



AUSTERIDADE EM PORTUGAL: MEDIDAS IMPLEMENTADAS E SEU IMPACTO NO ACESSO, EFICIÊNCIA E QUALIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

AUSTERITY IN PORTUGAL: IMPACT OF MEASURES ON ACCESS, EFFICIENCY AND QUALITY OF THE NATIONAL HEALTH SERVICE

 **Alexandre Morais Nunes**

Doutor em Administração da Saúde.

Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Universidade de Lisboa, Portugal

anunes@iscsp.ulisboa.pt

 **Andreia Afonso de Matos**

Doutora em Administração Pública, na especialidade de Administração da Saúde.

Centro de Administração e Políticas Públicas, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Universidade de Lisboa, Portugal

matos.andreia@gmail.com

Resumo: Em abril de 2011, uma grave crise econômica e social eclodiu em Portugal, levando o país a solicitar ajuda financeira ao Fundo Monetário Internacional, à Comissão Europeia e ao Banco Central Europeu que, em troca, exigiu o cumprimento de um conjunto de várias medidas de austeridade constante de um memorando. Parte dessas medidas focalizaram o Serviço Nacional de Saúde, ao qual foi exigido um corte na despesa e um conjunto de reformas promotoras de eficiência que gerassem economias por meio da melhor realocação dos recursos e da redução do investimento. Este artigo pretende, através da análise da literatura e das políticas de saúde implementadas, mostrar os resultados/efeitos da austeridade e os passos já dados no período pós crise. Como resultados se verificou algumas melhorias ao nível da eficiência, mas graves problemas no acesso aos serviços de saúde. Em conclusão pode-se afirmar que a austeridade foi necessária, mas foi pensada apenas para aquele momento e não numa perspectiva de construção da política de saúde para o futuro.

Palavras-chave: Política de saúde. Austeridade. Acesso. Eficiência. Qualidade.

Abstract: In April 2011, a serious economic and social crisis erupted in Portugal, prompting the country to seek financial assistance from the International Monetary Fund, the European Commission and the European Central Bank, which in turn required compliance with a number of constant austerity of a memorandum. Part of these measures focused on the National Health Service, which required a cut in spending and a set of efficiency-enhancing reforms that generated savings through better resource reallocation and reduced investment. This article aims to show the results / effects of austerity and the steps already taken in the post-crisis period, through the analysis of the literature and health policies implemented. As a result there were some improvements in efficiency but serious problems in access to health services. In conclusion it can be affirmed that austerity was necessary but it was thought only for that moment and not in a perspective of construction of health policy for the future.

Keywords: Health policy. Austerity. Access. Efficiency. Quality.

Cite como

American Psychological Association (APA)

Nunes, A. M., & Matos, A. A., (2021, set./dez.). Austeridade em Portugal: medidas implementadas e seu impacto no acesso, eficiência e qualidade do serviço nacional de saúde. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 10(3), 215-237. <https://doi.org/10.5585/rgss.v10i3.13339>.



Introdução

Em Portugal, no ano de 1976, foi publicada a Constituição da República Portuguesa (Decreto nº10/1976) que garantia o direito de assistência à saúde de forma universal (para todos os cidadãos independentemente da sua condição económica e social), geral (em todos os tipos de assistência) e gratuita (sem custos para o usuário). Todos esses princípios foram concretizados com a criação, em 1979, de um Serviço Nacional de Saúde (Lei nº56/79, de 15 de setembro) que cumpria os princípios constitucionais. Porém, nem todos os princípios foram mantidos até ao dia de hoje, dado que a gratuidade foi alterada na revisão constitucional de 1989 (CRP, 1989) para um princípio de tendencial gratuidade, o que se deveu à introdução de taxas moderadoras na assistência à saúde. Contudo, para não colocar em risco o acesso às classes com baixa renda, foram criadas no mesmo ano um conjunto de isenções (Nunes, 2017).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquadrado num modelo de Estado Social europeu, foi uma das maiores conquistas da República Portuguesa. Por meio da resposta do SNS, é proporcionada uma assistência à saúde que compreende a atividades e ações de promoção da saúde (com sessões de educação em saúde), prevenção da doença, diagnóstico e tratamento dos pacientes por meio de um conjunto de atividades desde consultas, cirurgia, internação, emergência e visitas domiciliares (Simões et al., 2017).

Toda a assistência à saúde é garantida por unidades de atenção primária à saúde (denominadas em Portugal por centros de saúde) e por um conjunto de hospitais distribuídos por todo o território. Contudo, a lei do SNS foi complementada por uma Lei de Bases da Saúde que veio reforçar a assistência à saúde e permitiu que unidades do SNS que em condições de incapacidade de resposta imediata aos seus pacientes, poderiam recorrer a entidades sociais ou privados com as quais o SNS estabelece acordos específicos para esses casos.

O desenvolvimento do SNS desde a sua criação até ao ano 2011 foi contínuo e realizado em função de um conjunto de apostas na formação de seus profissionais (profissionais de grande qualidade reconhecidos por diversos países europeus que tentam sua contratação), alargamento das profissões envolvidos na assistência (incluídos psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais) e na maior realização de investimentos em infraestruturas (novos centros de saúde e hospitais), pelo aumento do leque de respostas (integrados em 2006 cuidados continuados e cuidados paliativos), realizados fortes investimentos na inovação terapêutica (novos medicamentos) e pela aposta na inovação tecnológica (tecnologia de ponta da mais avançada para realização de exames de diagnóstico) (Campos & Simões, 2011).



Contudo, embora grandes avanços tenham sido dados durante décadas, no final do ano 2010 e no início do ano 2011, Portugal viveu um graves problema financeiros com uma crise económica e social (Barros, 2012). Nessa data, o produto interno bruto caiu cerca de 4,4% enquanto em termos médios na Europa no mesmo período, o mesmo indicador cresceu 2,9% (Eurostat, 2017). Os indicadores sociais não eram à data nada animadores, existindo nos primeiros meses de 2011 um total de 42,5% dos portugueses com rendimentos inferiores ao limiar do risco de pobreza (valor inferior à média da EU28 que era de 44,1%) e 8,3% desses estariam mesmo em condições de privação material severa (Pordata, 2018).

