

Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal

Contribution for a historical overview on health planning in Portugal

Jorge Simões

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHM, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
jsimoes@ihmt.unl.pt

Paulo Ferrinho

Diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Resumo

Este texto pretende constituir um contributo para a história do planeamento da saúde, com base numa revisão sumária da literatura publicada sobre o tema. Descreve-se a emergência e a evolução do planeamento, os agentes responsáveis, os principais temas abordados, a sua integração com o planeamento multisectorial e os principais marcos teóricos orientadores da prática.

Esta revisão identifica a evolução do processo de planeamento em saúde, que progrediu para um planeamento orientado para os ganhos em saúde e, mais recentemente, para o reconhecimento de que os determinantes da saúde devem ser abordados em todas as políticas.

Assim, faz-se o percurso do planeamento da saúde, em Portugal, desde o Estado Novo até à atualidade, com enfoque nos principais documentos que são publicados desde o final da década de noventa do século passado: “Saúde um compromisso 1998-2002”, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, os cuidados de saúde transfronteiriços, o planeamento da rede hospitalar e os equipamentos médicos pesados.

Constata-se que o planeamento tem assumido, em Portugal, contornos contraditórios: por um lado apresenta bons documentos técnicos, com adequadas metodologias e contemplando áreas do saber que vão para além do que tradicionalmente a saúde abarca, mas, por outro lado, a execução dos planos tem-se mostrado débil, em especial na área hospitalar com diversos normativos aprovados em diversos ciclos políticos sem continuidade e sem execução efetiva.

Palavras Chave:

Planeamento em saúde, planeamento estratégico, ciclos políticos.

Abstract

This article intends to give a historical overview on health planning in Portugal, based on a literature review. It describes the emergence and evolution of health planning, planning agents, main issues, integration in strategic multisectorial planning and the most important theoretical guidelines. This review identifies the health planning process evolution, which evolved to a strategic planning health gains oriented and, most recently, towards an acknowledgement that health determinants must be addressed in all policies.

This review will take us on a historical journey from the dictatorship period to the present day, with special attention to some strategic planning documents and analysing how political cycles often negatively influence the practical implementation on health planning strategies.

Key Words:

Health planning, strategic planning, political cycles.

Planeamento da saúde no Estado Novo

Os grandes investimentos públicos constavam, desde o final dos anos setenta do século passado, de planos anuais designados como PIDDAC (Plano de Investimentos e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central), que foram antecedidos pelos Planos de Fomento: o primeiro Plano de Fomento cobriu o período entre 1953 e 1958; o segundo abrangeu os anos de 1959 a 1964; um Plano Intercalar de Fomento foi criado para os anos de 1965 a 1967; o terceiro Plano de Fomento aplicou-se ao período compreendido entre os anos de 1968 e 1973; finalmente, o quarto Plano de Fomento, para 1974 a 1979, não chegou a ser executado (Giraldes, 1984; Lains, 1994; Ceiros, 2005)¹.

A saúde é, pela primeira vez, incluída, na década de 60, num plano de fomento, sob a responsabilidade da Presidência do Conselho de Ministros, e só em 1968 surge uma estrutura orgânica do planeamento, quando foi formalmente constituída a tutela ministerial neste campo, integrada na Presidência do Conselho de Ministros, através de um subsecretário de Estado do Planeamento (Lopes, 1987; Brissos 2004).

Em 1958, nascera o Ministério da Saúde e Assistência, que recebeu do Ministério do Interior os Serviços de Saúde Pública e os Serviços de Assistência Pública, mas apenas tinha a seu cargo a execução da política de proteção da saúde na parte não assegurada pelos serviços dependentes da Previdência, integrados no Ministério das Corporações e Previdência Social, e com escassos resultados até ao final da década de sessenta (Lopes, 1987).

