SAÚDE · PORTUGAL · 2026

Os 25 grandes problemas da saúde em Portugal

Os problemas de sempre, explicados de outra maneira.
Para quem usa o Serviço Nacional de Saúde e nunca estudou medicina.

João Cravo

1.ª EDIÇÃO · 2026 · DISTRIBUIÇÃO LIVRE

Os 25 grandes problemas da saúde em Portugal

JOÃO CRAVO

Este livro não foi escrito para profissionais de saúde. Foi escrito para quem paga impostos, vota, lê notícias e usa o SNS — e que merece perceber, sem ter estudado medicina nem gestão, por que razão as coisas se passam como se passam.

Antes de começar

Nenhum dos problemas deste livro é novo. Nenhum é segredo. Todos aparecem nos jornais, uma vez por ano, e continuam por resolver.

Não continuam por resolver por falta de diagnóstico. Continuam porque exigem trabalho prolongado de quem já trabalha no limite, e porque os seus resultados só se tornam visíveis muito depois de quem os decidiu ter saído. Uma solução que leva dez anos a dar frutos compete, todos os dias, com outra que produz efeito visível em dez meses — e perde quase sempre.

Escolhi vinte e cinco. Não são os únicos, mas são aqueles que reúnem quatro condições ao mesmo tempo: pesam na saúde das pessoas, pesam no dinheiro do país, acontecem com frequência, e vão continuar a fazer sentido daqui a dez anos. Preferi vinte e cinco problemas bem explicados a cinquenta enumerados.

Há três coisas que este livro tenta não fazer. Não procura culpados: quase tudo o que aqui se descreve resulta de um sistema nacional de saúde mal montado e mal mantido, não de pessoas mal-intencionadas. Não toma partido político. E não simplifica ao ponto de enganar — sempre que um número é incerto, digo-o.

Cada capítulo segue a mesma estrutura, para que se possa ler seguido ou aos saltos: porque é que o problema existe, o que dizem os dados, uma explicação em linguagem do dia a dia, as consequências, os equívocos mais comuns, e o que a evidência mostra

que funciona. No fim de cada um há referências para quem quiser ir mais longe.

Se, ao fechar o livro, conseguir explicar dois ou três destes problemas a alguém ao jantar, ele cumpriu aquilo para que foi escrito.

Como está organizada a saúde em Portugal

Quase tudo o que se segue passa-se dentro do Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979 e pago por impostos. Tem duas grandes portas. Os **cuidados de saúde primários** — os centros de saúde e as unidades de saúde familiar — são a entrada, onde está o médico de família. Os **hospitais** tratam o que exige especialidade, internamento ou cirurgia. Entre os dois devia existir uma terceira peça, os **cuidados continuados**, para quem já não precisa de hospital mas ainda não pode ir para casa.

Desde 2023, a maioria destas unidades foi agrupada em trinta e nove **Unidades Locais de Saúde**, as ULS, que juntam num só organismo o hospital e os centros de saúde de uma região. A ideia é pôr o dinheiro e a responsabilidade do mesmo lado, para deixar de fazer sentido empurrar doentes de um serviço para o outro.

Ao lado do SNS existem duas outras vias. Os **subsistemas**, como a ADSE, que cobrem certos grupos profissionais e são pagos por descontos dos próprios. E os **seguros de saúde** privados, muitas vezes contratados pelas empresas. Quem tem uma destas coberturas continua a ter direito ao SNS e usa, na prática, as duas coisas — distinção que boa parte deste livro pressupõe.

Índice

Quem cuida

01 Não faltam médicos. Faltam onde é preciso. 8

02 O trabalho que só se nota quando falta 18

03 O cansaço que sai caro 25

04 Sobe-se pelo calendário, chefia-se sem mapa 31

Chegar aos cuidados

05 Um milhão e meio sem médico de família 40

06 A urgência tornou-se a porta principal 48

07 A espera que ninguém soma 55

08 A informação viaja pior do que o doente 63

09 As barreiras que não se veem 71

O dinheiro

10 Quanto vale, em euros, cada pessoa 79

11 Ninguém é pago por a pessoa ficar bem 87

12 O que sai da carteira, não do Orçamento 97

13 O desperdício silencioso e evitável 106

Quem decide

14 Responsabilidade total, poder a metade 115

15 Cada mudança recomeça o livro na primeira página 126

16 A burocracia come a consulta 133

O país que envelheceu

17 Cinco doenças, cinco médicos, nenhum plano 144
18 Camas ocupadas por quem já não precisa delas 155
19 Envelhecer sozinho 163
20 Quem cuida de quem cuida 173
21 A saúde mental fica sempre para o fim 180

O que nos faz adoecer

22 Sete anos de diferença, e nenhum deles genético 192
23 Ninguém defende o que não se vê 204

O que aí vem

24 As bactérias que deixaram de morrer 214
25 Quando o erro deixa de ser de um médico 223

BLOCO I · CAPÍTULOS 1 A 4

Quem cuida

Um sistema de saúde é, antes de tudo, gente. Antes de falar de dinheiro, de listas ou de tecnologia, vale a pena perceber quem trata de nós — quantos são, onde estão, o que os faz ficar e o que os faz sair. Quase tudo o que vem a seguir começa aqui.

CAPÍTULO
01

Não faltam médicos. Faltam onde é preciso.

Portugal formou mais médicos do que nunca e continua sem médicos onde eles fazem mais falta. O problema deixou de ser a quantidade. É a geografia — e a porta de saída.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Um médico não fica pronto quando acaba o curso. Acaba seis anos de faculdade, faz uma prova nacional, cumpre um ano comum e só depois entra na especialidade, que leva mais quatro a seis anos. Ao fim de doze anos, e não antes, está finalmente em condições de assumir um serviço sozinho.

É nesse momento — e não à saída da faculdade — que se decide onde vai trabalhar. E a decisão é dele. Um especialista recém-formado escolhe entre ficar no público, passar ao privado, trabalhar à hora como tarefeiro, emigrar, ou sair da profissão. Formar este especialista foi um esforço de duas partes: dele, com doze anos de estudo, propinas, noites de urgência e aprendizagem paga com trabalho; e do país, que suportou a maior fatia do custo e lhe garantiu os doentes, os serviços e os orientadores sem os quais nenhuma formação clínica é possível. Só o primeiro caminho devolve ao país a parte que lhe coube nesse investimento.

Quando escolhe dedicar-se, parcial ou totalmente, ao serviço público, escolhe também o sítio onde o vai fazer. E não é preciso muita imaginação para adivinhar quais são os lugares que ficam por preencher: os hospitais mais pequenos, os que ficam a três horas de Lisboa, os que têm um único especialista da área — o que significa que esse especialista está de urgência quase todos os fins de semana. Ali, um médico não tem com quem discutir um caso difícil às três da manhã, não tem formação organizada, não tem para onde crescer. Fica sozinho com a responsabilidade toda.

E quando alguém sai, o lugar não se preenche depressa. Entre a saída de um profissional e a entrada do seguinte passam autorizações, concursos e prazos legais — na prática, quase um ano. O serviço, esse, continua a abrir todos os dias e a ter de garantir algum tipo de resposta: com quem sobra, com horas extraordinárias, ou com quem vem de fora por turnos.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Portugal tem hoje mais médicos por habitante do que a média europeia, e está entre os países da União Europeia que mais médicos formam por milhão de habitantes. Em quantidade absoluta, não há escassez.

Convém, ainda assim, ler bem o número, porque a diferença é menor do que os quadros sugerem. Portugal comunica às estatísticas internacionais todos os médicos com inscrição válida na Ordem, e não apenas os que exercem — e a própria OCDE as-

sinala essa particularidade, estimando que cerca de trinta por cento dos inscritos não estejam em atividade clínica. Descontando-os, o país passa de folgadamente acima da média para ligeiramente acima dela.

Não é a mesma coisa, e importa dizê-lo com precisão: continua a não haver falta de médicos em Portugal, no sentido de o país formar e ter menos do que os seus pares. Mas também não há a almofada confortável que o número bruto sugere. Há o suficiente, e pouco mais — o que torna a questão de onde estão colocados ainda mais determinante do que seria se houvesse folga a sério.

A distribuição é outra história. A proporção de médicos por habitante nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto chega a ser o dobro ou o triplo da registada em vários concelhos do interior — e a diferença aumenta quando se olha apenas para as especialidades hospitalares. Não é a fotografia de um ano mau: é um padrão estável há mais de uma década, que já sobreviveu a vários planos anunciados para o corrigir.

Do lado da formação, uma fração significativa das vagas de internato fica por preencher todos os anos, concentrada precisamente nas especialidades e nos locais mais carenciados. Medicina Geral e Familiar é o caso mais visível.

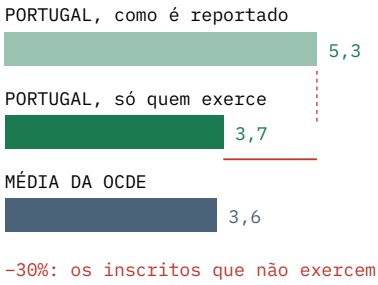
ONDE ESTÃO OS MÉDICOS



LITORAL
INTERIOR

E QUANTOS SÃO, NO TOTAL

médicos por mil habitantes



**Há o suficiente.
Não há é folga.**

À esquerda, a densidade de médicos por habitante: no litoral chega a ser o dobro ou o triplo da registada em vários concelhos do interior. À direita, a barra clara é o valor que Portugal reporta; a escura é o que sobra depois de descontados os inscritos que não exercem, conforme a própria OCDE recomenda. Continua acima da média — mas por pouco.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine uma escola que precisa de contratar professores com doze anos de experiência. Publica todas as vagas do país ao mesmo tempo e deixa cada candidato escolher onde quer ir. Os primeiros a escolher ficam com as escolas do centro da cidade. A escola da aldeia, a duas horas de distância, onde o professor seria o único de Matemática, é a que sobra — e é a que fica sempre para quem tem menos alternativas ou menos anos de casa.

Acrescente-lhe agora isto: essa escola da aldeia tem exatamente os mesmos alunos, com as mesmas dificuldades, que a escola do centro. Talvez até mais. É lá que um bom professor faria a

maior diferença — e é lá que o sistema garante que fica sempre quem tem menos experiência, e durante o menor tempo possível.

Nenhuma destas regras foi criada com a intenção de produzir este resultado. Cada peça tem uma justificação razoável quando vista sozinha. É a soma que falha — e a soma não é da responsabilidade de ninguém em particular, que é precisamente o que torna isto tão difícil de corrigir.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para quem vive no interior, significa esperar mais por uma consulta, viajar mais para um exame, e ser observado com maior probabilidade por alguém que chegou há pouco e vai embora dentro de um ano. Ter alguém que conhece a história toda é precisamente o que mais falta onde a população é mais velha e tem mais doenças ao mesmo tempo.

Para os profissionais que lá ficam, significa escalas de urgência que não permitem descansar, isolamento clínico, e a certeza de que o esforço extra não muda nada na carreira. É a receita conhecida do esgotamento, e alimenta a saída seguinte.

Para o Serviço Nacional de Saúde, significa investir cerca de doze anos na formação de uma pessoa e não conseguir retê-la onde precisa dela. Convém aqui separar duas coisas que se confundem com frequência. Quem passa ao privado continua a exercer em Portugal e a tratar portugueses — não é capital humano perdido para o país, é capital humano que mudou de sí-

tio. A perda é do SNS, que formou e deixa de dispor, e é sobretudo uma questão de distribuição entre os dois setores.

Perda para o país, no sentido próprio, são apenas dois destinos: emigrar e sair da profissão. Aí o investimento desaparece por completo, e a formação paga por todos passa a render noutro sistema de saúde, ou em nenhum. É uma distinção que importa fazer, porque as duas situações exigem respostas diferentes — uma é matéria de condições de trabalho e de atratividade do público; a outra é uma fuga que nenhum ajuste interno recupera.

Em qualquer dos casos, o que se perde não aparece em nenhuma linha de orçamento com o nome de prejuízo.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Faltam médicos em Portugal.»**
>
> Faltam em determinados sítios e em determinadas especialidades. No total, o país tem mais médicos por habitante do que a média europeia — ligeiramente acima dela, depois de descontados os inscritos que não exercem. Tratar as duas coisas como uma só é o caminho mais curto para se aplicar a solução errada.

> **«Abram-se mais vagas nas faculdades.»**
>
> Não resolve, porque o estrangulamento está a jusante. Formar mais licenciados sem alargar as vagas de internato e sem tornar atrativos os lugares carenciados produz outro problema — jovens médicos sem especialidade, à espera de uma vaga — e deixa as mesmas carências por preencher no fim. Pode fazer sentido formar mais, e há argumentos para isso; o que não faz sentido é apresentá-lo como resposta a uma falha que acontece dez anos mais à frente no percurso.

> **«É só pagar mais a quem for para o interior.»**
>
> O dinheiro resolve quando o obstáculo é o dinheiro. Não resolve quando o obstáculo é profissional: trabalhar sem colegas, sem formação e sem carreira. É por isso que os incentivos financeiros isolados têm produzido tão pouco.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A Organização Mundial da Saúde reviu o que os países tentaram para fixar profissionais em zonas remotas, e a conclusão repete-se: nenhuma medida isolada resulta. Resulta a combinação, mantida no tempo, de três coisas.

Condições financeiras que compensem a desvantagem, mas apenas como parte do pacote. **Condições de trabalho** que tornem o lugar exercível: escalas humanas, equipa suficiente para não se estar sozinho, apoio à distância de colegas mais experientes. E **perspetiva profissional**: formação contínua, ligação a um centro maior, uma carreira que não estagne por se estar longe.