Como forma de resposta foi solicitada ajuda externa a uma comissão tripartida (conhecida como troika), constituída pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Comissão Europeia (CE) e Banco Central Europeu (BCE). Em troca da ajuda financeira necessária para o regular funcionamento do país, a troika impôs um conjunto de duras medidas de austeridade com o objetivo de reformar as políticas públicas e superar a crise (Barros, 2012; Simões et al, 2017), sendo assinado um compromisso fechado por meio de um memorando de entendimento (MoU, 2011). Esse documento continha as medidas a implementar em cada área e com os respetivos prazos. Essas medidas de carácter corretivo tinham como principal objetivo promover a recuperação do país e a sustentabilidade a curto prazo por meio da redução da despesa, promoção da eficiência e transparência (Barros, 2012).

No que respeita ao sector da saúde, o MoU apresentava medidas que incidiam ao nível do acesso (aumento do valor direto pago pelos pacientes - taxas moderadoras - sempre que recorre a uma unidade de saúde); eficiência (liquidação das dívidas das unidades hospitalares, redução de custos dos hospitais, promoção de medidas de transparência numa política de luta contra o desperdício e corrupção, desenvolvimento de tecnologias de informação, acompanhamento dos resultados assistenciais e financeiros por meio de um benchmarking) e qualidade (, produção de normas de orientação clínica e aumento dos pedidos de acreditação e certificação de unidades de saúde) (Mou, 2011).

No período pós-crise e consciente dos efeitos negativos em termos de acesso e da oportunidade perdida de reformar o sistema público de saúde português em plena crise, um novo governo definiu uma estratégia para a política de saúde, simplificando o acesso, promovendo uma assistência em proximidade na atenção primária, realizando investimentos e apostando numa verdadeira reforma, mantendo critérios de transparência, luta contra a corrupção e medidas de eficiência que corrigiram o desperdício existente nomeadamente no setor farmacêutico (Portugal, 2015).



O presente artigo pretende retratar parte da história de Portugal nos últimos anos, e dá a conhecer ao público internacional, especialmente ao Brasil, como as medidas de austeridade associadas ao resgate financeiro se integraram na reforma da saúde em tempo de crise, destacando as medidas implementadas, as estratégias positivas e as negativas que colocaram em risco a assistência, bem como a recuperação iniciada em novembro de 2015 sempre numa perspectiva analítica que envolve o acesso, a qualidade e a eficiência do sistema público de saúde. Isso é feito por meio da análise das políticas de saúde em Portugal baseadas na revisão da literatura da especialidade sobre a temática e nos documentos oficiais produzidos pelo Governo de Portugal, Ministério da Saúde, Observatório Português do Sistema de Saúde e Comissão Europeia.

Metodologia

O presente trabalho tem por objetivo apresentar e analisar as medidas de austeridade implementadas em período de crise financeira e social pelo governo português com o objetivo de cortar na despesa e promover a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Como método, se optou pela realização de um estudo de caso com recurso ao levantamento e análise documental, métodos que permitem analisar a informação quando as teorias existentes sobre o fenómeno são inexistentes (Haliene & Tornroos, 2005) e a sua discussão com base nos dados disponíveis quando o fenómeno é contemporâneo e inserido num contexto de vida real (Yin, 1984). Neste estudo, para verificar as transformações ocorridas no Serviço Nacional de Saúde, recorreu-se ao Programa para a Saúde definido no período pré austeridade (Portugal, 2011), ao Programa de reversão iniciado em 2015 (Portugal, 2015), e aos relatórios de avaliação e monitoramento independentes do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS, 2016) e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2016; 2017;2018).

A política de saúde em tempo de crise

No âmbito da política orçamental o MoU fez referência ao Serviço Nacional de Saúde, alertando para a necessidade urgente de controlar seus custos e gerar poupanças de 100 M€ no ano 2011 resultante do corte no setor hospitalar (representava de 0,8% da despesa total pública em saúde), de 550 M€ (4,5% da despesa total em saúde) no ano 2012 e de 375M€ nos anos seguintes (3,0% da despesa total em saúde). Além da intervenção no SNS, a política orçamental previa a obtenção de poupanças pela redução dos benefícios e deduções fiscais, que se



buscariam no Imposto sobre os Rendimentos de Pessoas Singulares (IRS) no total de 150M€ a partir do ano 2012, o que reduziria a demanda por seguros de saúde e um agravamento do rendimento disponível e o risco de deterioração do estado de saúde para algumas famílias (MoU, 2011).

De uma forma global, os objetivos previstos para a política orçamental introduziam medidas específicas a implementar no sector da saúde. Por esse motivo, é possível subentender na leitura do MoU que, para em função do obrigatório cumprimento das metas orçamentais, Portugal teria de implementar várias medidas reformadoras (algumas de forma permanente) em todos os sectores, nomeadamente na saúde.

Na mesma data em que foi assinado o memorando, entrava em Portugal um novo governo em funções que, no seu Programa de Governo (2011-2015) (Portugal, 2011), fazia referência ao memorando como um "processo de mudança integra medidas de racionalização das despesas, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde" (p.77) que objetivava "reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com definição clara da função de regulação e de financiamento" (p.77). No cumprimento desses objetivos, para a sua legislatura além do cumprimento do MoU, o Governo se comprometeu a:

- a) Melhorar continuamente a qualidade e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível da prestação por meio da garantia do acesso universal e equitativo, tendencialmente gratuito, à atenção e pela obtenção de resultados ao nível dos melhores sistemas de saúde da Europa;
- b) Garantir a sustentabilidade económica e financeira do SNS, através de um mecanismo de financiamento de base solidária, mantendo os princípios fundamentais subjacente à sua criação;
- c) Fomentar um maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema, através do reforço do exercício de liberdade de escolha dentro de regras de acesso pré-definidas e reguladas, designadamente entre os operadores públicos, tendo assim o usuário um papel ativo em todas as fases;

Para alcançar as metas estabelecidas para a saúde, o Governo tomou um conjunto de medidas, em cada área, para reformar todo o sistema, com especial incidência no Serviço Nacional de Saúde. Assim, no cumprimento do Memorando (MoU, 2011) e do próprio Programa de Governo (Portugal, 2011) foram implementadas um medidas na saúde que



objetivava, como redigido no próprio documento, "aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas" (MoU, p.17) faltando, segundo a literatura (Carmo, 2012) uma referência à promoção do acesso e da qualidade.