Depois da substituição de António de Oliveira Salazar por Marcello Caetano, em 1968, inicia-se o terceiro Plano de Fomento, que considera como prioritários três sectores de atividade - a saúde, a agricultura e a educação. A prioridade que se lhes concede resulta diretamente das carências graves com que se defrontam. Particularmente no caso da saúde, a prioridade justificava-se como um sector «de relevância essencial e que pode dizer-se (é) o alicerce por excelência do próprio processo de desenvolvimento económico, pois o homem está no principio e no fim de todo este processo» (Caeiro, 2005).

Baltazar Rebelo de Sousa, Ministro da Saúde e Assistência entre 1970-1973, apoiado por Francisco Gonçalves Ferreira, Secretário de Estado da Saúde e Assistência, e por Arnaldo Sampaio, chamado em 1970 a dirigir o recém-criado Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência, promove a publicação dos Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento, em 1971, que consistiram num minucioso diagnóstico da situação de saúde do país, marcando, de forma consistente, uma época no domínio do planeamento da

saúde em Portugal. Esta equipa dirige, em 1971, uma reforma que estabelece o novo Sistema Nacional de Saúde, como um sistema unificado de saúde (com uma componente pública e outra privada, incluindo as Misericórdias), integrando os Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. Os princípios fundamentais que regem a nova organização incluem o direito à saúde de todos os portugueses, sem qualquer discriminação, e o planeamento global de todas as atividades para melhor aproveitamento dos recursos existentes.

O fim do Século XX

Nas décadas de 70 e 80, os Planos de médio prazo (1977-1980 e 1979-1984) não passaram da fase de elaboração, mas os PIDDAC passaram a contemplar planos anuais para grandes investimentos públicos na Saúde. Este planeamento esteve centrado no Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS), serviço central do Ministério da Saúde, extinto em 1997, responsável pela regulamentação, estudo, conceção, planeamento, programação, consultadoria na área de política e administração de saúde e de apoio técnico à cooperação internacional; era dirigido por um diretor-geral, coadjuvado por um subdiretor-geral.

A partir de 1978, com base nas estruturas distritais, foi dinamizada a definição de circuitos funcionais para a elaboração dos planos aos vários níveis e a articulação com sectores que condicionam ou determinam o estado de saúde das populações. A metodologia adotada, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sob a designação de *country health program*, recebeu em Portugal o nome de «planeamento integrado de saúde» e foi utilizada na elaboração dos Planos para Trás-os-Montes, Viana do Castelo, Alentejo e Castelo Branco. Assentava numa visão multisectorial dos problemas da região, num processo participado envolvendo autarquias e responsáveis locais dos serviços e de instituições representativas da população e centrado numa unidade geográfica e funcional bem definida. Na programação, procurou-se uma integração multisectorial com a segurança social, educação e desporto. Embora os planos atrás referidos constituam experiências que assumiram algumas características de um processo descentralizado, com discussão local dos problemas, o processo, porém, não garantiu o compromisso intersectorial dos vários atores para a execução do Plano, não permitindo a criação das condições para alcançar a resolução ou redução dos problemas de saúde específicos da região (Brissos 2004).

Em meados dos anos 90, o planeamento estratégico constituiu uma tentativa para conseguir melhores re-

sultados, porque se equacionam as potencialidades e fraquezas do sistema, enquadradas num determinado contexto. Como exemplo, aponta-se a Estratégia Regional de Saúde para o Alentejo, de 1997, segundo o modelo de Bryson, que tem por base o estudo do ambiente interno, através da análise dos mandatos, missões e valores da organização, e do ambiente externo, mediante o conhecimento das forças/tendências dos utentes e dos parceiros. Este modelo foi complementado com o de *Backoff*, que contribuiu para o estudo da situação corrente e definição de perspetivas de evolução futura. Pretendia-se alcançar ganhos em saúde através de menores taxas de mortalidade, de morbilidade e de melhor acompanhamento dos grupos de risco (aumentar anos à vida e vida aos anos) (Brissos 2004).