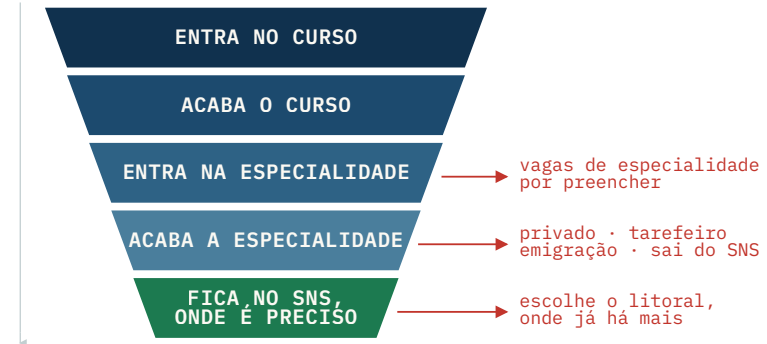
Há ainda um dado consistente e bem documentado internacionalmente: quem cresceu numa determinada região, ou lá fez parte da sua formação, tem probabilidade bastante maior de acabar a trabalhar nessa região. Não é sentimentalismo — é ter rede familiar, casa, escola para os filhos e conhecer o terreno, que são as mesmas razões, invertidas, que explicam por que motivo quem não tem nada disso não fica.

A tradução portuguesa desta evidência tem um limite que convém dizer com clareza. O acesso ao ensino superior público é feito por concurso nacional e por classificação, e não seria admissível — nem constitucionalmente defensável — reservar vagas de medicina em função do concelho de origem. O que é possível é agir sobre a formação, e aí a margem é grande: colocar estágios e períodos do internato em hospitais do interior, dotando-os de idoneidade formativa e de orientadores; garantir alojamento e condições de trabalho decentes durante esses períodos; e criar ligação estável entre esses serviços e um centro maior, para que quem lá fica não fique sozinho.

É uma intervenção lenta, porque só produz efeito a seis ou oito anos. Mas é das poucas cujo efeito, quando aparece, tende a durar — ao contrário de um incentivo financeiro, que deixa de fazer efeito no dia em que é retirado.

ONDE SE PERDEM AS PESSOAS

12 ANOS DE FORMAÇÃO



O estrangulamento não está à entrada. Está no fim — e é lá que se decide se doze anos de formação pagos por todos ficam onde fazem falta.

Portugal não tem um problema de quantos médicos forma. Tem um problema de onde eles ficam — e essa pergunta nunca se resolveu com mais vagas na faculdade.

PARA SABER MAIS

- OCDE e Comissão Europeia, *Health at a Glance: Europe* — médicos por habitante e comparação europeia.
- Organização Mundial da Saúde, *Retention of health workers in rural and remote areas* — revisão das políticas de fixação e do que resulta.
- Ordem dos Médicos — relatórios anuais sobre vagas de internato e vagas por preencher.
- ACSS, *Relatório de Recursos Humanos da Saúde* — distribuição de profissionais por região e instituição.
- INE — população residente por concelho, para leitura conjunta com a distribuição de profissionais.

CAPÍTULO
02

O trabalho que só se nota quando falta

> **Quando falta pessoal, o hospital não fecha. Estica. E o que desaparece primeiro não é o que se vê — é o que evita que as coisas corram mal.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Um doente internado é visto pelo médico uma ou duas vezes por dia. É acompanhado por enfermeiros vinte e quatro horas por dia. Toda a vigilância — reparar que a respiração mudou, que a tensão arterial caiu, que a pessoa está mais confusa do que de manhã — acontece nesse acompanhamento contínuo, e não na visita médica.

À volta desse trabalho há outro, que quase nunca aparece nas contas: alguém tem de atender o telefone e marcar a consulta, encontrar o processo certo à hora certa, limpar e preparar a sala entre dois doentes, esterilizar o material, repor os consumíveis antes de fazerem falta, transportar a pessoa da enfermaria ao exame. São os assistentes técnicos e os assistentes operacionais. Chamam-lhes, com alguma justiça, os invisíveis.

Quando falta gente, nada disto deixa de ser preciso. O serviço absorve. Uma enfermeira que devia ter seis doentes fica com dez. Uma auxiliar que devia servir uma sala passa a servir três.

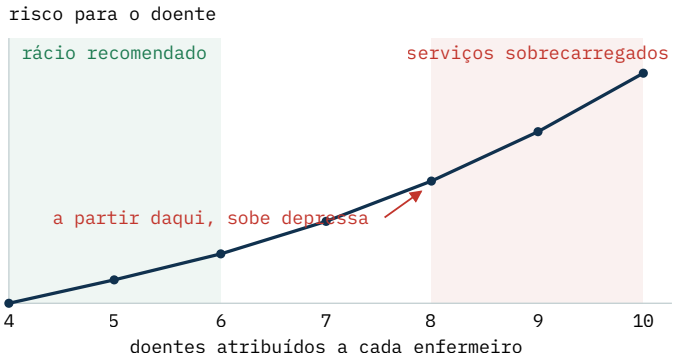
E aqui começa o problema verdadeiro: perante a falta de tempo, o que se sacrifica é sempre o que ninguém vai fiscalizar.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

A relação entre o número de enfermeiros e aquilo que acontece aos doentes é das mais bem estudadas em toda a investigação em saúde. O estudo europeu de referência nesta área, conhecido como RN4CAST, acompanhou centenas de hospitais em nove países e encontrou um padrão claro: por cada doente adicional atribuído a cada enfermeiro, a probabilidade de um doente cirúrgico morrer nos trinta dias seguintes aumenta de forma mensurável. Não é uma questão de esforço individual. É uma questão de tempo disponível por doente.

Portugal tem menos enfermeiros por habitante do que a maioria dos países da Europa ocidental, e o défice não está distribuído por igual — concentra-se nos serviços com mais doentes graves e nos hospitais mais pequenos. Ao mesmo tempo, a emigração de enfermeiros portugueses para o Reino Unido, a Suíça e os países do Golfo mantém-se, com diferenciais salariais que, para a mesma formação e a mesma responsabilidade, podem multiplicar-se por dois ou três.

CADA DOENTE A MAIS EMPURRA A LINHA PARA CIMA



Não há um número mágico a partir do qual tudo corre mal. Há uma inclinação — e cada doente acrescentado à conta de um enfermeiro empurra a linha para cima. Curva ilustrativa do padrão descrito na investigação europeia sobre dotações de enfermagem.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Pense num restaurante com quarenta mesas. Se estiverem oito empregados, tudo funciona: os pratos saem quentes, os copos enchem-se, alguém repara que a mesa do fundo está à espera há demasiado tempo. Com quatro empregados, o restaurante não fecha. Continua a servir as quarenta mesas — só que pior.

E repare no que desaparece primeiro. Os pratos continuam a sair, porque isso é o essencial visível e ninguém o pode omitir. O que se perde é o resto: reparar que um cliente está a passar mal, notar que faltou um talher, perguntar se está tudo bem. Num restaurante, isso custa uma má crítica. Num hospital,

custa uma queda, uma infeção, um reagravamento que ninguém apanhou a tempo.

A investigação em enfermagem tem um nome para isto: cuidado omitido. Não é negligência de ninguém. É o que acontece quando se pede a uma pessoa que faça o trabalho de duas.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, traduz-se em mais quedas, mais infeções associadas aos cuidados, mais reinternamentos, e em reagravamentos que teriam sido apanhados mais cedo. Nenhuma destas coisas aparece registada como consequência da falta de pessoal — aparecem como acontecimentos isolados, semanas depois da noite em que faltou uma pessoa.

Para as equipas, significa terminar todos os turnos com a sensação de não ter feito o que devia. É uma das formas mais rápidas de esgotamento profissional, porque combina exigência alta com incapacidade de a cumprir bem.

Para o SNS, é um mau negócio até em termos estritamente financeiros. Uma infeção hospitalar custa muito mais do que o turno de enfermagem que a teria evitado. A poupança aparece na rubrica dos salários; o custo aparece disperso por dezenas de outras.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«São reivindicações sindicais.»**
>
> A relação entre dotação de enfermagem e mortalidade está entre os resultados mais replicados da investigação em serviços de saúde, em dezenas de países e sistemas diferentes. É uma questão de segurança clínica antes de ser matéria laboral.

> **«O que conta é ter médicos.»**
>
> Um bloco operatório com cirurgião, sem auxiliar dedicado à sala, faz menos cirurgias por dia do que um bloco com ambos. A velocidade de qualquer processo é a do seu elemento mais lento — e contratar mais médicos não desbloqueia um estrangulamento que está noutro sítio.

> **«Faltam enfermeiros no país.»**
>
> Portugal forma enfermeiros em número apreciável. O problema é retê-los: nas condições atuais, uma parte significativa emigra nos primeiros anos de carreira.

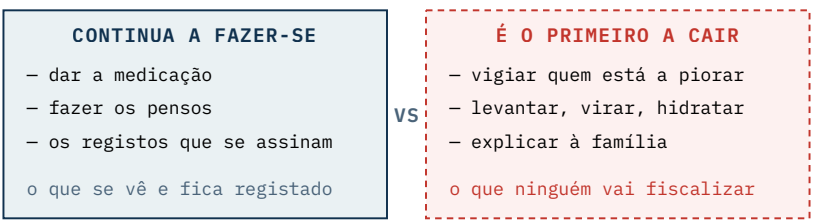
O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Vários países legislaram rácios mínimos de doentes por enfermeiro em serviços de risco, e as avaliações posteriores mostram melhorias de resultados clínicos — não porque os profissionais passem a esforçar-se mais, mas porque passa a haver tempo para a vigilância que antes se perdia.

A segunda coisa que resulta não custa quase nada e por isso quase ninguém a leva a sério: devolver às equipas clínicas o tempo que gastam em tarefas que não exigem juízo clínico. Telefonar a marcar transportes, procurar um processo, tratar de

papéis de alta, ir buscar material a outro piso — nada disto precisa de quatro anos de formação em enfermagem.

O desperdício é duplo, e a segunda metade custa mais do que a primeira. Paga-se uma hora de enfermeiro para fazer trabalho que uma hora de assistente faria igual ou melhor. E, ao mesmo tempo, ensina-se todos os dias a essa pessoa que a diferença entre o que estudou e o que lhe pedem é grande — que é exatamente a forma como uma vocação se desfaz, devagar e sem ninguém reparar.



as perdas da direita têm custos de oportunidade elevados

Perante a falta de tempo, sacrifica-se sempre o que ninguém vai fiscalizar. As consequências aparecem semanas depois — em quedas, infeções e reinternamentos que já ninguém liga à noite em que faltou uma pessoa.

A enfermagem não é o que se faz depois de o médico decidir. É o grupo profissional corresponsável por garantir que a decisão tomada num doente internado, seis horas depois, continua a ser a certa.

PARA SABER MAIS

- Aiken LH et al., «Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries» (estudo RN4CAST), *The Lancet*, 2014.
- Ball JE et al., «Care left undone during nursing shifts», *BMJ Quality & Safety*.
- OCDE, *Health at a Glance: Europe* — enfermeiros por habitante, comparação europeia.
- Ordem dos Enfermeiros — dados nacionais sobre dotações seguras e emigração.
- Goldratt EM, *The Goal* — a lógica dos estrangulamentos, aplicável a qualquer serviço.

CAPÍTULO
03

O cansaço que sai caro

> **O esgotamento dos profissionais não aparece como um custo no orçamento, mas provoca prejuízos elevados — em erros, em faltas, em gente que se vai embora.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Há uma confusão útil de desfazer logo. Esgotamento profissional não é estar cansado ao fim de uma semana difícil, nem é uma fragilidade de carácter ou de dedicação. É um estado descrito clinicamente, que se instala ao longo de meses, e cuja origem está nas condições de trabalho — não na pessoa.

A psicóloga americana Christina Maslach, que estudou isto durante quarenta anos, identificou seis áreas em que o desajuste entre a pessoa e o trabalho produz esgotamento: carga excessiva, falta de controlo sobre o que se faz, ausência de reconhecimento, perda de sentido de equipa, injustiça na forma como se decide, e conflito entre os valores da pessoa e os da instituição. Repare-se que apenas uma delas — a carga — tem a ver com quantidade de trabalho. As outras cinco são sobre como esse trabalho está organizado.

Isto explica uma coisa que confunde muita gente: por que razão há serviços exigentíssimos com equipas estáveis e satisfeitas, e serviços mais leves onde ninguém quer ficar. Não é o vo-

lume. É se a pessoa sente que decide alguma coisa, que alguém repara, e que as regras são as mesmas para todos.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

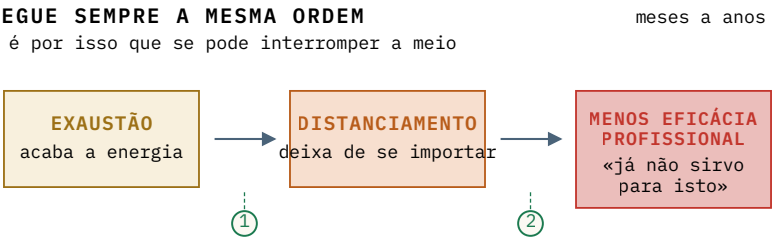
A investigação em segurança do doente associa, estudo após estudo, equipas esgotadas a mais erros evitáveis. E não é por falta de empenho: o esgotamento degrada a atenção, a memória de trabalho e a capacidade de decidir sob pressão, que são exatamente as três coisas de que a medicina mais depende.

Os inquéritos internacionais a médicos e enfermeiros mostram, de forma consistente, taxas de esgotamento entre um terço e metade dos profissionais, com valores mais altos em medicina de urgência, cuidados intensivos e medicina geral e familiar. Portugal não é exceção, e os inquéritos nacionais das ordens profissionais têm apontado na mesma direção.

O custo económico pode calcular-se, e quase nunca se calcula. Um profissional esgotado falta mais, reduz horas, e acaba muitas vezes por sair. Substituí-lo custa a formação de um substituto, o tempo de integração, e a perda de tudo o que ele sabia sobre aquele serviço e aqueles doentes.

SEGUE SEMPRE A MESMA ORDEM

e é por isso que se pode interromper a meio



O esgotamento não acontece de um dia para o outro nem por acaso. Segue sempre esta sequência, o que significa que existem dois momentos, antes do último, em que ainda dá para intervir — e a intervenção que resulta é organizativa, não individual.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um telemóvel que se descarrega todos os dias até aos dois por cento e volta a ser ligado à corrente durante quinze minutos antes de recomeçar. Durante algum tempo, funciona. Ao fim de meses, a bateria já não segura carga nenhuma — e o problema deixou de ser a utilização daquele dia. Passou a ser a bateria.