Além da assinatura do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidade de Política Económica (Memorandum of Understanding – MoU) ser condição necessária e imposta para o primeiro desembolso do European Financial Stabilisation Mechanism (EFSM), foi também colocada como condicionante para o desembolso das parcelas seguintes o resultado (positivo) das avaliações trimestrais que teriam lugar durante o programa que aferiam o progresso alcançado em relação aos critérios estabelecidos (2011 a 2014). As autoridades portuguesas comprometem-se a consultar a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) quanto à adopção de qualquer política que não estivesse contemplada no documento.

Em seguida apresentam-se as medidas constantes no Memorando de Entendimento, pelos subsectores/áreas específicas do campo da saúde.

1 Financiamento do setor da saúde

No que diz respeito ao financiamento, o memorando de entendimento incidiu sobre os pagamentos realizados a cargo dos usuários (taxas moderadoras), ao nível das deduções fiscais e da contribuição do Estado para os subsistemas de saúde da função pública. Assim previa:

- a) A revisão das categorias de isenção ao pagamento das taxas moderadoras aplicadas no SNS, por meio da revisão substancial das categorias de isenção atuais (a ser realizado pelo Ministério da Saúde em colaboração com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social) e o aumento do respetivo valor, mas assegurando que os valores praticados na atenção primária serão sempre inferiores aos aplicados nas consultas de especialidade hospitalar e na assistência em urgência;
- b) A redução em 2/3 das deduções fiscais relativas a encargos com a saúde, incluindo seguros privados;
- c) A redução em 1/3 do valor dos custos com o transporte de doentes;
- d) Promoção de um modelo sustentável nos sistemas de cuidados de saúde para trabalhadores em funções públicas de modo a que se financiem a si próprios.



- e) Redução dos custos operacionais dos hospitais em 200M€ (100 M€ em 2011 e os restantes em 2012);
- f) Redução de 10% (no mínimo) na despesa global (incluindo taxas) do SNS com entidades privadas que prestem serviços de exames complementares de diagnóstico e terapêutica;
- g) Introdução de um mecanismo de revisão periódica (pelo menos em cada dois anos) dos preços pagos aos prestadores privados, com o objetivo de reduzir o custo dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica mais frequentes;
- h) Avaliação do atual modelo de parcerias público-privadas na saúde.

2 Setor farmacêutico

No caso do setor farmacêutico as medidas previstas incidiam na definição de preços | comparticipação de medicamentos, na prescrição e sua monitorização e ao nível da legislação aplicada às farmácias. Assim estavam previstas as seguintes medidas:

- a) No campo da definição de preços e comparticipação de medicamentos objetivava-se:
 - Gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do Produto Interno Bruto (PIB) até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.
 - Estabelecer o preço máximo do primeiro genérico introduzido no mercado em 60% do preço do medicamento de marca com uma substância ativa similar.
 - Rever o sistema atual de preços de referência baseado em preços internacionais, alterando os países de referência para os três países da UE com os níveis de preços mais baixos ou para países com níveis comparáveis em termos de PIB *per capita*.
- b) Ao nível da prescrição e monitoramento da prescrição, o MoU objetivava:
 - Tornar obrigatória a prescrição eletrônica de medicamentos e meios de diagnóstico tanto no sector público como no privado;
 - Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico por meio da avaliação sistemática de cada médico;
 - Promoção do medicamento genérico e de medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos;



- Remover todas as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a comparticipação de genéricos;
 - Estabelecer de orientações para os médicos baseadas em normas internacionais de prescrição;
- c) Quanto às farmácias estava previsto:
- Implementar a legislação existente que regula a atividade das farmácias;
 - Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e para as farmácias como ocorria em outros Estados Membros;
 - Incentivar a venda de medicamentos genéricos e de outros medicamentos de marca menos dispendiosos.

3 Compras e aprovisionamento centralizado

Com o objetivo de reduzir custos por meio de acordos de preços/volume e combater desperdícios (ganhos em economia de escala), o MoU previa o estabelecimento do enquadramento legislativo e administrativo para uma gestão centralizada da compra de dispositivos médicos no âmbito do SNS (equipamentos, aparelhos, fármacos) a realizar pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

4 Atenção primária à saúde

Era objetivo da estratégia do Programa de vários Governos anteriores o reforço da assistência realizada na atenção primária. Também o MoU incide nessa área e pretendia que o Governo prosseguisse esses objetivos reforçando esse nível de cuidados numa perspectiva economicista para reduzir o número de consultas de especialidade hospitalar e urgências (bem mais dispendiosas). Assim como medidas a implementar perspectivava-se:

- a) O aumento do número das Unidades de Saúde Familiares (USF) (idêntico ao modelo de equipe de saúde familiar existente no Brasil) com um sistema de pagamento que combina os salários com incentivo em função do desempenho.
- b) Criação de mecanismo para possibilitar uma distribuição mais equitativa dos médicos da atenção primária



5 Assistência hospitalar

Os hospitais eram um dos principais responsáveis pelas elevadas despesas do setor da saúde era reconhecida a elevada ineficiência e desperdícios que muitos contribuíam para o agravamento da dívida no setor da saúde. Assim o MoU preconizou:

- a) Liquidação de todos os pagamentos em atraso (pagamentos devidos a fornecedores nacionais com atraso superior a 90 dias);
- b) Estabelecimento de um sistema de procedimentos para controlar os pagamentos em todos os hospitais evitando o reaparecimento de mais pagamentos em atraso;
- c) Redução de cargos gerenciais, em resultado da concentração e da racionalização nos hospitais públicos e unidades da atenção primária;
- d) Promoção da publicação de normas de orientação clínica (procedimentos) a implementar em todos os hospitais;
- e) Adoção de critérios de seleção mais transparente dos gestores dos hospitais em função da sua experiência, mérito e conhecimentos na área da gestão e administração hospitalar;
- f) Desenvolvimento de um sistema de monitoramento que permite a comparação do desempenho hospitalar (benchmarking) com base em um conjunto de indicadores de acesso, eficiência e qualidade;
- g) Finalização da criação de um sistema de registros médicos eletrônicos;
- h) Promoção da interoperabilidade dos vários sistemas de informação de forma a comuniquem entre si nos hospitais e permitem a coleta de informações ao nível central pelo Ministério da Saúde.
- i) Desenvolvimento de um processo de reorganização e a racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência que permita reduções nos custos operacionais;
- j) Transferência de serviços hospitalares em ambulatório para as Unidades de Saúde Familiar;
- k) Publicação anual do inventário de todos os médicos no activo (por especialidade, idade, região, centro de saúde e hospital, no sector público e privado) dos restantes profissionais, identificando as existências as atuais e futuras necessidades;
- l) Desenvolvimento de regras para a mobilização de profissionais entre as várias regiões do país.



6 Serviços transversais

De forma transversal foi previsto no MoU a finalizar a criação de um sistema de registos médicos electrónicos dos pacientes. O quadro seguinte apresenta as medidas referidas de forma sumária em função do respetivo nível estrutural em que incidem:

- Nível da regulação e governação;
- Nível da organização;
- Nível da operação.

Quadro 1 - Síntese das medidas previstas no MoU

Nível	Medida	Prazo para Implementação
Regulação e Governação	Rever e aumentar as taxas moderadoras	[3T 2011]
	Reduzir deduções fiscais com despesas de saúde	[3T 2011]
	Alcançar um modelo autossustentável nos subsistemas públicos	[4T 2011]
	Avaliar as parcerias público privadas em saúde	[4T 2011]
	Estabelecer preço máximo do 1º genérico introduzido no mercado	[3T 2011]
	Aumentar a quota de mercado de genérico	[4T 2011]
	Implementar legislação que regula a atividade das farmácias	[4T 2011]
	Alterar cálculo das margens de lucro de distribuidoras e farmácias	[4T 2011]
	Adotar medidas para o aumento da concorrência entre prestadores privados (MCDT)	[4T 2011]
	Rever e alterar atual sistema de preços de referência com base nos preços praticados internacionalmente	[4T 2011]
	Introduzir a revisão periódica preços pagos a prestadores privados	[1T 2012]
	Tornar mais transparente o processo de nomeação de administradores hospitalares	[4T 2011]
Estabelecer um sistema de Benchmarking para comparar o desempenho e publicação de informação	[1T 2012]	
Organização	Elaborar um plano estratégico para a saúde	[4T 2011]
	Continuar a reorganização e racionalização da rede hospitalar	[2T 2012]
	Aumentar a cobertura na atenção primária	[3T 2011]
	Criar mais Unidades de Saúde Familiar	[3T 2011]
	Transferir serviços de ambulatório dos hospitais para as USF	[2T 2012]



	Atualizar inventário de médicos no ativo	[3T 2011]
	Preparar planos para gerenciamento das necessidades em recursos humanos	[1T 2012]
	Implementar um mecanismo que conduza a uma distribuição mais uniforme de médicos de família pelo país	[4T 2011]
	Criar programa com regras para aumentar a mobilidade e intercâmbio dos profissionais	[1T 2012]
Operação	Promover um sistema de compras centralizado	[3T 2011]
	Estabelecer um calendário para pagamento das dívidas a fornecedores	[3T 2011]
	Criar e apresentar um programa detalhado de medidas de redução de custos operacionais dos hospitais	[3T 2011]
	Implementar a obrigatoriedade da prescrição eletrônica	[3T 2011]
	Melhorar sistema de monitorização da prescrição e consumo de medicamentos	[3T 2011]
	Sensibilizar médicos para a prescrição menos dispendiosa	[3T 2011]
	Estabelecer e implementar regras claras sobre a prescrição de medicamentos	[4T 2011]
	Continuar a publicação de normas de orientação clínica	[3T 2011]
	Concluir um sistema uniforme de codificação de material médico	[4T 2011]
	Reduzir 1/3 dos custos com transporte de pacientes	[3T 2011]

Fonte: PwC (2013)

Além das medidas constantes do Memorando, o Programa do XIX Governo Constitucional previa medidas adicionais como (Portugal, 2011):

- a) Rever o sistema de preços e participação de medicamentos;
- b) Adequar preço da prestação de cuidados pelo Estado ao seu custo;
- c) Reforçar a atuação das Autoridades da Saúde no acompanhamento e monitoramento das entidades;
- d) Aplicar sistemas de vigilância epidemiológica;
- e) Atualizar o modelo de financiamento hospitalar;
- f) Avaliar a criação de centros hospitalares;
- g) Estabelecer uma rede de cuidados paliativos;
- h) Melhorar mecanismos de contratualização na atenção primária;
- i) Implementar totalmente a dispensa de medicamentos por unidade;
- j) Implementar um sistema de gestão comum de medicamentos;



- k) Introduzir liberdade de escolha do cidadão;
- l) Reduzir os tempos de espera;
- m) Promover a investigação clínica;
- n) Promover a cirurgia ambulatória;
- o) Desmaterialização dos processos administrativos;
- p) Implementação do cartão único;
- q) Garantir a acreditação em saúde;
- r) Criar uma agenda de cooperação em saúde com a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa.

Contestação e reações à política de austeridade

Um estudo realizado em 2015 por Fernandes (2015) destacou em suas conclusões que por força da criação de um serviço Nacional de Saúde permitiu corrigir as elevadas desigualdades que existiam na resposta em saúde nos anos 70, colocando o país ao nível das nações mais desenvolvidas da Europa e de todo o mundo. No seu trabalho, o autor destacou a importância da melhoria de três indicadores: a redução da taxa de mortalidade infantil que passou de 38 mortes por cada 1000 nascimentos para 2,9 e da expectativa média de vida que passou dos 68,4 anos para os 80,8. Porém apesar dos dados positivos a contestação e reação à política de austeridade foi muito criticada.