A transição para o Século XXI

A partir da década de 90, importantes documentos são preparados a nível nacional, assumindo-se como textos estratégicos nacionais para a saúde.

Em primeiro lugar o documento “Saúde um compromisso 1998-2002” (Ministério da Saúde, 1999). Este texto apresenta um conjunto relevante de qualificativos: o respeito pela cultura nacional; a consideração de cenários alternativos; o foco progressivo em assuntos-chave; a criação de uma equipa nuclear restrita; a discussão pública durante três meses; a mobilização de apoio político; o balanço entre perspetivas políticas e técnicas; o processo negociado; a aprendizagem continuada; um processo bem documentado (Craveiro e Ferrinho, 2001). A responsabilidade pela elaboração deste documento coube à Direção Geral da Saúde (DGS), após a extinção do DEPS.

O documento constituiu um guião para importantes inovações introduzidas neste período nas políticas de saúde, de que se destacam como mais significativas:²

1. O incentivo a maior produtividade e satisfação dos clínicos gerais, através de um novo regime remuneratório experimental, que tinha em consideração as condições do desempenho profissional;
2. A maior desconcentração no planeamento e controlo das unidades de saúde, através da criação das agências de contratualização, no âmbito das administrações regionais de saúde;
3. A criação de um *tertium genus* na gestão hospitalar, com o novo estatuto jurídico do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, a que se seguiram a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio, adotando regras privadas na gestão de recursos humanos e na contratação de bens e de serviços, mas mantendo, o Hospital, estatuto e gestão públicos.

Em segundo lugar, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004).

Este Plano, igualmente coordenado pela DGS, recebeu, desde a sua preparação inicial, o apoio da OMS Europa (Carrolo *et al*, 2004), foi fortemente influenciado pela estratégia de saúde da Irlanda, a sua metodologia compreendeu iniciativas diversas sobre temas específicos e em diversos pontos do país, incluindo um fórum nacional, e culminou com a publicação de um “documento mártir”, em discussão pública durante um ano, tendo sido consultadas mais de seis centenas de organizações e recebidos mais de uma centena de contributos escritos.

As estratégias gerais do Plano centravam-se em *settings* – escola, locais de trabalho, prisões – e as estratégias para obter mais saúde para todos centravam-se na família, no ciclo de vida e na gestão integrada de doenças prioritárias. Na operacionalização, optou-se pela criação de um elevado número de programas, incluindo quatro programas verticais nacionais sobre VIH/SIDA, doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e saúde mental. Houve uma boa monitorização das metas, mas sem reação atempada aos desvios observados em relação à evolução planeada (Ministério da Saúde, 2010).

Chamada a avaliar este Plano, a OMS Europa concluiu que o PNS tinha sido bem recebido e tinha conseguido um consenso alargado sobre as prioridades em saúde, bem como permitiu um referencial alargado e organizador para as atividades do sistema de saúde; porém, o PNS não terá estabelecido uma ligação forte com instrumentos de governação, em especial a contratualização e a regulação do sistema de saúde (WHO, 2006; WHO, 2010).

Em terceiro lugar, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (Ministério da Saúde, 2010 b).

Os objetivos centrais deste Plano consistiam em maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade e cidadania.

A responsabilidade pela elaboração do Plano coube ao recém-criado Alto Comissariado da Saúde, com dois coordenadores, um gabinete técnico e vários grupos de trabalho temáticos; foram estabelecidos pontos focais em diversos departamentos ministeriais e envolvidos consultores nacionais e internacionais.

Em suma, procurou-se obter conhecimento e análise técnicos muito aprofundados relativamente a cada um

1 - Para mais desenvolvimentos sobre planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais, ver Sena, Ferrinho e Miguel, 2006.