O esgotamento é isso. Não é o turno de ontem. É a acumulação de turnos em que nunca houve recuperação suficiente, num contexto em que a pessoa também não podia mudar nada do que a esgotava.

E há um pormenor cruel neste processo: as pessoas que primeiro se esgotam são normalmente as que mais se dedicam. Quem trabalha com distanciamento gasta menos. O esgotamento é,

em larga medida, um estado que ocorre especialmente a alguns dos que mais se importam.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, o risco é direto: equipas esgotadas cometem mais erros de medicação, falham mais diagnósticos, comunicam pior. E comunicar mal, em medicina, não é um detalhe de cortesia, nem um ato apenas de cortesia — é a diferença entre um tratamento cumprido e um tratamento abandonado.

Para os profissionais, além do custo pessoal, há um custo de carreira: muitos reduzem horas, recusam responsabilidades, deixam de ensinar. A instituição de saúde não perde só a pessoa: perde tudo o que ela ainda podia ter transmitido a quem vem a seguir.

Para o país, é uma espécie de via verde para perder profissionais formados com dinheiro público. Ninguém regista uma saída como «esgotamento». Regista-se como pedido de exoneração, ou como mudança para o privado, ou como emigração — e a causa comum fica por contar.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«É falta de resistência de uma geração mais frágil.»**
>
> As seis áreas identificadas por Maslach são propriedades do trabalho, não da pessoa. Serviços diferentes, com profissionais da mesma geração e formação, produzem taxas de esgotamento muito diferentes — o que aponta para a organização, não para o carácter.

> **«Resolve-se com formação em gestão do stress.»**
>
> As intervenções centradas apenas no indivíduo — mindfulness, resiliência, workshops — têm efeitos pequenos e temporários quando as condições permanecem iguais. As intervenções organizacionais, que mexem na carga, na autonomia e nos horários, têm efeitos consistentemente maiores.

> **«É um problema privado de cada um.»**
>
> Um profissional esgotado é um risco clínico para os doentes que trata. Isso torna o assunto uma questão de segurança do serviço, e não de bem-estar individual.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

As revisões sistemáticas convergem num ponto: as medidas que mexem na organização do trabalho superam largamente as que se dirigem à pessoa. Distribuir melhor a carga. Devolver algum controlo sobre horários e sobre a forma de trabalhar. Garantir que o reconhecimento existe e é percebido como justo. Proteger tempo de equipa, porque o isolamento é um acelerador.

E há uma medida quase trivial que aparece sempre nos estudos: reduzir o trabalho administrativo sem valor clínico. Não porque escrever seja mau — o registo é parte do ato clínico e protege o doente. É por causa dos outros papéis: os que se preenchem porque alguém, há anos, decidiu que era preciso, e que ninguém volta a abrir. Quem os preenche sabe disso, e é difícil imaginar sinal mais claro de que o seu tempo conta pouco para quem organizou aquilo.

Um país que gasta muitos anos a formar uma pessoa e três a esgotá-la não tem um problema de recursos humanos. Tem um problema de estratégia — e tem em risco a sua própria autossustentação.

PARA SABER MAIS

- Maslach C, Leiter MP, *The Truth About Burnout* — as seis áreas de desajuste.
- West CP et al., «Interventions to prevent and reduce physician burnout», *The Lancet*, 2016 — comparação entre intervenções individuais e organizacionais.
- Panagioti M et al., «Association between physician burnout and patient safety», *JAMA Internal Medicine*, 2018.
- Organização Mundial da Saúde — classificação do *burn-out* como fenómeno ocupacional na CID-11.
- Inquéritos nacionais da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros sobre condições de trabalho.

CAPÍTULO
04

Sobe-se pelo calendário, chefia-se sem mapa

Nas carreiras da saúde, o que faz subir é sobretudo o tempo ou, por vezes, os conhecimentos. E quem chega a chefe foi muitas vezes escolhido por ser bom clínico ou bom aliado — que são competências diferentes das necessárias para liderar equipas e serviços.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

A progressão nas carreiras da saúde está muito ligada à antiguidade e a concursos que abrem quando abrem. A carreira médica hospitalar tem três degraus — assistente, assistente graduado, assistente graduado sénior — e a passagem entre eles depende de haver vaga e de o concurso ser aberto, o que pode não acontecer durante anos seguidos.

E quando o concurso abre, o que decide não está todo escrito no papel. Uma fatia relevante da classificação final vem da avaliação curricular e da entrevista — duas provas em que o júri tem margem de apreciação larga e legítima. Dois candidatos com percursos parecidos podem sair de lá com pontuações bastante diferentes, consoante o peso que aquele júri, naquele dia, decidiu dar a cada coisa. Não é irregularidade nenhuma: é como o modelo está desenhado. Mas significa que a progressão depende, em parte não desprezável, do juízo de um pequeno número de pessoas — e que o resultado é menos previsível, e menos

comparável entre serviços, do que a palavra «concurso» sugere.

Existe avaliação de desempenho, mas funciona com quotas: o número de menções de excelência está fixado à partida, independentemente de quantas pessoas as mereçam. Numa equipa onde metade se esforçou acima do exigido, uma boa parte acabará com a mesma classificação de quem fez o mínimo. Não porque alguém tenha avaliado mal — porque o resultado estava decidido antes de a avaliação começar.

A segunda metade do problema aparece no topo. Quem dirige um serviço foi, quase sempre, escolhido por ser um excelente clínico. Só que a partir desse dia o trabalho muda de natureza: passa a ser fazer escalas, gerir conflitos, negociar orçamento, avaliar pessoas, planear a médio prazo. Nada disto se aprende na formação médica, e raramente se aprende depois — assume-se que vem por osmose.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

A teoria da equidade, formulada pelo psicólogo John Stacy Adams nos anos sessenta e desde então confirmada em centenas de contextos, mostra que ninguém avalia a sua situação em absoluto. Avalia-a comparando o que dá e o que recebe com o que os outros dão e recebem. Quando essa comparação sai desfavorável, a reação típica não é o protesto — é o ajuste discreto do esforço para baixo, até o total voltar a caber na quota.

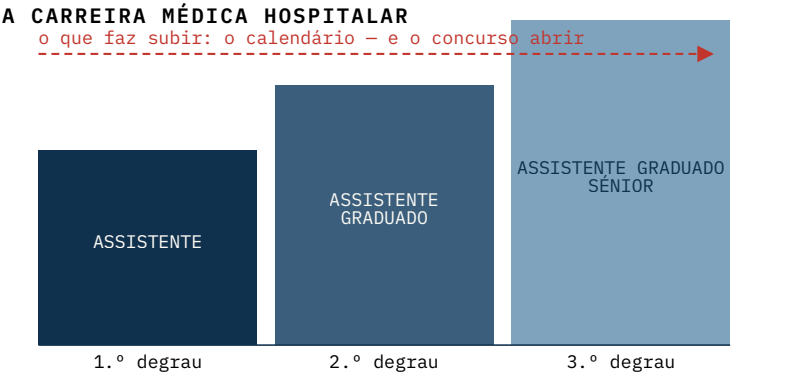
Sobre reconhecimento, a investigação é igualmente clara: o reforço positivo produz mudanças de comportamento mais duradouras do que a punição, e a ausência de reconhecimento é das causas mais frequentes de desinvestimento silencioso em organizações complexas.

Quanto à liderança, a evidência aponta numa direção que costuma surpreender quem a ouve pela primeira vez. O trabalho de referência nesta área, publicado em 2011 na *Social Science & Medicine*, comparou hospitais dirigidos por médicos com hospitais dirigidos por gestores de carreira e encontrou melhores classificações de qualidade nos primeiros. Não porque os gestores sejam maus profissionais, mas porque quem conheceu o trabalho clínico por dentro tende a perceber mais depressa o que é essencial e o que é acessório num serviço.

Convém, ainda assim, ler o estudo pelo que ele é. Compara hospitais num dado momento e mostra uma associação, não uma relação de causa e efeito demonstrada. É perfeitamente possível que a seta aponte também no sentido inverso — hospitais que já funcionam bem talvez consigam atrair médicos para a direção com mais facilidade do que os que estão em dificuldade.

O que estes resultados sugerem é que a experiência clínica pode constituir uma vantagem na liderança hospitalar. Não demonstram que os médicos sejam necessariamente melhores gestores; reforçam antes o interesse em combinar a legitimidade clínica com competências formais de gestão.

Daqui não se conclui que basta ser médico. Conclui-se o contrário, e é essa a leitura útil: se ter um médico à frente de um serviço é melhor do que ter um gestor de carreira, então ter um médico *com* formação em gestão é o caminho mais rápido para juntar as duas coisas que costumam andar separadas — a qualidade clínica e a eficiência na utilização dos recursos. O conhecimento clínico não se ensina a um gestor em poucos anos; as ferramentas de gestão ensinam-se a um clínico em muito menos tempo.



Três degraus, e entre eles a antiguidade. A passagem depende de haver vaga e de o concurso ser aberto, o que pode não acontecer durante anos seguidos.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine uma equipa de futebol em que o capitão é escolhido por ser o melhor marcador. Faz algum sentido: marcou golos, merece. Só que a partir daí pedem-lhe outra coisa — organizar

os treinos, gerir os egos do balneário, decidir quem joga e quem fica de fora, falar com a imprensa. Nada disso tem que ver com marcar golos. E ninguém lhe ensinou.

Agora junte-lhe a segunda parte. Nessa mesma equipa, a antiguidade continua a ter um peso importante no salário e na titularidade — e a subida de escalão depende ainda de requisitos formais, de avaliação e de concursos cuja abertura pode demorar anos. Na prática, quem treina mais e quem treina menos progride quase ao mesmo ritmo. Ao fim de algumas épocas, quem treinava mais deixa de o fazer — não por preguiça, mas porque percebeu que ninguém estava a olhar.

É esta a combinação: promove-se quem tem outra competência e recompensa-se quem espera. Não é preciso má-fé nenhuma para o resultado ser mau.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as equipas, o efeito é a mediania protegida. Quando o esforço extra não muda nada, a energia dirige-se para outros sítios — o privado, a investigação, a vida pessoal. E os serviços perdem exatamente aquilo que não conseguem comprar: gente que faz mais do que o estritamente exigido.

Para quem chefia, é um lugar sem ferramentas. Um bom clínico colocado a dirigir sem formação tende a fazer o que sabe: continuar a tratar doentes e deixar a gestão para as horas que sobram. O serviço fica sem quem o pense.

Para os doentes, isto nunca aparece com o nome do que o causou. Um serviço mal organizado não parece mal organizado: parece um serviço onde as consultas demoram mais a marcar, onde as escalas falham no verão, e onde ninguém percebe por que razão o hospital do lado consegue fazer o mesmo com menos gente.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Avaliar desempenho na saúde é impossível — cada doente é diferente.»**
>
> É difícil avaliar resultados clínicos isolados de um profissional, é certo. Mas é perfeitamente possível avaliar comportamentos observáveis: cumprimento de protocolos, qualidade dos registos, ensino de mais novos, participação na melhoria do serviço.

> **«Um bom médico dá um bom diretor.»**
>
> São competências distintas e ambas se aprendem. A diferença é que uma tem doze anos de formação estruturada e a outra costuma ter zero.

> **«As quotas na avaliação servem para evitar inflação de notas.»**
>
> Evitam. Mas ao fixarem à partida o número de excelentes, transformam a avaliação num sorteio entre pares, ou num concurso de quem é mais amistoso — o que destrói exatamente a mensagem que ela devia transmitir.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Sobre carreiras, o princípio é simples de enunciar e difícil de aplicar: tornar visível, à distância de dez anos, que caminho compensa. Isso implica que exista mais do que um caminho —

clínico, de ensino, de investigação, de gestão — e que progredir num deles não dependa apenas de esperar.

Sobre liderança, os sistemas de saúde que investiram em formação em gestão para chefias clínicas mostram resultados melhores. Não se trata de transformar médicos em administradores: trata-se de ensinar quatro ou cinco coisas concretas — dar feedback, gerir conflito, ler um orçamento, planear escalas com critério — a quem vai ter de as fazer todos os dias.

QUATRO PERGUNTAS PARA RECONHECER UMA AVALIAÇÃO A SÉRIO

1. **O que é que esta avaliação muda?**
   se a resposta é «nada», é ritual
2. **Quem faz melhor recebe algo diferente?**
   reconhecimento, tempo, formação, escolha
3. **Quem faz pior sabe o que corrigir?**
   e tem apoio para o fazer
4. **Alguém copiou o que os melhores fazem?**
   senão o serviço não aprende nada

quatro respostas negativas: é um ritual
consome trabalho e não produz melhoria nenhuma

A avaliação existe em quase todos os serviços. A pergunta útil não é se ela se faz — é se alguma coisa muda por causa dela.

Uma carreira funciona quando se consegue ver, a dez anos, que caminho compensa. Em muitos serviços, o único caminho visível continua a ser esperar.

PARA SABER MAIS

- Adams JS, «Inequity in social exchange» — a formulação original da teoria da equidade.
- Goodall AH, «Physician-leaders and hospital performance», *Social Science & Medicine*, 2011.
- Deci EL, Ryan RM — investigação sobre motivação intrínseca e reconhecimento no trabalho.
- Legislação portuguesa das carreiras médica e de enfermagem e regime do SIADAP, para leitura do enquadramento formal.
- OCDE, *Health Workforce Policies in OECD Countries*.

BLOCO II · CAPÍTULOS 5 A 9

Chegar aos cuidados

Ter direito a cuidados de saúde e conseguir lá chegar são coisas diferentes. Estes cinco capítulos são sobre a distância entre uma e outra: como se marca uma consulta, o que decide o lugar na fila, e por que razão a mesma porta é mais fácil de abrir para umas pessoas do que para outras.

CAPÍTULO
05

Um milhão e meio sem médico de família

> **Não ter médico de família não é ficar sem consultas. É ficar sem ninguém que conheça a história toda — e a história toda é, muitas vezes, o próprio diagnóstico.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Cada médico de família responde por uma lista de pessoas. Essa lista não se conta por cabeças: mede-se em unidades ponderadas, porque uma criança pequena ou um idoso com várias doenças exigem muito mais tempo do que um adulto saudável. A lei fixa o limite em cerca de 1900 unidades ponderadas, o que na prática corresponde a algo entre 1500 e 1900 pessoas, consoante a idade de quem lá está inscrito.