Em termos de contestação social, o período de austeridade foi muito criticado logo pelos profissionais de saúde e pacientes que, num estudo realizado por Correia et al. (2015) manifestaram toda a sua desmotivação pelo fato de perderem direitos e rendimentos. Alguns médicos embora preferissem ficar no SNS, emigraram devido à deterioração das condições de trabalho, falta de investimento, ausência de perspectiva de futura e decidiram emigrar para países como a França, Reino Unido e Alemanha. Por sua vez a insatisfação dos pacientes era manifestada pela redução da confiança no Serviço Nacional de Saúde.

Segundo Barradas e Nunes (2017, p. 937) refere que existe uma concepção prévia de que os funcionários públicos no setor foram "concebidos como os responsáveis pela situação, supostamente devido aos números "excessivos", à sua baixa produtividade e aos "privilégios" dos seus contratos de trabalho, como o nível de proteção social".

Um dos maiores manifestos realizados foi uma greve da classe médica em julho de 2012, que teve uma adesão estimada próxima dos 95% que tinha como principais objetivos: a defesa da profissão e a garantia de progressão na carreira e a oposição aos cortes no SNS (Barradas e



Nunes, 2017). Esta manifestação vai ao encontro da perspectiva de Stuckler e McKee (2012) que referiam na sua obra que os profissionais de saúde são fundamentais na luta contra os efeitos nefastos das medidas implementadas em tempo de crise.

A própria Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2013) e o Observatório Português do Sistema de Saúde (2012) contestaram o fato do Governo português implementar o dobro das medidas austeras na saúde que as previstas pela troika, pelo fato de se desconhecer os seus efeitos na população

No estudo promovido por Mckee et al (2012) que focou os efeitos da austeridade e por Nunes (2018), verificou-se que existe uma associação entre o fracasso da austeridade nos sistemas de saúde desde logo pelo aumento do número de casos de suicídio e, ainda, segundo Barros (2012) registrou-se uma deterioração do acesso ao sistema público de saúde.

Portugal, não prestou atenção no relatório emitido em 2011 pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), que alertou para o perigo da relação de causa efeito entre a crise financeira e a saúde mental, apresentando nesse seu relatório um conjunto de recomendações para os países lidarem com a saúde mental em tempo de crise financeira como são exemplo: a necessidade de incluir as políticas de saúde mental; a promoção e acompanhamento da população e a universalização da assistência em saúde mental na atenção primária e hospitalar sobretudo junto da população mais desfavorecida.

O OPSS (2014), concluiu que o período de crise foi uma oportunidade perdida para uma verdadeira reforma no Serviço Nacional de Saúde baseada na promoção do acesso, qualidade e com recurso a mecanismos de eficiência na utilização dos recursos. O mesmo documento criticou o amadorismo da implementação do programa de austeridade na saúde pelo fato de não serem precavidos os possíveis efeitos colaterais na vida e estado de saúde dos cidadãos.

Resultados: impactos das medidas no acesso, eficiência e qualidade

Os resultados das medidas implementadas (previstas no MoU e no Programa de Governo) em termos da redução dos custos do setor público da saúde foram positivos na perspectiva económico-financeira.

Para o cumprimento dos objetivos relacionadas com a redução da despesa contribuíram um conjunto de medidas promotoras de eficiência como:

- a) A redução efetiva da despesa dos hospitais (-200 M€) (embora a dívida dos hospitais não tenha sido toda liquidada);
- b) A redução das deduções fiscais com despesas de saúde (de 25% em 2010 para 10%);



- c) A redução em 1/3 dos custos com transporte de doentes;
- d) A nova política do medicamento - redução global dos custos com medicamento passando de 1,48% do PIB em 2010 para 1,20% em 2014; acordo com a indústria com o estabelecimento de um teto máximo de despesa de 2.000 ME; obrigatoriedade da prescrição eletrônica; limitação do preço máximo do medicamento genérico introduzido no mercado para 50% do valor do medicamento de marca passando; aumento da quota de mercado do medicamento genérico (31,4% em 2010 para 46,5% em 2014); a alteração dos países de referência para a definição de preços, passando a ser escolhidos anualmente os três países da Europa com os preços mais baixos. Contudo, a alteração do cálculo das margens de lucro de distribuidoras e farmácias não chegou a ser implementada; a auto sustentabilidade dos subsistemas públicos que viram a participação de cada beneficiário aumentar de 2% para 3,5% do seu salário mensal;
- e) A redução dos preços pagos a prestadores privados;
- f) O maior monitoramento com a criação de um sistema de benchmarking para comparar os resultados mensais dos hospitais que se manteve e se encontra disponível em: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/>;
- g) A promoção de um sistema de compras centralizado;
- h) O combate à fraude nomeadamente com a sua atuação no monitoramento das prescrições de medicamentos e exames; melhoria no modelo de financiamento dos hospitais e unidades de atenção primária com implementação de mais objetivos, respetivos incentivos e penalidades.

Outras medidas previstas ficaram aquém do esperado. Como exemplos pode-se referir o fato dos processos de nomeação de administradores não obedecer à meritocracia mas ainda num modelo partidário; a não adequação das necessidades atuais e futuras de profissionais de saúde nomeadamente médicos (planos para gerenciamento das necessidades em recursos humanos não realizados) e que pelo contrário emigraram em grande número fugindo do período de crise; o fato do processo de desmaterialização não ficar completo nem existir total interoperabilidade entre os sistemas de informação; a falta de avaliação aos hospitais em regime de parceria público-privada; a não concretização da transferência de serviços de ambulatório dos hospitais para as USF (não realizada); o fato do número de novas USF ficar aquém do esperado (existiam 320 em 2011 e 418 em 2014).