2 - Para mais desenvolvimentos sobre políticas da saúde em Portugal, ver Campos e Simões 2011.

dos problemas tratados e um envolvimento e participação de amplos sectores da sociedade e do Estado.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 foi alargado até 2020 e define quatro eixos estratégicos principais para orientar as políticas de saúde em Portugal: cidadania em saúde, equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade na saúde e políticas saudáveis.

O Plano assume como metas principais a redução da mortalidade prematura, o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos e a redução de fatores de risco para doenças não transmissíveis como o tabagismo e a obesidade infantil (Beja *et al*, 2014).

O Plano visa o envolvimento dos sectores público, privado e social, com vista a atingir os objetivos e obter ganhos de saúde para a população, assegurando a equidade, a qualidade e a sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

Uma mudança significativa ocorreu com a extinção, em 2012, dos quatro programas verticais nacionais, que foram substituídos por programas de saúde prioritários. Estes resultaram da reorganização dos programas nacionais existentes, priorizando as principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal, bem como os fatores de risco prevalentes na população, como as doenças respiratórias, diabetes *mellitus*, resistência aos antimicrobianos, o excesso de peso, o tabagismo e o sedentarismo. Cada programa de saúde prioritário é organizado de acordo com as estratégias nacionais de saúde, constantes do Plano Nacional de Saúde, e tem um horizonte de quatro anos.

Com base nestas estratégias nacionais, foram elaboradas 39 estratégias locais de saúde centradas nos ACES (Ministério da Saúde, 2015).

Em quarto lugar os cuidados de saúde transfronteiriços.

A mobilidade nunca foi uma questão relevante no sistema de saúde português. Algumas populações que habitam perto da fronteira com Espanha utilizam unidades de saúde espanholas, mais por causa da proximidade do que por falta de acesso em Portugal. No ordenamento jurídico da União Europeia já se previam algumas situações de prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, nomeadamente as emergências médicas ocorridas no estrangeiro. Para situações programadas excecionais, para as quais não existe resposta adequada no SNS, o Ministério da Saúde pode autorizar a prestação de cuidados de saúde fora do país.

Porém, o que obrigará a um diferente planeamento dos cuidados de saúde, em Portugal, bem como nos outros países da UE, é a nova realidade criada pela Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabelece regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União

Europeia, a assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça e a promover a cooperação entre os Estados-membros em matéria de cuidados de saúde.

Posteriormente, foram aprovados vários diplomas legais com o objetivo de definir os papéis a desempenhar por cada órgão do Ministério da Saúde, relativamente à prestação de cuidados de saúde transfronteiriços. Assim, o Despacho n.º 11712/2014, de 19 de Setembro, designa o INFARMED como autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde; o Despacho n.º 11713/2014, de 19 de Setembro, designa a ACSS como Ponto de Contacto Nacional; o Despacho n.º 11778/2014, de 22 de Setembro, define requisitos para o reconhecimento das receitas de dispositivos médicos emitidas noutro Estado-membro; o Despacho n.º 11779/2014, de 22 de Setembro, designa os SPMS como autoridade responsável pela *eHealth*; a Portaria n.º 191/2014, de 25 de Setembro define os cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia.

Atendendo às regras definidas na citada Diretiva, a garantia do acesso deve implicar a superação de barreiras financeiras, linguísticas e culturais, de mobilidade física, informacionais, barreiras de proximidade geográfica, administrativas e na continuidade de cuidados.

Porém, o âmbito dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia é considerável, o que diminuirá, certamente, os ganhos pretendidos no acesso a cuidados de saúde transfronteiriços. Assim, a mobilidade de doentes portugueses na procura de cuidados de saúde noutro Estado-membro da UE deverá continuar a ser escassa.

Ainda assim, para além de se estabelecerem novas regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, a Diretiva incentiva a cooperação entre os Estados-Membros em matéria de cuidados de saúde.

Em quinto lugar, o planeamento da rede hospitalar.³

A procura da racionalidade e da eficiência tem conduzido, ao longo dos anos, a diversos modelos de coordenação dos hospitais ou de regionalização hospitalar.