Quando um médico se reforma ou sai, a lista fica sem titular. As pessoas não deixam de ter direito a ter acesso a cuidados de saúde: esse acesso apenas se torna mais difícil e menos direto. Passam a ser atendidas por quem estiver disponível nesse dia, e perdem a continuidade — que é coisa diferente, e bem mais difícil de repor.

Repor uma lista sem titular exige que exista alguém para a assumir, e é aqui que as contas começam a trabalhar contra o país. De um lado, a geração de médicos de família que construiu os centros de saúde nos anos oitenta e noventa está a che-

gar à idade da reforma toda ao mesmo tempo. Do outro, uma fração significativa das vagas de formação nesta especialidade fica por preencher todos os anos.

Uma reforma liberta uma lista de imediato; formar quem a substitua leva dez anos. Enquanto as duas pontas não se encontrarem, cada ano que passa acrescenta ao problema em vez de o reduzir.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Mais de um milhão e meio de pessoas em Portugal continental não têm médico de família atribuído, e o número tem subido, não descido. A distribuição é muito desigual: a região de Lisboa e Vale do Tejo concentra sozinha a grande maioria dos casos — mais de um milhão, perto de três em cada quatro do país inteiro. No Norte, a região com melhor cobertura, o número fica abaixo dos cem mil.

Não é acaso, e as razões não são as mesmas nos dois extremos do país.

Em Lisboa, entre os fatores plausíveis estão a maior concorrência do setor privado, o custo da habitação e as características demográficas da região. É a área do país onde a oferta de emprego privado é maior e onde compete mais diretamente com o SNS pelos mesmos médicos; é também onde o preço da habitação consome uma fatia do salário que não consome em mais lado nenhum, de tal forma que um vencimento da carreira pú-

blica rende, em termos reais, bastante menos ali do que noutra cidade.

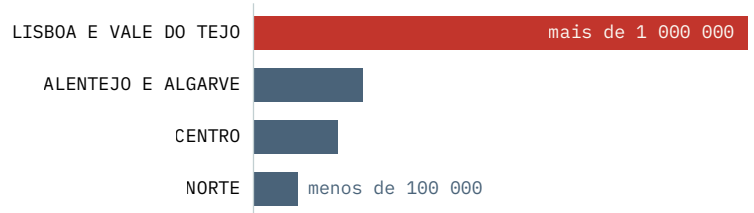
No interior, o obstáculo é outro e tem pouco que ver com dinheiro. É a distância a tudo o resto: o emprego do cônjuge, a escola dos filhos, os pais que ficaram noutra cidade, os colegas com quem discutir um caso difícil, a formação que exige três horas de viagem. Quem aceita um lugar no interior não está a decidir apenas onde trabalha — está a decidir onde a família inteira vai viver, e essa decisão raramente é sua sozinha.

Daí que os incentivos financeiros isolados tenham produzido tão pouco. Resolvem uma parte da conta que, em muitos casos, não era a que estava a travar a decisão.

A comparação internacional é das mais estabelecidas em economia da saúde. Os países mais organizados à volta dos cuidados primários obtêm melhores resultados de saúde gastando menos no total — não porque estes cuidados sejam baratos, mas porque evitam que os problemas cheguem tarde e caros ao hospital.

PESSOAS SEM MÉDICO DE FAMÍLIA, POR REGIÃO

três em cada quatro vivem na mesma região do país



EM LISBOA
privado a competir pelos médicos, e habitação a consumir o salário

NO INTERIOR
emprego do cônjuge, escola dos filhos, isolamento, formação longe

O problema é nacional; as suas causas são locais e diferentes. É por isso que os incentivos financeiros isolados resolvem tão pouco — só atacam uma das duas colunas.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Um homem de sessenta anos aparece na consulta com cansaço. Se for visto por alguém que nunca o viu, o cansaço é um sintoma vago, com cinquenta explicações possíveis, e o caminho lógico é pedir análises e ver o que aparece.

Se for visto pela médica que o segue há doze anos, o cansaço é outra coisa. Ela sabe que ele nunca se queixou de nada em doze anos. Sabe que a mulher morreu há oito meses. Sabe que ele emagreceu quatro quilos desde a última vez que o pesou. Nenhuma destas três informações está nas análises, e as três juntas mudam completamente o que vale a pena procurar.

É isto que se perde. Não é o acesso — é a linha de base. Um médico que conhece a pessoa não é apenas mais simpático: tem mais informação, e informação é o que faz um diagnóstico.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, cada episódio começa do zero: repetem-se exames que já foram feitos, prescrevem-se medicamentos que já não estavam a resultar, e coisas que se resolviam numa conversa de cinco minutos crescem até precisarem de hospital.

Para o ecossistema de saúde, o efeito é imediato e mensurável. Uma primeira linha fraca empurra procura para as urgências, para as consultas hospitalares e para os internamentos — que são os sítios que mais recursos consomem por cada pessoa atendida.

Para o país, é a diferença entre gastar cedo e barato ou tarde e caro. Vários estudos internacionais mostram que ser acompanhado sempre pelo mesmo médico se associa a menos idas à urgência, menos internamentos e — este dado costuma surpreender — menor mortalidade.

Vale a pena ler este último resultado com cuidado, porque é fácil exigir-lhe mais do que ele dá. Estes estudos observam o que acontece, não fazem experiências: comparam quem manteve o mesmo médico durante anos com quem o não manteve. E as duas populações não são iguais à partida — quem mantém o mesmo médico durante uma década tende a ter vida mais estável, a mudar menos de casa e a organizar-se melhor, e essas ca-

racterísticas, só por si, também protegem a saúde. Parte do efeito atribuído à continuidade pode ser, na verdade, o efeito de tudo isso.

Dito isto, a associação é consistente, repete-se em países e sistemas muito diferentes, e resiste quando se corrige o que é possível corrigir. Não prova que a continuidade prolonga a vida; mostra que anda sempre no mesmo sentido, e que nenhum estudo até hoje encontrou vantagem em ser visto por um médico diferente de cada vez.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Quem não tem médico de família fica sem cuidados.»**
>
> Continua a poder ser atendido, embora seja mais difícil. O que perde é a continuidade — ter alguém que conhece a história e nota quando algo saiu do habitual. É menos visível e mais grave.

> **«É melhor ir logo ao especialista.»**
>
> Um especialista vê o seu órgão com enorme profundidade. Quem tem cinco doenças ao mesmo tempo precisa de alguém que veja as cinco e as decisões todas em conjunto — e essa função cabe, por formação e por desenho, ao médico de família melhor do que a qualquer outra especialidade.

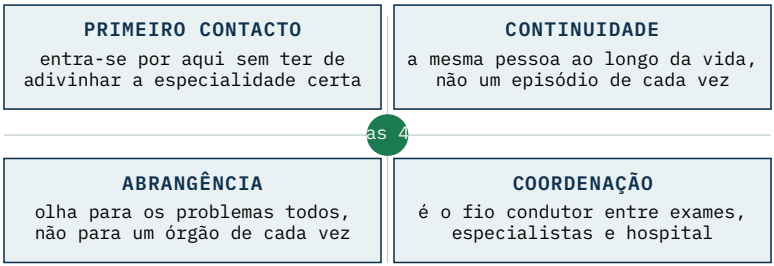
> **«As USF modelo C são a privatização do SNS.»**
>
> São unidades geridas por entidades sociais ou privadas — incluindo empresas tecnológicas da saúde ou Misericórdias — contratadas pelo Estado, financiadas com dinheiro público e gratuitas para quem as usa. A lei só as permite quando estão reunidos requisitos concretos: cobertura de médico de família abaixo da média nacional há mais de um ano e pelo menos quatro mil utentes sem médico atribuído. É legítimo discutir o modelo, e há muito que discutir nele; não é rigoroso descrevê-lo como privatização pura e dura.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A investigação internacional sobre cuidados primários, iniciada por Barbara Starfield, é uma das mais sólidas de toda a política de saúde. Aponta sempre para as mesmas quatro propriedades: ser o primeiro contacto, garantir continuidade ao longo do tempo, ser abrangente — tratar tudo, não um órgão — e coordenar o que se passa nos outros níveis.

Onde estas quatro propriedades existem, os resultados melhoram e o custo total desce. Onde faltam, nenhuma quantidade de hospitais compensa. É por isto que a discussão sobre quantos médicos de família faltam é, no fundo, uma discussão sobre quanto o país vai gastar em urgências daqui a dez anos.

O QUE UM MÉDICO DE FAMÍLIA FAZ, E MAIS NINGUÉM FAZ



nenhuma destas funções se compensa com mais consultas hospitalares

São estas quatro propriedades que explicam por que razão os países organizados à volta dos cuidados primários obtêm melhores resultados gastando menos no total.

Um sistema de saúde sem primeira linha não fica mais barato. Fica igual, com o trabalho todo transferido para o sítio que mais recursos consome.

PARA SABER MAIS

- Starfield B, Shi L, Macinko J, «Contribution of primary care to health systems and health», *The Milbank Quarterly*, 2005.
- Pereira Gray D et al., «Continuity of care with doctors and mortality», *BMJ Open*, 2018.
- Portal da Transparência do SNS — utentes sem médico de família por região e por unidade.
- Decreto-Lei que regula as unidades de saúde familiar e o regime das listas de utentes.
- OCDE, *Realising the Potential of Primary Health Care*, 2020.

CAPÍTULO
06

A urgência tornou-se a porta principal

Quando as outras portas estão fechadas, sobra a que nunca fecha. E um serviço pensado para salvar vidas passa a dedicar uma parte relevante da sua capacidade a episódios de baixa prioridade clínica.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Ninguém vai ao serviço de urgência às onze da noite por gosto. Vai porque é a única porta que não pede marcação, não fecha às cinco e não manda esperar duas semanas. O resultado é um serviço montado para casos graves a receber, em grande parte, casos que não são graves — mas que também não tinham para onde ir.

À entrada, há um filtro. Um enfermeiro faz perguntas e mede sinais, e daí sai uma cor. A cor não classifica a gravidade da doença nem a dor sentida: classifica o risco de acontecer alguma coisa má nos minutos ou horas seguintes. Uma cólica intensíssima pode ser amarela; um enfarte discreto num diabético pode ser vermelho. E as cores não formam uma fila única — formam várias filas paralelas, cada uma com o seu relógio.

É por isso que quem chega depois pode entrar primeiro, e é por isso que a triagem é a maior fonte de mal-entendido entre os

utentes e as instituições de saúde. A regra do jogo raramente é explicada a quem espera.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Todos os anos, cerca de quatro em cada dez pessoas que vão a uma urgência hospitalar saem com pulseira verde ou azul — os graus que a triagem de Manchester reserva para quem não está numa situação urgente. Na região de Lisboa, essa proporção aproxima-se de metade. Este número não é um acaso: mantém-se relativamente estável desde 2015.

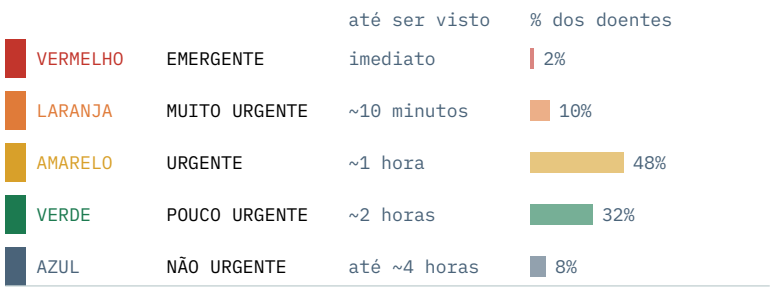
Portugal tem uma resposta montada precisamente para isto: a Linha SNS 24, o 808 24 24 24, onde um enfermeiro faz uma triagem por telefone e encaminha antes de a pessoa sair de casa. Desde 2023 existe um programa associado, o «Ligue Antes, Salve Vidas», hoje em funcionamento na generalidade dos hospitais públicos.

Os números mostram que a procura existe e que a resposta não acompanhou. A Entidade Reguladora da Saúde avaliou o programa em julho de 2026 e concluiu que os atendimentos de triagem subiram 58,9% entre 2024 e 2025 — mas que as chamadas com mais de trinta minutos de espera passaram de 58 525 para 466 751 no mesmo período, quase oito vezes mais. A mesma avaliação encontrou, nos hospitais abrangidos, uma redução da proporção de episódios de urgência de baixa prioridade: o mecanismo funciona quando chega a funcionar.

Fica, porém, a limitação de fundo. Aconselhar alguém a ser visto «nas próximas 24 horas» só evita a urgência se existir, de facto, uma consulta disponível nas próximas 24 horas. Uma linha telefónica encaminha; não cria capacidade do outro lado.

A investigação em medicina de urgência é consistente num ponto: os serviços sobrelotados demoram mais tempo a identificar e a tratar os casos verdadeiramente graves, e esse atraso associa-se a piores resultados clínicos — incluindo o aumento da mortalidade.

A COR NÃO DIZ QUANTO DÓI. DIZ QUANTO TEMPO É SEGURO ESPE



verde e azul somam cerca de quatro em cada dez atendimentos
são objetivos de segurança, não promessas de atendimento

A cor classifica o risco de algo acontecer nos minutos ou horas seguintes, e não a intensidade da dor. Não é uma fila única: são cinco filas paralelas, cada uma com o seu relógio — e por isso quem chega depois pode entrar primeiro. O valor documentado é o conjunto verde e azul, cerca de quatro em cada dez; a repartição dos restantes níveis é indicativa.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine os bombeiros de uma cidade. Estão equipados para incêndios, acidentes e desabamentos — situações em que cada minuto conta. Agora imagine que, por não haver mais ninguém disponível ao domingo, passam a ser também quem vai desentupir canos, abrir portas trancadas e tirar gatos das árvores.

Nada disto é ilegítimo, e as pessoas que ligam têm um problema real. Só que o número de bombeiros de serviço naquela noite é fixo. Cada minuto gasto com o cano entupido é um minuto que não está disponível quando arder uma casa a três ruas dali.