Contudo, em contrapartida do sucesso na política de contenção de custos, o impacto também se verificou em termos de acesso e qualidade. Verificaram-se impactos negativos no acesso resultante das medidas aplicadas, como exemplos é possível referir de acordo com 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):

- A maior dependência dos usuários do SNS que cancelou seus planos de seguro privado pois pelo fato de verem seus rendimentos baixarem e pela redução das deduções fiscais com despesas em saúde em sede de IRS (como referido passou de um total de 25% para 10%;
- O aumento das taxas moderadoras que limitou a capacidade de muitas famílias em acessar aos serviços de saúde (valor da consulta de hospital subiu de 4,6€ em 2011 para 7,75€ em 2013; consultas na atenção primária passou de de 2,25€ em 2011 para 5€ em 2013; episódios de emergência hospitalar passaram a custar 20,6€, enquanto em 2011 pacientes pagariam somente 9,6€;
- A falta de cobertura na atenção primária, existindo no final do período de austeridade (2014) um total de 1.478 milhões de usuários sem médico atribuído na atenção primária o que se deveu, em parte, ao fato de não se conseguir implementar um mecanismo que conduza a uma distribuição mais uniforme de médicos de família pelo país e ao insucesso programa de incentivos que objetivava o aumento a mobilidade e intercâmbio dos profissionais entre as várias regiões do país.
- Impossibilidade de pacientes recorrerem aos serviços de saúde pela falta de capacidade de pagar as deslocações (recorde-se que os custos com transportes foram reduzidos para 1/3);
- Não foram reforçados os meios de emergência médica pré-hospitalar;
- Realizadas menos consultas na atenção primária (em 2010 registavam-se 33.195 milhões de consultas e em 2014 um total de 29.765, portanto menos 10,3%);
- Faltou uma estratégia de apoio aos pacientes por meio da visita domiciliária;
- Não foram iniciados os processos de construção de novos hospitais muito necessários;
- Não foi realizada, como planejado, a reforma da saúde mental, o que em tempo de crise seria fundamental;

Porém, como pontos fortes destaca-se a melhoria do acesso ao medicamento de forma geral e, de forma particular, a medicamentos inovadores; foram dados os primeiros passos para



instituir uma rede de atenção paliativa; registou-se redução dos tempos e listas de espera e ainda foi promovida a cirurgia ambulatória que passou de 51,4% em 2011 para 57,4% do total de cirurgias.

Ao nível da qualidade foram dados passos muito positivos com reforço do poder das Autoridades de Saúde em termos do monitoramento de todas as entidades, foram produzidas normas de orientação clínica pela Direção Geral da Saúde; foi desenvolvido e implementado um processo de acreditação das unidades de saúde; aplicados sistemas de vigilância epidemiológica e ainda promovida a investigação clínica.

Discussão

No final do ano 2015 a após o término do Governo em funções, a Assembleia da República reagiu aos efeitos da austeridade e apoiou uma forma governativa socialista dando apoio Parlamentar.

Essa trajetória de recuperação, numa nova política de saúde iniciada em novembro de 2015 partiu de um conjunto de medidas por cada um dos eixos de reforma. Ainda não existam referências bibliográficas ou estudos que possibilitem uma discussão mais alargada, contudo recorrendo ao Programa do Governo e ao Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde (ACSS, 2017) faz-se uma relação entre as medidas previstas e as implementadas.

Considerando a falta de aposta na saúde pública e dada a necessidade de reestabelecer as falhas existentes junto da população devida à perda de recursos econômicos que provocaram uma degradação das condições de vida uma deficiência alimentar, o Governo implementou um conjunto de medidas integradas no Eixo I. Assim foi implementado um Programa Nacional para ações de Educação para a Saúde, Litrácea e Autocuidados, que apresenta um conjunto de boas práticas a adotar pela população; implementação de rastreamentos na atenção primária para câncer do colón e reto; Desenvolvido um Registo Oncológico Nacional (registro de todos os tipos de câncer e respetivos tratamentos aplicados); foi iniciado um o Programa de Promoção da Saúde Mental (necessário em período de crise); atualizado o Programa Nacional de Vacinação e desenvolvida uma estratégia para o envelhecimento ativo (ACSS, 2017).

Quanto à desigualdade do acesso, o Eixo 2 do programa do Governo tinha com objetivo reverter os problemas do acesso criados em período de austeridade. Como medidas emergentes realizou-se uma redução em 25% dos valores das taxas moderadoras (aumentadas por indicação da troika) e aumentados os regimes de isenção (ofertas das taxas para dadores de sangue, dadores de células e tecidos e bombeiros); foi reposta a gratuidade do transporte dos pacientes;



foram introduzidos tempos máximos de resposta para todas a assistência realizada pelo SNS; reforçada a capacidade de respostas dos meios de emergência médica em todo o país (ACSS, 2017).

Considerando o cidadão como peça central do sistema de saúde, o terceiro eixo apresentou medidas que promoviam o reforço do poder do cidadão, envolvendo-os nos processos de decisão e dando voz às suas vontades. Assim foi implementada a livre escolha que permite ao paciente escolher o hospital em que prefere ser assistido dentro das disponibilidades e tempos de espera existentes (ACSS, 2017).

No campo da atenção primária, o eixo 4 previa um conjunto de medidas estruturais para dar continuidade a uma reforma da atenção primária iniciada em 2006 e interrompida em 2011 e que objetivava a atribuição de médico a todos os cidadãos e a criação de USF em todo o país perspectivando-se assim uma assistência de proximidade controlando de melhor forma os pacientes com hipertensão, diabetes e doença oncológica. Também foi objetivo dotar a atenção primária com maior resolubilidade com novas respostas complementares. No cumprimento desses objetivos está em curso a construção/remodelação de 90 centros de saúde, já criadas 50 USF das 100 previstas até final de 2019; foi já atribuído médico de família a mais de 700.000 cidadãos (ficando a faltar 700.000 até final de 2019 para cobrir todo o país); ampliada a capacidade de assistência com criação de consultórios de saúde oral, implementados exames de diagnóstico (análises clínicas, radiologia, espirometrias e exames cardíacos- ECG, doppler, holter) na atenção primária (ACSS, 2017).