Desde logo, a publicação da Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, permitiu estabelecer as bases da organização hospitalar, ao dividir o território nacional em zonas, regiões e sub-regiões, definindo as responsabilidades de cada nível de organização e o elenco do tipo de hospitais que deveria existir em cada zona. Em 1959, são criados os órgãos de administração regional que faltavam na legislação de 1946 - as comissões inter-hospitalares de Lisboa e do Porto - e, em 1961, a de Coimbra.

A atual organização e planeamento da rede hospitalar é, nas suas linhas fundamentais, a que foi definida pelo Estatuto Hospital de 1968 e as iniciativas posteriormente surgidas não passaram de tentativas. E as tentativas foram várias.

Em 1986, foram publicados quatro despachos com as regras sobre a hierarquização e o dimensionamento dos hospitais públicos.

O Despacho n.º 10/86, de 5 de maio, anunciava o estabelecimento de uma Carta Hospitalar Portuguesa, com a definição das regiões hospitalares, da hierarquização dos serviços em cada região e a publicação de normas definidoras de valências básicas, não básicas, intermédias, complementares e altamente diferenciadas, que acompanhariam a classificação dos hospitais.

A Carta Hospitalar identificava como únicas influências válidas para a planificação, a construção e o apetrechamento em recursos humanos e materiais, as derivadas dos critérios técnico-científicos aceites na comunidade internacional e adaptados à realidade portuguesa por técnicos qualificados de planeamento.

Este Despacho definia o hospital de nível 1, que correspondia ao conjunto de 23 hospitais distritais antes designados por concelhios, com o seguinte leque de valências a incluir no internamento: medicina, cirurgia geral, obstetrícia/ginecologia e pediatria, e com uma unidade de urgência - Serviço de Atendimento Permanente - da responsabilidade de clínicos gerais.

Foi publicada, depois, uma lista de hospitais que passaram a ser classificados no nível 1 e o Despacho n.º 23/86, de 16 de julho, caracterizava e definia o seu âmbito, estabelecia o *ratio* de camas/habitantes, apontava os limites da dimensão do respetivo internamento e definia o número de médicos necessários por serviço, para cada uma das quatro valências, bem como para as duas que lhes são complementares – a neonatologia e a anestesiologia.

O Despacho n.º 32/86, de 5 de setembro, definia a organização dos hospitais de nível 2, 3 e 4, no que respeita ao internamento, à consulta externa, à urgência e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Finalmente, o Despacho n.º 36/86, de 3 de novembro, caracterizava as valências intermédias, diferenciadas e altamente diferenciadas, utilizando-se processo idêntico ao utilizado para as valências básicas.

Trata-se de um estudo da maior importância que limitou, porém, o seu impacto aos hospitais de nível 1: em relação a estes não se colocavam dúvidas ou não se suscitavam polémicas quanto à sua classificação. O mesmo se passaria em relação aos hospitais de nível 4, os centrais; porém, para os restantes, as administrações dos hospitais, as autarquias, as forças partidárias e as associações locais cedo reivindicaram para cada um dos seus hospitais o nível 3 – o mais diferenciado e aquele que, aparentemente, conferiria maior prestígio e estatuto social e profissional aos seus profissionais.

Decorridos doze anos, publicou o Governo, em 1998, a “Carta de Equipamentos de Saúde”, documento mais vasto que os diplomas de 1986 pois incluía a definição e

caracterização dos serviços de saúde primários e, para os hospitais, a definição, caracterização, níveis de implantação, hierarquização técnica e área de atração e classificação das valências/especialidades, destacando a baixa produtividade observada na utilização dos equipamentos instalados no SNS.