É exatamente isto que acontece numa urgência sobrelotada. Não é que se atendam mal os casos ligeiros — é que a capacidade de reavaliar quem está na sala de espera com uma dor no peito encolhe na mesma proporção.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para quem está grave, o custo é o mais direto de todos: mais tempo até ser reavaliado, mais tempo até ao tratamento. Numa doença em que o relógio conta — enfarte, acidente vascular cerebral, sépsis — esse atraso é irrecuperável.

Para quem não está grave, o custo é o tempo. Espera duas a quatro horas para receber uma resposta que um centro de saúde daria em quinze minutos, e sai com a sensação de ter sido mal atendido.

Para o país, é uma desproporção entre o meio e o fim — da mesma natureza de tomar um antibiótico para tratar uma constipação, ou de gastar um extintor inteiro para apagar um fósforo. Um episódio de urgência custa várias vezes mais do que a mesma situação resolvida nos cuidados primários, porque paga triagem, meios complementares imediatos, equipa especializada e uma estrutura aberta 24 horas — mesmo quando o caso é banal.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«As pessoas usam mal a urgência.»**
>
> Usam a única porta que está aberta. Enquanto não houver resposta acessível nas outras, censurar o comportamento é inútil — e injusto para a maioria dos utentes, que não tinham outra alternativa, ou não conheciam nenhuma.

> **«Quem chegou primeiro devia ser atendido primeiro.»**
>
> Numa urgência, a ordem de chegada seria a regra mais perigosa possível. A triagem existe precisamente para que quem está em risco de vida não fique atrás de quem tem uma entorse.

> **«Bastava cobrar mais a quem vai sem necessidade.»**
>
> Já se cobra, e não alterou o padrão. Desde junho de 2022, as taxas moderadoras ficaram essencialmente circunscritas aos episódios de urgência sem referenciação prévia, salvo as situações de isenção ou dispensa previstas na lei: as consultas no centro de saúde, as consultas externas do hospital, os exames prescritos e as cirurgias deixaram todos de a ter. Quem vai diretamente à urgência, sem referenciação e sem ficar internado, paga. Continua a ir. Quem decide ir às onze da noite raramente está a decidir em função do que virá a pagar no fim — está com medo e sem alternativa visível.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

O que reduz a procura da urgência não é dissuadir quem lá vai. É existir outro sítio, aberto, onde a resposta chegue no mesmo dia. Os sistemas de saúde internacionais que conseguiram baixar a afluência fizeram-no alargando horários dos cuidados primários e criando consultas do próprio dia, não apertando a entrada do hospital.

Convém, ainda assim, calibrar a expectativa. As avaliações do alargamento de horários — a experiência inglesa é a mais estudada — encontram reduções reais, mas modestas, e concentradas nos episódios de menor gravidade; alguns estudos não encontram efeito nenhum. Não é uma medida que esvazie uma urgência. É uma medida que retira dela uma fatia da procura que nunca lá devia ter chegado, e que só funciona quando a consulta alternativa existe mesmo, no dia em que é precisa e a uma distância que se percorra.

Do lado do hospital, há uma peça que Portugal tem tentado e ainda não resolveu: encaminhar, depois da triagem, os casos verdes e azuis para uma resposta de proximidade. Os projetos-piloto esbarraram numa resistência legítima — nenhum profissional quer ser quem manda o doente embora sem garantia de que alguém o vai mesmo atender, nem sem saber quem responde se algo correr mal. Faltam duas coisas concretas: um lugar garantido para onde encaminhar, e responsabilidade definida sobre o que acontece a seguir.

A urgência não está cheia por as pessoas a usarem mal. Está cheia por ser a única porta de entrada do nosso sistema de saúde, seja no público ou no privado, que está sempre a funcionar.

PARA SABER MAIS

- Grupo Português de Triagem — protocolo de Manchester e definição dos cinco níveis.
- Morley C et al., «Emergency department crowding: a systematic review of causes and solutions», *PLOS ONE*, 2018.
- Portal da Transparência do SNS — episódios de urgência por nível de triagem e por região.
- Entidade Reguladora da Saúde — *Avaliação do impacto do projeto «Ligue Antes, Salve Vidas» no acesso a cuidados de saúde*, 2026.
- Entidade Reguladora da Saúde — relatórios sobre acesso e afluência às urgências.
- OCDE, *Emergency care systems* — comparação de modelos de acesso.

CAPÍTULO
07

A espera que ninguém soma

> **Cada etapa cumpre o seu prazo. A viagem inteira, essa, ninguém a mede — e é a viagem inteira que decide o que acontece ao doente.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Por padrão, o nosso sistema de saúde mede a espera desde o pedido até à consulta ou cirurgia. O doente mede-a desde o dia em que apareceu o sintoma. Entre as duas há uma zona escura que ninguém contabiliza: o tempo até o utente decidir procurar ajuda, o tempo até conseguir marcar um exame necessário, o tempo à espera do resultado, o tempo entre a consulta e a decisão.

Algumas dessas esperas custam mais do que outras, e nem sempre as que se supõe. Em doentes com suspeita de cancro, tanto estudos como a experiência de quem os acompanha apontam no mesmo sentido: o período mais penoso costuma ser o que decorre entre fazer o exame e conhecer o resultado — muitas vezes mais difícil de suportar do que o próprio resultado, seja ele qual for. É precisamente uma das esperas que nenhum indicador conta.

Por isso é perfeitamente possível um serviço cumprir todos os prazos e o doente ter esperado uma eternidade para ter o seu

problema resolvido. Cada etapa oficial até pode ter estado dentro do tempo. A viagem é que foi longa.

Há um segundo mal-entendido, este sobre as cirurgias. Imaginamos a lista de espera como uma fila à porta do bloco: chega-se, tira-se senha, espera-se a vez. Não é assim. Existe uma lista por especialidade, por hospital e por grau de prioridade — e dentro de cada uma, o que determina quem avança são três coisas ao mesmo tempo. A ordem de chegada conta. A gravidade e o tipo de problema contam bastante mais, e é por isso que um caso oncológico ultrapassa uma hérnia inscrita há mais tempo. E conta a disponibilidade de coisas muito concretas: uma sala livre, um anestesista, uma cama para o pós-operatório, uma prótese em armazém.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

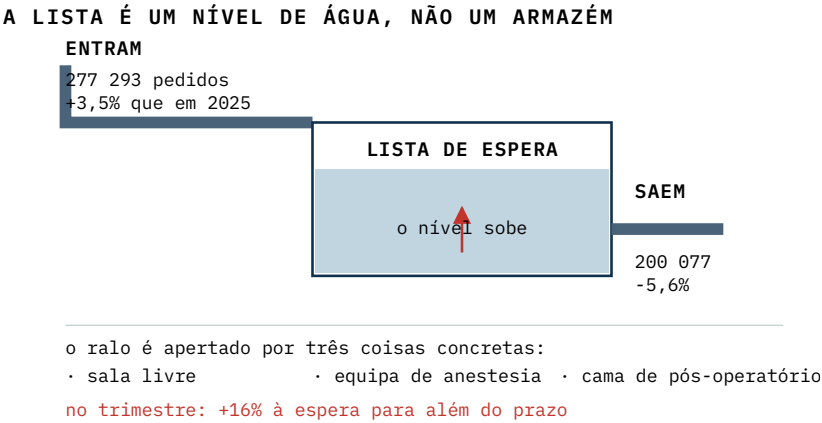
A lei estabelece tempos máximos de resposta garantidos para cada nível de prioridade. Uma portaria de março de 2026 reviu-os: a primeira consulta de especialidade referenciada pelo centro de saúde tem agora trinta dias se for muito prioritária, sessenta se for prioritária e cento e vinte se for normal, com regimes próprios para a oncologia e a cardiologia. Nas cirurgias, os três níveis anteriores passaram a dois — trinta dias para as prioritárias, cento e oitenta para as normais.

Existem, portanto, metas para algumas etapas. Não existe, em geral e por padrão, nenhuma meta para o percurso completo, do sintoma ao tratamento.

Sobre as cirurgias, os números do primeiro trimestre de 2026 mostram bem o mecanismo: entraram na lista 277 293 novos pedidos, mais 3,5% do que no ano anterior, mas realizaram-se 200 077 cirurgias, menos 5,6%. O resultado, no fim de março, foram 84 335 pessoas à espera de cirurgia para além do tempo garantido — mais 16,7% do que um ano antes.

Nas consultas de especialidade hospitalar o mecanismo é o mesmo, embora o estrangulamento seja outro. Uma consulta não depende de uma sala nem de uma prótese: depende das horas de um especialista, que são as mesmas horas disputadas pela urgência, pelo internamento e pelo bloco operatório. Reforçar a consulta obriga, quase sempre, a tirar tempo a uma dessas frentes. É por isso que a lista de consultas raramente melhora só porque se pediu ao serviço que marcasse mais.

Há uma teoria de gestão de operações que explica isto em quatro palavras — a velocidade de um processo é a do seu ponto mais lento. Não interessa quantas pessoas entram na fila se, à saída, só há salas para dez cirurgias por semana: vão sair dez. Reforçar tudo o que vem antes do ponto mais lento só faz a fila crescer mais depressa junto dele; e aliviar um estrangulamento faz quase sempre aparecer outro, mais à frente, que estava escondido pelo primeiro.



Dados do primeiro trimestre de 2026. A lista depende da torneira e do ralo ao mesmo tempo — e quase nunca se mexe nos dois. É por isso que um hospital pode operar mais do que no ano anterior e ver a lista crescer.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Pense numa viagem de comboio com três transbordos. A empresa mede o desempenho assim: cada comboio partiu à hora? Todos partiram. Indicador cumprido, relatório verde.

Só que ninguém mediu a viagem. Entre o primeiro e o segundo comboio esperou-se cinquenta minutos. Entre o segundo e o terceiro, uma hora e vinte. O passageiro saiu de casa às sete da manhã e chegou às quatro da tarde a um destino que fica a duas horas de distância.

Nenhum maquinista fez nada de errado. O sistema mede partidas e o passageiro vive viagens — e enquanto for assim, vamos

continuar a ter relatórios verdes e utentes furiosos, ambos com razão.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, há doenças em que a viagem toda determina o resultado. Num cancro, o que decide o prognóstico não é se cada etapa cumpriu o seu prazo: é quantos meses passaram entre o primeiro sintoma e o início do tratamento.

Para quem gere, controlar e focar especificamente em apenas alguns pontos do processo cria uma ilusão perigosa de controlo. Um serviço pode otimizar a sua etapa e piorar a viagem — por exemplo, marcando mais depressa consultas que depois esperam meses por um exame.

Para o país, é isto que explica uma parte enorme da despesa privada em saúde. Quem tem posses paga um exame ou uma consulta a meio da viagem, não para desistir do SNS, mas porque uma das etapas cegas se tornou longa demais. E ao sair da fila, deixa de aparecer nas estatísticas — o que faz com que o quadro geral pareça menos mau do que é, pese embora haver um custo acrescido para o utente.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Se o hospital operar mais, a lista desce.»**
>
> Só se entrarem menos pedidos do que os que saem. É perfeitamente possível operar mais do que no ano anterior e ver a lista crescer — e foi exatamente o que aconteceu em vários períodos recentes.

> **«Faltam cirurgiões.»**
>
> Faltam salas, equipas de anestesia e camas de pós-operatório, consoante o hospital. Contratar mais cirurgiões para um bloco sem anestesistas não produz uma única cirurgia adicional.

> **«Quantas pessoas estão à espera?»**
>
> É uma pergunta natural, mas pouco útil na realidade. As duas que interessam são outras: quantas estão à espera *acima* do tempo garantido, e em que especialidades. E há uma razão adicional para desconfiar do número total: ele depende de quem se decide inscrever na lista. Em junho de 2026, uma portaria determinou que determinados procedimentos classificados como pequena cirurgia deixassem de implicar inscrição — a Ordem dos Médicos acusou a tutela de promover uma redução artificial dos inscritos. O número pode descer no papel sem que ninguém espere menos um dia.

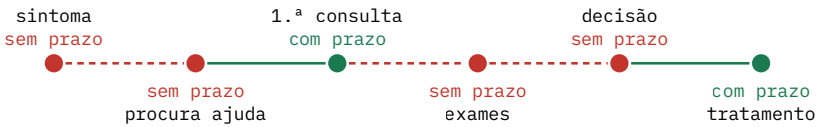
O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

O primeiro princípio é medir o que o doente vive, e não o que a instituição controla. Vários sistemas de saúde adotaram metas para percursos completos em doenças onde o tempo conta — tipicamente do primeiro contacto ao início do tratamento — e essas metas alteraram o comportamento das instituições precisamente porque obrigavam a olhar para as etapas de que ninguém era dono.

O segundo é identificar o estrangulamento antes de investir. Reduzir uma lista de espera não é um exercício de contar pessoas: é um exercício de contar salas, equipas e camas — e de ter a coragem de dizer qual delas está a faltar.

DO SINTOMA AO TRATAMENTO

só duas destas seis etapas têm prazo definido por lei



linha cheia verde = etapa com prazo garantido
linha tracejada vermelha = etapa que não é de ninguém

O sistema mede os segmentos verdes. O doente vive a linha toda. Enquanto forem medidas coisas diferentes, vamos continuar a ter relatórios cumpridos e utentes que esperaram demasiado — ambos com razão.

Uma organização de saúde que só se preocupa com etapas nunca vai perceber por que razão os seus próprios utentes continuam a sentir que esperam de mais. Estão a medir coisas diferentes.

PARA SABER MAIS

- Portal da Transparência do SNS — lista de inscritos para cirurgia e tempos médios de espera por especialidade.
- Goldratt EM, *The Goal* — teoria das restrições aplicada a processos.
- Neal RD et al., «Is increased time to diagnosis and treatment associated with poorer outcomes?», *British Journal of Cancer*, 2015.
- Portaria de março de 2026 que revê os tempos máximos de resposta garantidos e regulamenta o Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia (SINACC).
- OCDE, *Waiting Times for Health Services*, 2020 — comparação internacional de políticas de redução de listas.