Na assistência hospitalar, o quinto eixo previa medidas que promoviam a organização interna dos hospitais (criação de centros de responsabilidade integrada e reorganização dos serviços com maximização da capacidade instalada) e de cooperação entre as várias unidades em todo o país para garantir a assistência ao cidadão. Assim verificou-se uma melhoria na capacidade de resposta, registrando-se excelentes resultados (aumento do número de cirurgias com destaque para a cirurgia ambulatorial que atingiu 62% (maior número de pacientes operados), uma redução global do número de pacientes em lista de espera e uma redução do tempo de espera. Foi também realizado o maior número de consultas de especialidade). Quanto à articulação com outros hospitais foram assinados protocolos de colaboração e reconhecidos centros de excelência em determinadas atividades (ACSS, 2017).

Uma outra área que foi agravada em período de austeridade e que não foi alvo de reforma foi a atenção pós hospitalar (reabilitação) e a atenção paliativa. Assim, no eixo VI o Governo se comprometeu a melhorar essas respostas. No cumprimento desse compromisso foi



reforçada a capacidade de resposta com mais 860 leitos para internação e criados; desenvolvida uma resposta em saúde mental no domicílio e em regime ambulatorial; criada a rede nacional de cuidados paliativos e integradas equipas hospitalares de suporte à internação e domicílio.

O sétimo eixo incluiu uma área muito sensível que se relaciona com a gestão dos recursos humanos. Durante os 4 anos de crise, milhares de profissionais de saúde que saíram do SNS (por emigração ou aposentadoria) não foram substituídos, gerando um défice. Os restantes estavam desgastados, desmotivados e desiludidos pelo fato de durante o período de crise serem obrigados a trabalhar mais 20h mês e não receberem o valor das horas extra na sua totalidade. Assim, de acordo com a nova política para a saúde, foram terminados os contratos precários passando a ser sem termo; reposto o horário de trabalho de 35h semanais; devolvido o pagamento de horas extra; contratados já cerca de 9000 profissionais de saúde e desenvolvidos incentivos para colocação de médicos em regiões mais carenciadas; foram revistas carreiras (farmacêuticos, técnicos de diagnóstico) (ACSS, 2017; 2018).

No campo da promoção da eficiência (eixo 8), foi dada continuidade a algumas das medidas iniciadas em período de austeridade, como a política o medicamento (reforçados os acordos, mantidos os objetivos de promoção de medicamentos genéricos, reforçado o acesso a medicamentos inovadores, revistos preços de referência e instituída uma remuneração às farmácias pela dispensa de medicamentos de menor valor; reduzidos os encargos para os pacientes); o combate à corrupção e ao desperdício (prescrições totalmente sem papel; monitoramento dos médicos que prescrevem); a promoção da transparência na prestação de contas (com o objetivo de melhorar a informação clínica e a transparência foi uma das prioridades que se materializou com a criação do portal do SNS, com a disponibilização online dos tempos de espera e dos resultados do desempenho do SNS (<https://www.sns.gov.pt/>) e ainda o desenvolvimento dos sistemas de informação (sistemas e tecnologias de informação e comunicação desenvolvidas e com interoperabilidade entre várias unidades no SNS; reforço do investimento em equipamentos; início dos processos para construção de cinco novos hospitais; melhoria dos modelos de contratualização (com incentivos ao bom desempenho e boas práticas (adequada resposta assistencial, cumprimento dos tempos de resposta) e com penalização por maus indicadores de qualidade) (ACSS, 2017).

Por fim, o novo governo dedicou o seu nono e último eixo, mas não menos importante, à qualidade. Assim, promoveu medidas de valorização de boas práticas e de garantia da segurança dos pacientes, com emissão de várias normas de orientação clínica (dando continuidade aos processos do período de austeridade); deu início aos processos de criação de



modelos para avaliação das tecnologias de saúde e promoveu (também em perspectiva de continuidade) o desenvolvimento de processos de acreditação de unidades de saúde pelas autoridades de saúde, no caso a Direção Geral da Saúde (ACSS, 2017).

Não existem ainda estudos comparativos que permitam uma discussão mais alargada sobre os impactos e resultados das medidas aplicadas em período de crise e pós crise. Porém, o recente Relatório do Acesso aos Cuidados de Saúde 2017 produzido pelo Ministério da Saúde (MS, 2018) comprova as melhorias do Serviço Nacional de Saúde e o cumprimento de todo o Programa do Governo, registrando melhoria no acesso, eficiência e qualidade com a maior contratação de recursos humanos de saúde de sempre com mais de 8000 novos profissionais.

Considerações finais

No campo da saúde, o Serviço Nacional de Saúde em Portugal, reconhecido como um dos melhores do mundo foi posto à prova com um conjunto de medidas de austeridade que promoveram uma redução de custos sem ter em conta os efeitos que poderiam ter na saúde da população, o que se concretizou com o agravamento da saúde dos portugueses, o que é retratado nos relatórios de várias entidades como o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2014), que refere aumento de doenças infecciosas, respiratórias e mentais e, num recente estudo de Barradas e Nunes (2017) que refere os efeitos nefastos da austeridade na doença oncológica. Esses dados demonstram que foi ignorado um princípio do Tratado de Maastricht (1992), que referia o facto de que antes da implementação de uma política devem ser sempre considerados os seus possíveis efeitos e impactos na saúde (Treaty on European Union, 1992).

O debate sobre o impacto da crise na saúde gerou discussão. Por um lado, o SNS conseguiu resistir, mas passou por período de dificuldade com problemas de acesso e ausência de investimento (Nunes, 2016), tendo segundo o OPSS (2016), o sector privado aumentado seus lucros e ganhando novos profissionais que saíram do SNS.