Para os hospitais previam-se quatro níveis:

- O hospital local, destinado fundamentalmente a convalescentes e doentes de doença prolongada, deveria integrar-se no hospital de agudos da sua área;
- O hospital distrital, localizado, em princípio, na sede do distrito, servindo todo o distrito ou um grupo de concelhos, no caso da população ser muito superior à que estava na base deste tipo de hospital - cerca de 150 000 habitantes -, deveria dispor de todas as valências básicas⁴ e, eventualmente, de algumas das intermédias⁵;
- O hospital regional, a criar nas sedes das regiões de saúde, para uma população de cerca de 800 000 habitantes, deveria dispor de todas as valências básicas e intermédias e poderia manter as valências diferenciadas⁶ que a sua área de influência justificasse;
- O hospital central localizar-se-ia em Lisboa, Porto e Coimbra, com todas as valências que um hospital de referência deveria dispor.

Mas também este estudo não provocou qualquer alteração no ordenamento hospitalar português.

Em 2014, o Governo publica a Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril, na qual os hospitais são classificados de acordo com os serviços que oferecem:

O Grupo I inclui hospitais que oferecem algumas valências médicas e cirúrgicas; podem estar disponíveis outras valências (e.g. oncologia, hematologia, medicina nuclear), de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência. A rede nacional e referência é estabelecida pela ACSS, através de um processo complexo, o que torna a sua revisão difícil. Define o hospital onde um doente é assistido, por especialidade e região do país.

O Grupo II inclui hospitais que oferecem valências médicas e cirúrgicas, incluindo as que não são oferecidas pelos hospitais do Grupo I; os hospitais deste grupo não exercem as valências de farmacologia clínica, genética

3 -Para mais desenvolvimentos sobre planeamento hospitalar ver Simões, 2004.

4 - As valências básicas propostas eram as seguintes: medicina interna, cirurgia geral, pediatria e neonatologia, obstetrícia e ginecologia, ortopedia, medicina física e de reabilitação, imagiologia, imuno-hemoterapia, patologia clínica, anatomia patológica, estomatologia e psiquiatria.

5 - As valências intermédias eram as seguintes: gastroenterologia, urologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia e venereologia, pneumologia, infecciosologia, neurologia, nefrologia, endocrinologia, imuno-alergologia, oncologia médica, pedopsiquiatria e reumatologia.

6 - As valências diferenciadas eram as seguintes: cardiologia de intervenção, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorácica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia vascular, genética médica, hematologia clínica, medicina nuclear, neurocirurgia, neurorradiologia e radioterapia.

médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardio-torácica e cirurgia pediátrica.

O Grupo III inclui hospitais que oferecem todas as valências médicas e cirúrgicas, incluindo áreas de maior diferenciação que não são oferecidas pelos hospitais do Grupo II.

O Grupo IV inclui hospitais especializados em oncologia, medicina física e de reabilitação, e psiquiatria e saúde mental.

Em sexto lugar, “os equipamentos médicos pesados”.

A preocupação de regular a instalação de “equipamento médico pesado” surge em 1988, com a publicação do Decreto-lei n.º 445/88, de 5 de dezembro, que pretendia, em especial, controlar a expansão do sector privado nesta área, impondo a todos os agentes – públicos e privados – a aplicação de *ratios* de habitantes por equipamento. Esta solução não deixou de ser criticada porque a inovação tecnológica rapidamente banaliza a utilização de certos equipamentos, porque, aplicando-se cegamente os *ratios*, não se tomam em consideração aspetos de acessibilidade e de articulação de serviços e, também, porque se tratava de um condicionamento administrativo, limitador do desenvolvimento do sector privado, da concorrência entre serviços públicos e privados, e entre estes, e da própria liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços.

Após a tentativa frustrada de aplicação de uma carta hospitalar, também esta “liberdade vigiada” na instalação de equipamentos médicos pesados não teve melhor sorte, porque não existiu efetivo controlo para a aplicar e porque o Estado se constituiu no primeiro transgressor dos princípios que enunciara.