CAPÍTULO
08

A informação viaja pior do que o doente

A pessoa atravessa quatro instituições. A sua história clínica fica em quatro sítios diferentes — e o que muitas vezes as liga é a memória do próprio doente.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Ao longo de vinte anos, cada instituição comprou ou construiu os seus programas informáticos. Hoje, o mesmo doente tem pedaços de história espalhados por sistemas que raramente se leem uns aos outros: o do centro de saúde, o do hospital, o do outro hospital onde foi operado, o da clínica onde fez os exames.

O pedido de uma consulta hospitalar é, no fundo, uma pergunta de um colega a outro colega. O médico de família regista-o numa plataforma nacional. Está em curso a substituição da antiga Consulta a Tempo e Horas pelo Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia, criado em 2026, cuja entrada em pleno funcionamento foi adiada depois de a Ordem dos Médicos apontar falhas. Do outro lado, um especialista lê e decide três coisas: se aceita, se devolve por faltar informação, ou com que prioridade marca. Esse passo é invisível para o utente, que só vê o resultado — sem saber que um médico que nunca vai conhecer decidiu o seu lugar na lista de espera para a consulta que tanto anseia, a partir de umas escassas linhas de texto.

Convém dizer que isto também é injusto para o médico que faz a triagem. Pede-se-lhe que decida a prioridade de alguém que não viu, com a informação que outro colega teve tempo de escrever, e quase sempre sem que essa tarefa tenha horas atribuídas na sua agenda. É uma responsabilidade grande, exercida com pouca informação e sem tempo protegido para a exercer.

Na direção contrária acontece o mesmo. O doente é tratado no hospital e devia voltar ao médico de família com uma nota clara sobre o que mudou. Essa nota — a carta de alta — chega tarde, incompleta, ou não chega. Ou chega a horas, e não é lida.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

A investigação sobre transições de cuidados — o nome técnico para o momento em que um doente muda de mãos — mostra, sem grande margem para dúvida, que é aí que mais informação se perde e mais erros evitáveis acontecem: medicação repetida ou esquecida, exames refeitos sem se saber que já existiam, sinais de alarme que ninguém liga uns aos outros por estarem em processos diferentes.

Do lado dos direitos, convém ser preciso. O regulamento europeu de proteção de dados e a legislação nacional garantem a qualquer pessoa o direito de aceder aos seus dados de saúde. Já o direito de os receber num formato estruturado e reutilizável — a chamada portabilidade — tem um âmbito jurídico mais restrito do que se costuma supor, e não abrange automaticamente tudo o que um prestador produziu sobre a pessoa. A di-

reção europeia é, ainda assim, inequívoca: tornar a informação clínica progressivamente interoperável. O obstáculo, na prática, raramente é jurídico — é que a informação está dispersa e ninguém tem, na descrição das suas funções, a tarefa de a juntar.

A solução técnica existe há muitos anos e chama-se interoperabilidade: não obrigar todos a usar o mesmo programa, mas obrigar todos os programas a falar a mesma língua. Portugal já tem uma plataforma onde parte da informação circula — não está no ponto zero, está a meio de um caminho que parou.

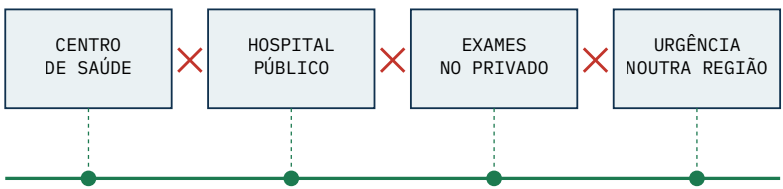
Convém distinguir dois níveis do problema, porque não são iguais. Dentro do Serviço Nacional de Saúde há neblina: quem tiver tempo e paciência para procurar acaba quase sempre por encontrar alguma coisa. Já entre o público e o privado a situação aproxima-se da cegueira. A ligação que existe entre o maior grupo privado português e a plataforma do Ministério da Saúde limita-se, segundo a própria administração desse grupo, à prescrição de medicamentos: resultados de exames e relatórios não circulam em nenhum sentido. Milhões de consultas e exames feitos no privado — muitos deles pagos por subsistemas e seguros — não deixam qualquer rasto acessível a quem trata a mesma pessoa do lado público, e vice-versa.

A dimensão do que fica de fora não é pequena. Cerca de quatro milhões de portugueses têm hoje algum seguro de saúde privado, e mais de um milhão são beneficiários da ADSE — pessoas que fazem consultas e exames no privado e continuam, ao mes-

mo tempo, a ser utentes do SNS. Cada análise, cada radiografia e cada relatório que resultam dessas idas ficam guardados num arquivo a que o hospital público não tem acesso, e o inverso é igualmente verdadeiro.

QUATRO PARAGENS, QUATRO ARQUIVOS

cada instituição guarda o seu pedaço e não lê o das outras



A PESSOA ATRAVESSA AS QUATRO

a informação, não — e o transporte fica a cargo do próprio

dentro do SNS: neblina — procurando, encontra-se
entre público e privado: só as receitas circulam

O doente atravessa as quatro. A informação não. Dentro do SNS há caminhos, ainda que tortuosos; entre o público e o privado, a ligação existente limita-se à prescrição de medicamentos.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine que muda de banco. Ninguém lhe pede que leve num envelope o histórico das suas transferências dos últimos dez anos. O número de contribuinte acompanha-o de emprego para emprego, de banco para banco, de morada para morada, e a ninguém ocorre achar isso extraordinário.

Agora imagine que adoece num domingo, longe de casa, e decide recorrer à urgência de um hospital de um grupo privado. Ninguém ali sabe que medicamentos toma, a que é alérgico, que cirurgia fez há dois anos. A informação existe toda — está escrita, com rigor, a duzentos quilómetros dali, num sistema eletrónico que não comunica com o que é usado naquele hospital.

É esta a assimetria. O mesmo país que faz o número de contribuinte acompanhar uma pessoa a vida inteira deixa a história clínica presa a cada edifício por onde ela passou.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para a segurança do doente, é a diferença entre uma noite tranquila e uma hemorragia. Saber que alguém faz um anticoagulante, ou é alérgico a um antibiótico, muda a decisão médica nos primeiros cinco minutos.

Para o dinheiro público, cada exame repetido por falta de informação ocupa o lugar de quem esperava pela primeira vez. Não é uma perda abstrata: é uma vaga de ressonância que outra pessoa não vai ter esta semana.

Para o médico de família, uma carta de alta que não chega significa gerir uma medicação sem saber porque foi alterada. Nalguns casos é a própria pessoa, ainda a recuperar de um internamento, quem tem de explicar de memória o que os especialistas decidiram.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«É um problema de falta de investimento em tecnologia.»**
>
> A tecnologia existe e as normas internacionais também. O que faltou foi exigi-la nos contratos: durante duas décadas, comprou-se programas informáticos sem obrigar a que exportassem tudo o que continham, em formato aberto, para qualquer outro sistema. E a fronteira entre público e privado nunca chegou a ser regulada — quem investiu do lado privado queixa-se hoje do mesmo isolamento, e quem atravessa as duas redes acaba por pagar o preço disso — em exames repetidos, em tempo perdido e, por vezes, em decisões tomadas às escuras.

> **«A proteção de dados impede a partilha.»**
>
> A lei protege o acesso indevido, não a continuidade de cuidados. O regulamento europeu prevê expressamente o tratamento de dados de saúde para prestação de cuidados. Invocá-lo para não partilhar é confundir duas coisas — e a confusão dá jeito a quem prefere não ter o trabalho de resolver o problema.

> **«Basta digitalizar tudo.»**
>
> Um PDF digitalizado não é informação utilizável. Para o outro lado poder ler e usar, o registo tem de ser estruturado — e escrever estruturado dá mais trabalho a quem escreve, sem benefício imediato para ele. É aí que a coisa encalha.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Há um conceito de economia que explica a inércia melhor do que qualquer queixa: custos de mudança. Quando um hospital adquire um sistema informático sem exigir, por contrato, que este exporte na íntegra a informação que guarda, fica dependente daquele fornecedor. Mudar deixa de ser comprar outro

software — passa a ser resgatar vinte anos de história clínica de dentro dele. É por isso que tantas instituições ficam décadas com um programa de que se queixam todos os dias.

A intervenção com melhor relação entre esforço e resultado não é comprar nada: é escrever nos contratos que nenhum programa ou aplicação nova entra sem saber comunicar com os que já cá estão. Pode custar mais na altura da compra, mas evita dores de cabeça e custos adicionais durante os dez ou quinze anos seguintes.

Do lado clínico, quem apanha o caso a seguir precisa de muito menos do que os formulários costumam pedir. Precisa, isso sim, de saber o que o colega anterior *pensou* — e é justamente isso que os campos de preenchimento raramente captam.

Três coisas resolvem quase tudo. A primeira é a hipótese: o que se acha que a pessoa tem, e com que grau de confiança. Uma frase que assuma uma suspeita vale mais do que duas páginas de achados sem conclusão. A segunda é o que já foi afastado, e porquê — sem isso, o colega seguinte repete o caminho todo, com os mesmos exames e as mesmas semanas. A terceira é o plano com as suas bifurcações: o que fazer se melhorar, o que fazer se piorar, e quem decide em cada um dos casos.

Quem já recebeu uma carta assim sabe a diferença que faz. Poupa uma consulta, poupa exames, e sobretudo poupa à pessoa doente a sensação de estar a começar tudo de novo em cada porta a que bate.

Apesar dos mecanismos de partilha que já existem, o doente continua demasiadas vezes a ser o elo de ligação entre sistemas que não trocam entre si tudo o que sabem — e a fazê-lo de memória, no pior dia possível para se lembrar de tudo.

PARA SABER MAIS

- Kripalani S et al., «Deficits in communication and information transfer between hospital- based and primary care physicians», JAMA, 2007.
- Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, artigos sobre acesso, portabilidade e tratamento de dados de saúde.
- Comissão Europeia — Espaço Europeu de Dados de Saúde e normas de interoperabilidade.
- SPMS — Registo de Saúde Eletrónico e plataforma de dados da saúde.
- Decreto-Lei n.º 12/2026 e portarias que regulamentam o Sistema Nacional de Acesso a Consulta e Cirurgia (SINACC).
- OCDE, *Health Data Governance*, 2015.

CAPÍTULO
09

As barreiras que não se veem

> **O SNS é gratuito à entrada. Não é igualmente acessível — e quem fica de fora é, quase sempre, quem mais precisava de entrar.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Há quem consiga marcar pela aplicação, ligar outra vez no dia seguinte, insistir, perguntar a um conhecido que trabalha lá, perceber o que diz a carta que recebeu. E há quem não consiga nada disto. Não porque tenham menos direitos — têm exatamente os mesmos — mas porque lhes faltam as condições práticas para os exercer: tempo, transporte, à-vontade com formulários, alguém a quem perguntar.

Um horário só de manhã exclui quem trabalha por conta de outrem sem margem para faltar. Um formulário só em português exclui quem chegou há dois anos e ainda não domina a nossa língua. Uma marcação apenas online pode excluir quem tem oitenta e cinco anos. Uma sala de espera onde é preciso explicar o motivo em voz alta exclui quem tem vergonha.

Depois há a barreira física, que se soma a todas as outras. Para muita gente, ir a uma consulta significa apanhar o primeiro autocarro, esperar, ser atendido, esperar pelo transporte de volta e chegar a casa ao fim da tarde. Se a pessoa tem oitenta anos,

trabalha por turnos, ou depende de um filho que tem de faltar ao emprego, o custo real da consulta não é a consulta em si.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

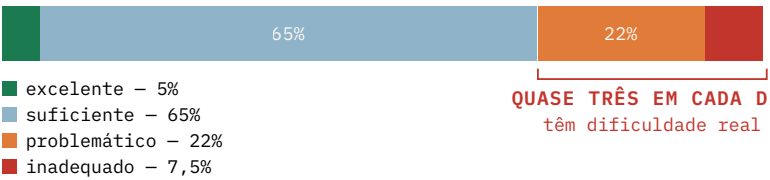
Existe um conceito que dá nome a esta dificuldade e permite medi-la à escala de um país. Chama-se literacia em saúde, e é a capacidade de encontrar, perceber e usar informação sobre a própria saúde — desde ler uma bula até decidir se um sintoma justifica uma ida às urgências. O inquérito europeu mais recente avaliou dezassete países da região europeia da Organização Mundial da Saúde, Portugal incluído, e concluiu que cerca de três em cada dez adultos portugueses têm um nível problemático ou insuficiente. Quase um terço do país.

A investigação internacional associa, repetidamente, um nível baixo de literacia a três coisas: pior controlo de doenças como a diabetes ou a tensão alta, mais idas evitáveis à urgência, e erros na toma dos comprimidos. Não por desleixo — porque uma instrução como «tomar de doze em doze horas, em jejum» pressupõe um à-vontade com palavras que nem toda a gente teve oportunidade de adquirir.

Existe transporte de doentes não urgentes pago pelo Estado, mas depende de critérios: condição clínica que o justifique, insuficiência económica comprovada, prescrição médica. Muita gente fica exatamente do lado de fora — não está incapacitada o suficiente, não é pobre o suficiente — e é essa faixa que perde dias de trabalho e dinheiro em cada consulta.

LITERACIA EM SAÚDE DOS ADULTOS PORTUGUESES

capacidade de encontrar, perceber e usar informação sobre a própria saúde



o que isto significa na prática, para um terço do país:

- ler uma bula sem ajuda
- perceber «de 12 em 12 horas, em jejum»
- decidir se um sintoma justifica a urgência

Dados do inquérito europeu HLS19, realizado em dezassete países da região europeia da Organização Mundial da Saúde, Portugal incluído. Não é uma minoria: é um terço do país a ter dificuldade em fazer sozinho o que para outros é trivial.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine uma biblioteca pública, gratuita, aberta a todos. Fica no terceiro andar de um edifício sem elevador, só abre das nove às cinco, e o catálogo está escrito em latim. Ninguém proibiu ninguém de entrar. Formalmente, o acesso é universal.

Só que, na prática, aquela biblioteca serve quem tem pernas boas, horário flexível e sabe latim. E quem lá vai regularmente acaba por concluir, com toda a sinceridade, que a procura é baixa.