Independentemente das opiniões, de acordo com o explanado no presente trabalho, verificou-se que todos os processos e avanços ocorridos durante décadas no SNS sofreram o efeito da crise que atuou sobre questões de redução de custos e não realizou uma adequada definição de políticas públicas de futuro para a saúde. No campo da eficiência é reconhecido o sucesso das medidas implementadas no setor farmacêutico e no combate à corrupção. Ao nível da qualidade houve uma preocupação na sua avaliação e na disseminação de boas práticas por meio da emissão de normas de orientação clínica e também ao nível do monitoramento com ações de inspeção e ainda pelo incentivo à acreditação que foi bem-sucedida e continuada nos



anos seguintes. Contudo, foi no campo do acesso que se verificam os piores resultados e a maioria das críticas pois as necessidades em saúde aumentaram (devido ao desemprego, crescimento doença mental, má alimentação) e a capacidade de resposta em saúde diminuiu devido à redução no orçamento disponível, à falta de medidas transformistas e à ausência de profissionais de saúde em número suficiente (grande parte emigrou, outros foram para o setor privado e outros se aposentaram).

Pelo exposto, a austeridade fez com que se gastassem de pior forma os recursos empurrando as reformas da saúde. Esse fato não pode ser associado ao Ministério da Saúde ou a qualquer das suas organizações, pois o problema resultou de forma transversal pela aceitação dos termos do memorando de entendimento, que na verdade foram produtivos em termos de eficiência.

No novo período, após crise, mas ainda com limitações financeiras e sob o olhar atento de toda a Europa, Portugal desenvolveu uma estratégia que objetivou a recuperação do acesso mantendo a qualidade e a eficiência gerada no sistema e também a continuidade do desenvolvimento ascendente do setor que foi interrompido em 2011. Porém, o panorama a essa data (2016) estava dificultado por anos de desinvestimento (unidades a precisar de reformas urgentes nas suas estruturas e equipamentos obsoletos com necessidade urgente de substituição) e pela saída do país de milhares de profissionais.

Como era urgente recuperar a credibilidade e a originalidade do SNS, as medidas definidas pelo novo Governo para promover a recuperação do Serviço Nacional de Saúde foram ajustadas às áreas prioritárias de atuação, tendo sido definidos nove eixos de atuação cuja execução apresentada no presente artigo demonstra uma trajetória positiva com avanços na capacidade de resposta e com a construção de uma verdadeira reforma a pensar no presente e preparando o futuro próximo. Porém, muito há a fazer para tornar a colocar o Serviço Nacional de Saúde português no topo das avaliações dos sistemas de saúde.



Referências

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2018). *Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Barradas, C., Nunes, J. (2017). A virada austera: o declínio do acesso à saúde e da qualidade de atendimento para pacientes com câncer em Portugal. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, 24(4), 933-951.
- Barros, P. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, 106(1), 17-22.
- Campos, A., Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Carmo, I. (2012). A Troika, o memorando e os serviços de saúde. In Carmo, I. (Org). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, a crise e os desafios* (pp. 85-90). Coimbra: Almedina.
- Correia, T., Carapinheiro G., Silva, J., & Vieira, J. (2015). *O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos*. Lisboa: ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos.
- EUROSTAT Database (2017). GDP and main components (output, expenditure and income): Gross domestic product iat market places. Disponível em: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nama_10_gdp&lang=en. Acesso em: 01 maio. 2018.
- Fernandes, A.C. *A Combinação Público-Privado em Saúde: impacto no desempenho do sistema e nos resultados em saúde no contexto português*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. 2015.
- Karananikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J., Mckee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(13), 1323-31.
- Mckee, M., Karanarankolos, M., Belcher, P., Stuckler, D. (2012) Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, 12(4), 346-350.
- Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality (MoU) (2011). Disponível em: http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf. Acesso em: 05 maio. 2018.
- Nunes, A. (2016). Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. 2016.
- Nunes, A. (2017). Direito à saúde em Portugal - delimitação jurídica do SNS. *Revista Brasileira de Direitos Fundamentais e Justiça*, 11(37), 17-34.



Nunes, A. (2018). Suicídio em Portugal um retrato do país. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(1), 25-33.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2013). *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?* Paris: OECD Publishing.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhaga: World Health Organization.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012). *Crise e saúde: um país em sofrimento: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf. Acesso em: 10 abr. 2018.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2013). *Duas faces da saúde: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf. Acesso em: 15 abr. 2018.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2014). *Saúde: síndrome de negação: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2015). *Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? Relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2016). *Saúde: procuram-se novos caminhos: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf. Acesso em: 15 abr. 2018. 2016.

PORDATA Database (2017). *European Household panel - European Statistics on Income and Living Conditions*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Acesso em: 25 abr. 2018.

Decreto de 10 de abril de 1976. Constituição da República Portuguesa. *Diário da República n.º 86/1976*, p. 738-775.

Lei nº56/79, de 15 de setembro. Cria o Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 214, Série I*, p. 2357 - 2363.

Lei Constitucional n.º 1/89 de 8 de julho. Segunda revisão da Constituição. *Diário da República n.º 155/1989, 1º Suplemento, Série I*, p. 2734-(2) a 2734-(69).



- PORTUGAL (2011). *Programa do XIX Governo Constitucional*. Disponível em: https://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf. Acesso em: 12 maio.2018.
- PORTUGAL (2015). *Programa do XXI Governo Constitucional*. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>. Acesso em: 12 maio.2018.
- PricewaterhouseCoopers (PwC) (2011). *MoU e Programa do Governo: as medidas para o Sector da Saúde*. Disponível em: https://www.pwc.pt/pt/saude/images/pwc_troika_saude.pdf. Acesso em: 16 maio.2018.
- Simões, J., Augusto, G., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal. Health systems review. *Health Systems in Transition, 19*(2), 1-211.
- Stuckler, D., & Mckee, M. (2012). There is an alternative: public health professionals must not remain silent at a time of financial crisis. *European Journal of Public Health, 22*(1), 2-3.
- União Europeia (1992). *Tratado da União Europeia (Tratado de Maastricht)*. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:11992M/TXT>. Acesso em: 15 maio. 2018.
- União Europeia (2010). *Regulamento do Conselho (UE) n. ° 407/2010 de 11 de maio de 2010, que estabelece o Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira (European Financial Stabilisation Mechanism — EFSM)*. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=LEGISSUM%3Aec0009>. Acesso em: 15 maio.2018.