Em 1995, o Decreto-lei n.º 95/95, de 9 de maio, sensível a alguns daqueles argumentos, revoga o diploma de 1988 e sujeita a instalação do equipamento médico pesado a autorização do Ministro da Saúde, de acordo com critérios de programação e de distribuição territorial fixados em resolução do Conselho de Ministros. No mês seguinte, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de junho, elimina as restrições à instalação de parte dos equipamentos constantes da lista de 1988.

Em 1998 foi publicada a “Carta de Equipamentos da Saúde”, descrevendo a distribuição e caracterização dos equipamentos no país e por região, públicos e privados.

Em 2014 é publicada a “Carta de Equipamentos Médicos Pesados”, que atualiza a “Carta de Equipamentos da Saúde”, de 1998.⁷

O documento estabelece rácios nacionais e regionais associados às tecnologias médicas e diagnóstico imagiológico, incluindo equipamentos de tomografia computadorizada (TC) e de imagiologia por ressonância magnética (IRM). Esta nova Carta permitiu ao Ministério da Saúde identificar as principais lacunas na resposta às necessi-

dades da população na área da oncologia, por exemplo. A Carta conclui que Portugal tem equipamento insuficiente para atender às necessidades, particularmente nas áreas da medicina nuclear e rádio-oncologia. Por exemplo, em vez dos 60 aceleradores lineares (usados nos tratamentos externos de radioterapia) necessários, Portugal tem apenas 45, 29 localizados em unidades do SNS.

Em 2013, existiam cinco aparelhos de tomografia por emissão de positrões (PET) a funcionar em estabelecimentos do SNS e sete aparelhos PET a funcionar em unidades privadas.

Discussão

Sem pretender constituir a história do planeamento da saúde em Portugal, esta revisão identifica a saúde como um sector de relevância para o processo de desenvolvimento económico. A sua evolução fica marcada pelo reconhecimento da saúde como um direito, da especial responsabilidade do Estado e, daí também, a necessidade de planear a rede de cuidados de saúde. De aqui se progrediu para um planeamento orientado para os ganhos em saúde e, mais recentemente, para o reconhecimento de que os determinantes da saúde devem ser abordados em todas as políticas.

A partir do fim da década de 1980, o planeamento local começa a afirmar-se, progredindo para, uma cada vez maior, articulação com as orientações estratégicas nacionais.

A integração na UE colocou novos desafios em termos de cuidados transfronteiriços.

As tendências do nosso planeamento estratégico estão alinhadas com as dos países de tradição *beveredgiana*, reconhecendo-se as vantagens de introdução de mecanismos de planeamento associados mais frequentemente às tradições *bismarquianas* do planeamento, que permitiriam uma melhor articulação de metas estratégicas com os processos de prestação de cuidados através de, por exemplo, mecanismos de contratualização (Ferrinho *et al*, 2015). Reconhece-se que o planeamento da saúde é uma aprendizagem que se vai fazendo, devendo ser integrado num processo de gestão estratégica, articulado com a regulação do sector e com a sua avaliação (Hartz & Ferrinho, 2011; Ferrinho *et al*, 2013).

Conclusões

O planeamento tem assumido, em Portugal, contornos contraditórios: por um lado apresenta bons documentos técnicos, com adequadas metodologias e contemplando áreas do saber que vão para além do que tradicionalmente a saúde abarca. Esta constatação é notória com

a metodologia e com a amplitude de temas tratados na preparação do Plano Nacional de Saúde 2012/16.

Mas, por outro lado, a execução dos planos tem-se mostrado débil, em especial na área hospitalar com diversos normativos aprovados em diversos ciclos políticos sem continuidade e, pior, sem execução efetiva.

O planeamento da saúde tem, ainda, oscilado sem resposta perante questões fundamentais.

Em primeiro lugar o público e o privado. Deve o planeamento nacional englobar, ou pelo menos considerar a oferta privada (e social)? Esta interrogação não é inócua e não tem resposta fácil. O legislador tem oscilado entre o sim (equipamento pesado) e o não (planeamento hospitalar), mas sem o referir expressamente.