É esta a armadilha, e cai-se nela sem dar por isso. Um serviço só consegue contar quem lhe aparece à porta. Quem não che-

gou lá não fica registado como uma necessidade por responder: não fica registado de todo. E assim, olhando para os seus números ao fim do ano, o serviço conclui de boa-fé que naquela zona se precisa menos dele. Os números não dizem isso. Dizem apenas quem conseguiu lá chegar.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as pessoas, nada disto se parece com um problema de compreensão — parece azar, ou distração, ou culpa própria. Comprimidos tomados a dobrar ou a menos. Preparações de exames mal feitas, que obrigam a repetir tudo. Consultas perdidas por causa de uma carta que ninguém percebeu. Em nenhum destes casos a pessoa dirá que não entendeu: dirá que se enganou. E do outro lado fica um profissional igualmente convencido de que explicou bem.

Para as famílias, o peso mede-se em dias. Um exame marcado numa semana, a consulta que o interpreta noutra, o seguimento num terceiro dia: cada marcação, sozinha, cumpre o prazo. Juntas, obrigam a família a organizar-se três ou quatro vezes para o mesmo problema.

Para o nosso sistema de saúde, isto explica uma parte substancial das faltas às consultas — e é injusto ler que uma falta significa sempre desinteresse. Marcar três consultas da mesma pessoa em três dias diferentes, no mesmo hospital, é uma decisão administrativa que custa três dias de vida a alguém.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Quem falta às consultas não valoriza o serviço.»**
>
> Na maior parte dos casos falta por não conseguir lá chegar, ou por não ter percebido o que estava marcado. As faltas concentram-se precisamente nos grupos com mais barreiras — o que é o oposto de desinteresse.

> **«Explicar melhor é simpatia, não é medicina.»**
>
> É um ato clínico com efeito observável, e com relação direta com a forma como se comunica. Uma explicação mal dada pode contribuir significativamente para que um tratamento seja mal cumprido, e um tratamento mal cumprido aumenta o risco de uma ida à urgência. Um exemplo basta: quem percebeu que o diurético se toma de manhã não passa a noite a levantar-se — e não o abandona ao terceiro dia.

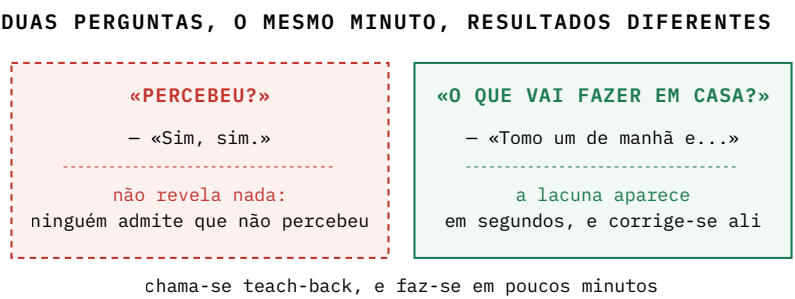
> **«Chama-se falta de adesão do doente.»**
>
> A expressão deixa implícito que a culpa é dele. Numa parte substancial dos casos, o que houve foi uma explicação dada à pressa, com as palavras erradas, a alguém que naquele momento estava assustado e não reteve metade.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Uma das técnicas mais simples e mais bem estudadas chama-se *teach-back*, ou ensino em circuito fechado: em vez de perguntar «percebeu?», pede-se à pessoa que explique por palavras dela o que vai fazer quando chegar a casa. Faz-se em poucos minutos e permite detetar de imediato mal-entendidos que, de outro modo, só apareceriam já em casa — quando ninguém está lá para os corrigir.

Do lado da organização, o princípio é igualmente simples: concentrar consulta, análises e exame no mesmo dia sempre que for clinicamente possível. Um hospital que o faça não gasta mais um cêntimo e devolve dois dias de vida a cada família.

E há uma regra de escrita que vale para tudo o que se entrega a um doente: uma ideia por frase, palavras do dia a dia, números concretos em vez de vagos — «um comprimido ao pequeno-almoço» em vez de «uma vez por dia» — e, no fim, o que fazer se algo correr mal, com um contacto que funcione mesmo.



Mesma consulta, mesmo tempo, resultado completamente diferente. Em vez de perguntar se percebeu, pede-se que explique por palavras suas — e ouve-se onde é que a explicação falhou.

Um sistema de saúde não é acessível só porque não cobra à entrada. É acessível quando quem mais precisa consegue mesmo lá chegar — e perceber o que lhe dizem depois de chegar.

PARA SABER MAIS

- Consórcio HLS19 — *International Report on the Methodology, Results and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey*, 2021.
- Tudor Hart J, «The inverse care law», *The Lancet*, 1971 — a formulação original.
- Berkman ND et al., «Low health literacy and health outcomes», *Annals of Internal Medicine*, 2011.
- Direção-Geral da Saúde — Plano de Ação para a Literacia em Saúde.
- Legislação sobre transporte não urgente de doentes e respetivos critérios de atribuição.

BLOCO III · CAPÍTULOS 10 A 13

O dinheiro

Gasta-se cada vez mais em saúde, e é surpreendentemente difícil saber para onde vai esse dinheiro. Quando chega a altura de cortar, corta-se no quê? E quando se reforça, reforça-se onde faz falta? Estes quatro capítulos são sobre as regras que repartem o dinheiro da saúde em Portugal — regras de que quase ninguém fala, e que decidem quase tudo o que aparece depois na forma de listas de espera.

CAPÍTULO
10

Quanto vale, em euros, cada pessoa

Portugal mudou, em 2024, a forma como reparte o dinheiro da saúde. A regra nova é melhor do que a antiga — e ainda mede mal aquilo que se propõe medir.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Durante muitos anos, o financiamento hospitalar português combinou uma forte componente histórica com pagamentos e metas ligados à atividade: tantas consultas, tantos internamentos, tantas cirurgias, negociados em contratos anuais. Havia contratos-programa, havia produção contratada, havia incentivos. O que essa arquitetura fazia era manter o ponto de partida de cada instituição muito dependente do seu próprio passado — e a pergunta que quase não entrava na conta era a mais óbvia: quantas pessoas serve esta instituição, e que necessidades têm.

Este método tem uma consequência perversa, fácil de ver com um exemplo. Dois hospitais servem populações do mesmo tamanho. O primeiro gastou doze milhões no ano passado; o segundo, mais poupado, gastou oito. Pela lógica do «ano anterior mais uma percentagem», o primeiro recebe este ano cerca de doze milhões e duzentos mil, e o segundo cerca de oito milhões e cento e sessenta mil. A mesma gente, as mesmas necessidades

— e mais de quatro milhões de diferença que nada tem a ver com quem precisa de quê.

Existe uma alternativa a isto, e é essa que agora se pretende implementar: financiamento por capitação ajustada pelo risco. Em vez de olhar para o que se gastou, calcula-se quanto transferir a partir das pessoas que a instituição serve — quantas são, que idade têm, que doenças crónicas têm, que carência social existe na região. Uma população mais velha vale mais dinheiro por cabeça, não por ter gastado mais, mas por custar mais a tratar à partida.

Portugal fez essa mudança, e fê-la a sério. É por isso que este capítulo não é sobre uma reforma que falta fazer: é sobre uma reforma que foi feita e cujo instrumento de medida ainda não está afinado.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Com a criação das trinta e nove Unidades Locais de Saúde, em 2024, o país adotou um modelo novo. O despacho que o define reparte o financiamento por seis componentes, mas uma delas domina todas as outras: a capitação ajustada. Calcula-se multiplicando um valor nacional por pessoa pelo número de inscritos em cada ULS e por um índice de risco dessa população. Em 2025, esta componente representava mais de 80% do dinheiro que cada ULS recebe.

É uma inversão de lógica, e não um ajuste. Antes pagava-se a atividade produzida; agora paga-se a responsabilidade por uma

população, independentemente do volume de cuidados que ela consumir. O incentivo passou, no papel, a estar do lado certo: manter as pessoas saudáveis deixou de ser financeiramente indiferente.

O problema mudou de sítio. Está agora no instrumento de medida — no índice que estima o risco de cada população — e há críticas técnicas concretas, publicadas por economistas da saúde portugueses. A primeira é desconcertante: o índice de risco variou de forma abrupta entre 2024 e 2025 em várias ULS, quando o risco de uma população não muda substancialmente de um ano para o outro. Se o índice oscila e a realidade não, é o instrumento que está a medir mal. A segunda tem que ver com a matéria-prima do cálculo. Quando o ajustamento pelo risco depende dos diagnósticos que estão registados, as populações que têm menos contacto com o sistema — e cujas doenças, por isso, ficam menos codificadas — acabam com a sua morbilidade subcaptada. Como o capítulo cinco mostrou, mais de um milhão e meio de portugueses não têm médico de família atribuído, e estão concentrados em regiões específicas. Uma ULS nessas condições tende a parecer, no papel, mais saudável do que é.

Junta-se a isto uma limitação que a própria Direção Executiva do SNS reconheceu no primeiro ano: o modelo partiu de um histórico com uma lógica diametralmente oposta à sua. E persiste a fragilidade que atravessa este livro inteiro — a dos contratos. Os planos relativos a 2025 só foram aprovados em meados de dezembro desse ano. Em julho de 2026, os de 2026 conti-

nuavam por aprovar. Uma fórmula bem desenhada num documento que chega em dezembro orienta pouca coisa.

A REGRA MUDOU EM 2024

ANTES	→	DESDE 2024
o que gastou no ano anterior + a atividade que produziu	→	valor por pessoa inscrita x índice de risco da população
quem poupou recebia menos no ano seguinte, e para sempre		mais de 80% do que uma ULS recebe, em 2025

o que falta afinar no cálculo novo:

- o índice de risco oscila de ano para ano sem razão aparente
- quem não tem médico de família não entra no cálculo

A inversão de lógica é real e move milhares de milhões de euros. O que continua por resolver é a precisão do instrumento que estima quanto vale, em cuidados, cada população.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Para perceber de onde vem esta herança, vale a pena ver como funcionava o modelo antigo — o que vigorou até 2024 e cujos efeitos ainda se sentem. Imagine duas escolas do mesmo tamanho, na mesma cidade, com o mesmo número de alunos. A primeira gastou cem mil euros no ano passado; a segunda, mais poupada, gastou setenta. No ano seguinte, o ministério dá a cada uma o que gastou mais dois por cento.

Repare no que isto ensina a cada diretor. O da primeira escola aprendeu que gastar tudo protege o orçamento futuro. O da se-

gunda aprendeu que poupar sai caro — no ano seguinte terá ainda menos margem, e para sempre. Ao fim de dez anos, a diferença entre as duas não tem qualquer relação com os alunos. Tem que ver com um hábito que começou numa decisão esquecida.

Era por isto que, dentro de qualquer instituição pública, gastar tudo até dezembro era o comportamento racional. Não era desleixo. Era a resposta correta ao incentivo que lhe tinham dado.

A regra mudou, mas as duas escolas não voltaram ao mesmo ponto de partida. Anos de decisões tomadas sob a regra antiga deixaram equipas, equipamentos e hábitos de dimensão diferente — e é sobre essa diferença herdada que a capitação começou a aplicar-se. Mudar a fórmula é rápido; apagar o que ela produziu durante duas décadas é que não.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para quem vive fora dos gabinetes, nada disto tem aparência de contabilidade. Uma ULS cujo risco da população esteja subestimado no cálculo recebe menos do que precisaria — e tem menos margem para contratar um especialista, manter a urgência aberta ou substituir um aparelho gasto. O erro é apenas uma nota para a administração da área da Saúde, mas na vida real aparece como uma consulta que demora meses, uma urgência que fecha ou um exame a duas horas de distância.

Ao nível do país, um índice mal calibrado desloca dinheiro entre regiões sem que ninguém tenha decidido deslocá-lo. Se o

índice subestima o risco de uma população — porque muitos dos seus habitantes não têm médico de família e por isso não deixam registo clínico — essa ULS recebe menos do que precisaria, precisamente por ter um problema a mais. A falha de medição transforma-se em desigualdade de financiamento, sem intenção e sem debate.

Para quem gere, um contrato que chega em dezembro não é um contrato: é apenas um papel. Quando cumprir e não cumprir dá no mesmo, o documento deixa de orientar o que quer que seja.

E há uma consequência mais imediata do que a perda de orientação. A contratualização tardia retira previsibilidade e reduz a capacidade de planear com antecedência — compromissos, contratações, investimento. A atividade corrente não pára, evidentemente; o que fica em suspenso é tudo aquilo que exige decidir hoje para produzir efeito daqui a seis meses. Quando o contrato chega, metade do ano já passou, e as necessidades da população não esperaram pela assinatura.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Os hospitais gastam de mais.»**
>
> Alguns gastam mais do que outros para tratar as mesmas pessoas. Mas as regras de financiamento premeiam exatamente esse comportamento — e penalizam quem poupou. É difícil censurar alguém por responder ao incentivo que lhe foi dado.

> **«O problema resolve-se com mais dinheiro.»**
>
> Distribuir mais dinheiro pela mesma regra reproduz a mesma desigualdade, numa escala maior. O que muda o resultado é a regra de repartição, não o total.

> **«Mudou-se para capitação: está resolvido.»**
>
> A regra mudou mesmo, e a sério — mais de quatro quintos do financiamento de uma ULS já depende da população que serve, e não do que gastou. O que não está resolvido é a precisão do índice que estima o risco dessa população, nem a pontualidade dos contratos. Uma boa fórmula mal calibrada distribui mal com a mesma eficiência com que a antiga distribuía mal.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A literatura internacional sobre capitação e ajustamento pelo risco converge em três exigências, e Portugal cumpre hoje a primeira. A fórmula tem de existir, ser pública e auditável — está. Tem de usar a melhor informação clínica disponível sobre cada população, e ser estável no tempo: um índice que salta de um ano para o outro está a correr ao sabor do vento, e não mede rigorosamente o risco. E tem de ser acompanhada por contratos assinados antes do início do ano a que dizem respeito, sob pena de a melhor fórmula do mundo orientar decisões que já foram tomadas.

