pior que tudo, deixámos que o SNS fosse sendo predado pelos interesses instalados à sua sombra e que a política da saúde fosse tão condicionada pelos prestadores que conflituava com o interesse

público. Nestas condições não admirava que o ritmo de crescimento anual dos encargos fosse regularmente quase o dobro do crescimento da economia. Um plano inclinado para a ineficiência e insustentabilidade que só foi suspenso em 2005 e depois de novo relaxado nos anos terminais do ciclo político.

Ao longo destes últimos vinte anos tivemos, porém, a recompensa dos enormes ganhos em saúde materna e infantil, fruto de um planeamento sábio e proficuamente lançado no final dos anos oitenta. Ascendemos a patamares de excelência nunca antes esperados nestas matérias. E aperfeiçoámos a nossa capacidade de tratamento de doenças crónicas de alta letalidade, como os acidentes vasculares cerebrais e cardíacos e até o próprio cancro, graças ao mais precoce diagnóstico e tratamento, através de prevenção secundária. Lutámos activamente contra os efeitos do tabaco e do álcool na saúde. Contivemos a "guerra civil" dos acidentes de trânsito dentro das médias europeias, graças, não só a melhor assistência nos momentos após o acidente e melhor coordenação entre meios móveis e fixos, como pela redução da sua incidência com a visível modernização das infra-estruturas viárias, conseguida durante este período. Melhorámos o tratamento de muitas doenças crónicas, das doenças mentais e das tóxico-dependências. Investimos pesadamente em terapêutica medicamentosa na luta contra o VIH-SIDA, e doenças hematológicas.

Os próximos vinte anos reservam-nos um exigente caderno de encargos a executar em condições financeiras de extremo rigor. Teremos que concentrar hospitais em centros de tratamentos bem distribuídos e geridos com economia de meios. Teremos que identificar centros de excelência e neles concentrar a qualidade, abandonando aqueles que não têm volume, nem casuística diferenciada, nem recursos humanos para satisfazer padrões internacionais de eficiência e qualidade. Teremos que completar a malha das unidades de saúde familiares, instrumento que mereceu no *Memorando de Entendimento* discretos mas fortes encómios, ordenando-a de forma racional nas administrações respectivas. Teremos que prosseguir o esforço de vencer os desafios da transição demográfica completando a rede de cuidados continuados integrados para cidadãos idosos e com dependência. Teremos que alargar o acesso aos cuidados de saúde oral a sucessivos grupos de risco, vencendo o longo atraso que nessa matéria deixámos acumular. Teremos que reforçar as linhas de orientação na luta contra as

doenças crónicas, entre elas a doença mental e manter alto o nível alcançado na saúde da mãe e da criança, alargando-a aos adolescentes.

Em matéria de equipamentos de saúde, pouco falta para completar a rede hospitalar e de centros de saúde, mas não podemos deixar Lisboa entregue à vetustez crónica das suas actuais instalações, pelo simples argumento de a construção do Hospital de Todos os Santos ser altamente dispendiosa. E urge retomar o esforço de instalar decentemente o IPO de Lisboa, onde tanto sofrimento anda associado à inadequação crescente das actuais instalações. Haverá alguns hospitais de médio porte ainda a renovar ou construir, como o Central do Algarve e o de Évora. Teremos que dar fecho útil à dispersão dos excessivos recursos instalados em Coimbra.

Os medicamentos não podem ser apenas o filão inesgotável das poupanças de circunstância. Se é certo que o desperdício é ainda grande, ele tende a ser controlado e o País não pode auto-excluir-se da modernização terapêutica. Haverá que escrutinar melhor os medicamentos actualmente comparticipados, por análise custo-benefício e conseguir espaço para as reais inovações terapêuticas. Será também urgente prosseguir o esforço iniciado de articular a grande indústria farmacêutica com os poucos centros de excelência em investigação biomédica de que o País já hoje se orgulha, através de contratos entre grandes produtores e as pequenas unidades inovadoras.

Uma boa parte do futuro está sempre por descobrir. As fronteiras do conhecimento não são fixas, mas permanentemente mais distantes de nós, em cada momento. A ciência, tecnologia e inovação, propiciadas pela investigação, rasgam fronteiras entre países e entre disciplinas, desvendam paisagens por visitar, interactuam, facilitando a inovação. Pelo volume de conhecimento já alcançado, pelos recursos envolvidos, pela ambição investida, a saúde é um dos principais “clientes” da inovação. Um dos seus ambientes de mais proveitosa demonstração. Doenças do cérebro e neurodegenerativas, doenças oncológicas, ciências básicas como a biologia celular, as nanociências, são hoje componentes essenciais das ciências da vida. O mesmo acontece com as tecnologias da informação e comunicação utilizadas na Saúde. Contribuem com sinergias para a aceleração do conhecimento e do progresso. A investigação sobre os complexos sistemas da saúde, sobre a informação que geram e utilizam, sobre a comunicação que estabelecem entre os actores sociais, está hoje no

cerne das ciências da vida, servindo de placa giratória do conhecimento que amplia o progresso. A investigação sobre o funcionamento dos serviços pode aperfeiçoar e ampliar o seu desempenho, sem grandes meios adicionais. A investigação tecnológica será um elemento essencial para melhorar a qualidade e também a eficiência das unidades prestadoras de cuidados. O reforço da investigação na saúde tem efeitos colaterais importantes. Se ele envolver os profissionais da prática clínica valoriza-os pela aquisição de melhores práticas, aumenta os ganhos em saúde, permite a modernização cultural dos modelos de prestação e ajuda a resolver uma das maiores lacunas do tecido científico nacional, a escassa produção científica da nossa investigação clínica, de resto um problema comum à Europa.

Portugal coopera já com outros países num elevado número de projectos de investigação em ciências da saúde. O isolamento científico internacional terminou de há muito e não serão as actuais dificuldades financeiras que afrouxarão essa tendência.

Tendo em conta a enorme dimensão financeira da saúde e a sua capacidade de geração de emprego, o aperfeiçoamento do sistema pode ser um forte contributo para o crescimento económico, incluindo a dinamização da sua componente exportadora, tanto de medicamentos como de bens e equipamentos médicos, como ainda de serviços hoteleiros e de saúde destinados às clientelas mais afluentes da Europa. Mas para que os gastos em saúde sejam um investimento e não um mero consumo, eles terão que ser escrutinados pelo seu valor acrescentado, as suas tecnologias terão que ser devidamente avaliadas, o seu pessoal terá que ser constantemente actualizado, os resultados terão que ser comparados com os meios, para se melhorar a combinação produtiva. Só assim a comunidade se assegurará da qualidade e reprodutividade do investimento.

O sistema de saúde dos próximos vinte anos terá por base um SNS renovado e sustentado, complementado por um sector privado correctamente regulado. Reforçando os valores sufragados de universalidade, generalidade e quase gratuidade no ponto de acesso aos cuidados. Um SNS de qualidade, que garanta elevada satisfação aos cidadãos utilizadores e aos profissionais.