Em segundo lugar o plano nacional e o plano continental. A autonomia das regiões autónomas tem feito esquecer, quase sempre, o âmbito nacional no planeamento da saúde, quer na produção técnica e académica, quer nas decisões políticas.

Se no âmbito político é compreensível, e em alguns casos óbvio face aos preceitos constitucionais e legais que dão competência própria às regiões autónomas no que respeita à saúde, não é desejável que se perca o plano nacional quando se estudam contextos, determinantes, processos e resultados em saúde.

Em terceiro lugar a relação entre o plano nacional, regional continental e local.

A evidência demonstrada pela preparação do PNS 2012/2016 permite dizer que as orientações estratégi-

cas devem caber ao plano nacional, que o plano regional (equivalente às cinco regiões de saúde) deve desenvolver um polo de planeamento próprio em articulação com os polos locais.

O processo de transferência de competências na área da saúde para os municípios, levará, necessariamente, a um reforço do esforço de planeamento, com especial atenção aos instrumentos de avaliação que permitam, por um lado, comparar os diversos processos e resultados e, por outro lado, evitar ou atenuar omissões, duplicações, desigualdades.

Agradecimentos

O GHM é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - UID/Multi/04413/2013

Conflitos de interesses

Paulo Ferrinho coordenou a equipa técnica de redação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Jorge Simões e Paulo Ferrinho coordenaram a equipa de elaboração do Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

7 - Para mais desenvolvimentos sobre este documento ver Ministério da Saúde, 2014.

Bibliografia

1. Beja A, Ferrinho P, Craveiro I (2014). Evolução da prevenção e combate à obesidade de crianças e jovens em Portugal ao nível do planeamento estratégico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 32 (1) 10-17.
2. Brissos, MA (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 22 (1): 43-55.
3. Campos, A.C. e Jorge Simões (2011). *O Percorso da Saúde: Portugal na Europa*. Almedina, Coimbra.
4. Carolo M, Ferrinho P, Pereira Miguel J (2004). Consultation on Strategic Health Planning in Portugal, WHO-Portugal Round Table, 28th and 29th of July 2003. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
5. Craveiro I, Ferrinho P (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2): 27-37.
6. Ferrinho P *et al* (2013). Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical: 76-87.
7. Ferrinho P, Guerreiro CS, Portugal R (2015). Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 14: 71-84.
8. Giraldes MDR (1984). Contributos para a análise de experiências de planeamento do Sector da Saúde, in *O Planeamento Económico em Portugal: Lições da Experiência*. Sá da Costa, Lisboa.
9. Hartz Z, Ferrinho P (2011). Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. pp 58-79, Capítulo 3 em *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides. Gradiva. Lisboa.
10. Lains P (1994). O Estado e a industrialização em Portugal 1945-1990. *Análise Social*; XXIX (128): 923-958.
11. Lopes OG (1987). Planeamento em Saúde. Para a história da evolução das estruturas da saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*; 23: 99-114.
12. Ministério da Saúde (1999). Saúde um compromisso – uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa.
13. Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volumes I e II. Direcção Geral da Saúde. DGS, Lisboa.
14. Ministério da Saúde (2010). Atlas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
15. Ministério da Saúde (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Lisboa.
16. Ministério da Saúde (2015). Resenha dos Planos de Saúde: Nacional, Regionais e Locais. Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. DGS, Lisboa, 2015.
17. Sena C, Ferrinho P, Miguel JP (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 24 (1): 5-19.
18. Simões, Jorge (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência de percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho*. Almedina, Coimbra.
19. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C. (2017) *Portugal: Health System Review*. European Observatory on Health Systems and Policies.
20. World Health Organization (2006). Portugal – WHO round table consultation on the Implementation of the National Health Plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/e90146.pdf>
21. World Health Organization (2010). WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.