Há ainda uma condição menos técnica e mais política: ausência de resgates fora da fórmula. Cada injeção extraordinária que aparece no fim do ano ensina a todas as instituições que a fórmula é negociável — e uma regra que se sabe negociável deixa de orientar comportamentos durante os outros onze meses.

A parte difícil de qualquer reforma destas é a transição. Mudar de modelo cria, no mesmo ano, vencedores e vencidos: quem estava subfinanciado passa a receber mais, quem estava sobrefinanciado passa a receber menos, mesmo sem culpa. Nenhum governo quer anunciar um corte a um hospital, e por isso a mudança vem quase sempre com uma cláusula de salvaguarda — a garantia de que ninguém recebe menos do que antes, até a diferença desaparecer sozinha. Enquanto essa cláusula durar, o passado continua a decidir uma parte do presente.

A pergunta deixou de ser se o dinheiro segue o doente. Passou a ser se sabemos medir, com honestidade, quanto cada doente precisa — e é uma pergunta bem mais difícil.

PARA SABER MAIS

- Conselho das Finanças Públicas — relatórios sobre a execução orçamental do SNS.
- Despacho n.º 11241-D/2024 — componentes do modelo de financiamento das ULS.
- ACSS — Termos de Referência para a Contratualização e circulares normativas anuais.
- Costa E., «O novo modelo de financiamento das ULS: ainda há caminho por percorrer?», Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Rice N, Smith PC, «Capitation and risk adjustment in health care financing», *The Milbank Quarterly*, 2001.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares — posições públicas sobre os atrasos na contratualização.
- OCDE, *Better Ways to Pay for Health Care*, 2016.

CAPÍTULO
11

Ninguém é pago por a pessoa ficar bem

> **Antes pagava-se por cada ato praticado. Agora paga-se por cada pessoa inscrita. Nenhum dos dois modelos paga por essa pessoa ficar bem — e cada um falha ao seu modo.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Este capítulo continua o anterior, e convém dizer onde ficámos. O capítulo dez tratou de *quanto* dinheiro cada instituição recebe, e mostrou que Portugal mudou a fórmula em 2024. Este trata de outra coisa, que é anterior e mais determinante: *por que motivo* se paga. Não é a mesma pergunta. Pode acertar-se no montante e continuar a comprar a coisa errada.

Entre os vários modelos de pagamento já inventados, dois polos ajudam a perceber a mudança portuguesa: pagar pela atividade e pagar pela responsabilidade sobre uma população. Portugal experimentou os dois em poucos anos.

A primeira é pagar por ato: tantas consultas, tantos exames, tantas cirurgias. É fácil de contar e de auditar — foi por isso que dominou durante décadas —, embora possa também ser influenciada pela forma como os atos são definidos, codificados e agrupados. O seu defeito é igualmente conhecido: quem é pago por fazer tende a fazer mais. Não por desonestidade, mas

porque a instituição cresce onde há atos para faturar, e não onde há saúde para ganhar.

A segunda é pagar por pessoa: um valor fixo por cada residente inscrito, independentemente do que se lhe fizer. É o modelo que o capítulo anterior descreveu, e que desde 2024 representa a maior parte do financiamento das ULS. Corrige o defeito do primeiro — deixa de compensar multiplicar atos — mas traz um defeito simétrico, e este é menos falado: quem recebe o mesmo faça o que fizer tem um incentivo indireto para fazer menos. E, sobretudo, para preferir doentes simples a doentes complicados: se o ajustamento pelo risco for imperfeito, um doente muito complexo pode continuar insuficientemente financiado face ao custo que representa.

Repare-se no que os dois modelos têm em comum, que é o essencial deste capítulo. Um paga a atividade. O outro paga a responsabilidade por uma população. Nenhum paga o resultado. A pessoa que ficou bem, cumpriu o tratamento e não voltou não aparece com destaque em nenhuma das duas ideias — e aquilo que não é contabilizado acaba, com o tempo, por não ser prioridade de ninguém.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

O pagamento por ato não desapareceu de Portugal: mudou de sítio. Continua a existir como uma das componentes do financiamento das ULS — a que remunera os fluxos de doentes e a produção — e continua a ser a regra dominante no setor priva-

do, onde cada consulta, cada exame e cada cirurgia geram uma fatura.

É aí que se encontra o exemplo português mais eloquente do efeito deste modelo: a taxa de cesarianas. No Serviço Nacional de Saúde, cerca de um em cada três partos é feito por cesariana. No setor privado, a proporção quase duplica, ultrapassando os 60%. A presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal reconheceu, em audição parlamentar, que a diferença é muito difícil de explicar em termos puramente clínicos — e apontou uma razão que não é clínica: uma cesariana é mais bem paga do que um parto vaginal e ocupa muito menos tempo de sala e de equipa. Um parto normal pode exigir doze horas de acompanhamento; uma cesariana faz-se em menos de uma. Países do norte da Europa, com muito menos peso do setor privado, têm taxas entre 16% e 17%.

Convém, ainda assim, resistir à conclusão fácil. O incentivo financeiro é uma explicação plausível, mas a comparação entre os dois setores não demonstra causalidade: as mulheres que dão à luz no privado não são uma amostra aleatória da população, e a composição etária, a preferência materna, a organização obstétrica, as dificuldades de agendamento e a própria preferência profissional também podem contribuir. O que se pode dizer com segurança é que a diferença é grande demais para se explicar apenas por essas razões — e que ninguém a consegue explicar por inteiro em termos clínicos.

Do lado da capitação, o risco simétrico está identificado na literatura antes mesmo de se poder medir em Portugal — a análise académica do novo modelo de financiamento das ULS coloca a seleção de doentes entre as suas preocupações centrais. É cedo para saber se acontecerá; não é cedo para vigiar.

Há também sinais de que o dinheiro sabe apontar para o resultado quando alguém decide que deve. Nos termos de referência da contratualização do SNS, os hospitais que ultrapassem uma taxa de cesarianas definida — 29,5% ou 31,5%, consoante o grau de diferenciação da maternidade — deixam de receber o pagamento pelos episódios de internamento correspondentes. Não é uma multa simbólica: é a supressão do pagamento de uma parte da atividade realizada.

Vale a pena reter o que este episódio demonstra. Foi preciso alguém definir um limite, medir o seu cumprimento e ligar o dinheiro a esse resultado — três passos que não acontecem espontaneamente em nenhum dos dois modelos. Enquanto ninguém os der, o financiamento continua a responder à pergunta «quanto se fez?» ou «a quantas pessoas?», e nunca à pergunta «com que resultado?». A distância entre um sistema de saúde que discute volume e um que discute valor está, quase toda, nesta terceira pergunta.

DOIS MODELOS, DOIS DEFEITOS SIMÉTRICOS

PAGAR POR ATO	PAGAR POR PESSOA
paga-se o que se faz	paga-se quem se serve
risco: fazer mais do que é preciso	risco: fazer menos, e evitar os complicados

O QUE NENHUM DOS DOIS PAGA
a pessoa que ficou bem e não precisou de voltar

os sistemas maduros misturam os dois — e acrescentam um terceiro

Os dois modelos falham em direções opostas, o que é uma boa notícia: misturados na proporção certa, cada um trava o excesso do outro. O que continua a faltar, em ambos, é uma componente ligada ao que acontece ao doente.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine que contrata um empreiteiro e combina pagar-lhe por cada tijolo assente. Ele vai assentar tijolos. Talvez mais do que a casa precisa, talvez paredes a mais, e certamente não vai perder tempo a pensar se a casa fica de pé — porque não é isso que lhe está a ser pago.

O exemplo é propositadamente exagerado, e convém dizê-lo. Nenhum empreiteiro real levanta paredes ao acaso, tal como nenhum clínico decide olhando para uma tabela de preços. A caricatura serve apenas para tornar visível a direção em que um incentivo empurra — devagar, ao longo de anos, e sobretudo através das decisões da instituição, e não das da pessoa que está com o doente à frente.

Agora inverta o contrato. Passa a pagar-lhe uma quantia fixa por mês para tomar conta da casa, faça ele o que fizer. O incentivo desaparece de um lado e aparece do outro: quanto menos fizer, mais lhe sobra. E se lhe aparecer uma casa com fundações antigas e telhado podre, pelo mesmo dinheiro de uma casa nova, é humano preferir a segunda.

Nenhum dos dois empreiteiros é desonesto. Ambos estão a responder ao contrato que assinaram. E em nenhum dos dois contratos aparece a única coisa que ao dono da casa realmente interessa — se a casa fica boa e assim se mantém.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, cada modelo produz o seu próprio dano, e são opostos. Onde domina o pagamento por ato, aparecem exames e consultas que não acrescentam nada e — no caso dos partos — intervenções cirúrgicas com riscos reais, feitas em proporção difícil de explicar clinicamente. Onde domina a capitação, o risco é o contrário e muito mais difícil de detetar: a consulta que se vai adiando porque nada obriga a marcá-la, o exame que se pondera mais um mês, a pessoa que deixou de ser chamada e de quem ninguém deu por falta. O excesso deixa rasto — está lá, numa fatura, e alguém o pode contar. A falta não deixa rasto nenhum: é feita de coisas que não chegaram a acontecer.

Para as equipas, o efeito é igualmente simétrico. Com pagamento por ato, vale mais a pena marcar uma consulta de seguimento do que resolver o assunto por telefone, e a equipa que

evita internamentos pode acabar a aparecer nas estatísticas como menos produtiva. Com capitação, a pressão inverte-se: o doente complexo, que consome muito e vale o mesmo na fórmula, passa a ser aquele que ninguém quer ver aparecer na sua lista. Nenhum profissional formula isto em voz alta — e é precisamente por isso que é preciso medi-lo.

Para o país, a mudança de modelo transferiu o risco em vez de o eliminar. Enquanto dominou o pagamento por ato, o sistema crescia onde havia atos para faturar e ficava subfinanciado onde a saúde se ganha em silêncio — na prevenção, no acompanhamento da doença crónica, no telefonema que evita uma urgência. Com a capitação, o perigo passou a ser o inverso: subinvestir, adiar, e olhar de lado para os doentes mais complexos. São erros opostos e igualmente caros.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Os médicos operam mais para ganhar mais.»**
>
> Convém ser honesto sobre os factos antes de responder. Existe em Portugal um mecanismo — o SIGIC — através do qual as equipas são pagas à parte pelas cirurgias realizadas fora do horário normal para reduzir listas de espera. É uma realidade, e recusar discuti-la não ajuda ninguém. Dito isto, a decisão de operar continua a ser clínica: quase todos os cirurgiões, senão todos, só operam quando há mesmo indicação para operar, e o julgamento de que uma pessoa precisa de cirurgia é anterior e independente de quem a fará ou a que horas. O efeito dos incentivos aparece noutro plano — em que serviços se reforçam, que equipamento se compra, que especialidade se privilegia num concurso — e acumula-se ao longo de anos, não numa decisão isolada de bloco operatório.

> **«Basta pagar por resultados.»**
>
> Mal feito, o pagamento por resultado cria o incentivo inverso: fazer menos do que é preciso, ou evitar os doentes mais complicados. Por isso os sistemas de saúde mais desenvolvidos usam misturas dos dois modelos, e nenhum usa só um.

> **«Com a capitação, o problema dos incentivos ficou resolvido.»**
>
> Ficou invertido, que é diferente. Quem recebe o mesmo faça o que fizer tem um incentivo indireto para fazer menos, e para preferir os doentes simples. É por isso que a capitação exige o que o modelo antigo não exigia: vigiar o que *não* se está a fazer, e medir se os doentes complexos continuam a ser aceites.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Nenhum sistema de saúde maduro usa um modelo puro, e a razão é simples: como os dois falham em direções contrárias, misturados na proporção certa cada um trava o excesso do outro. Uma parte paga a população servida, para não compensar multiplicar atos. Outra parte, mais pequena, continua a pagar a atividade, para que fazer não seja penalizado.

Falta a terceira parte, e é a que distingue os sistemas que discutem valor dos que discutem volume: uma fatia amarrada a indicadores que ninguém consegue empurrar apenas por fazer mais ou por fazer menos — indicadores de resultado, de qualidade e de experiência do doente. Reinternamentos. Infeções associadas aos cuidados. Controlo de doenças crónicas. Satisfação de quem foi tratado. Ou, no caso da obstetrícia, a própria taxa de cesarianas.

Portugal já testou esta lógica no cancro. O projeto Farol, no Instituto Português de Oncologia do Porto, criou um modelo de pagamento ligado aos resultados clínicos em doentes com cancro do pulmão. A avaliação concluiu que vale a pena alargar a ideia, mas identificou uma limitação concreta e reveladora: falta informação clara e partilhada sobre o que representa valor para o doente. Sem essa informação, paga-se por resultado com adivinhação em vez de com rigor — e é aí que a discussão portuguesa está hoje.

Convém não subestimar a dificuldade do problema, porque ela não é portuguesa nem administrativa: é conceptual. Definir valor em saúde exige responder a uma pergunta que muda consoante quem a faz. Para um doente com cancro avançado, mais meses de vida podem valer menos do que meses com menos dor e em casa. Para um doente com artrose, valor é voltar a subir escadas — coisa que nenhum exame mede. Para o Estado, que paga, valor tende a ser anos de vida ganhos por euro gasto, e essa métrica trata dois doentes muito diferentes como se fossem equivalentes.

Somam-se três obstáculos práticos. O resultado que interessa aparece anos depois de a decisão ter sido tomada, quando já mudou o médico, o serviço e por vezes o hospital. Depende largamente de coisas que a instituição não controla — a casa, o rendimento, a rede familiar de quem foi tratado. E quem trata os doentes mais complexos terá sempre piores resultados brutos do que quem trata os mais simples, o que obriga a corrigir as comparações com o mesmo tipo de índice de risco que, como

se viu no capítulo anterior, ainda não está calibrado. Nada disto é argumento para desistir. É argumento para desconfiar de quem prometa pagar por resultados sem explicar, primeiro, como tenciona medi-los.

Já se pagou por cada ato praticado, e paga-se hoje por cada pessoa inscrita. Falta o passo que nenhum país resolveu por completo: pagar por essa pessoa ficar bem — e, antes disso, saber medi-lo.

PARA SABER MAIS

- Porter ME, Teisberg EO, *Redefining Health Care* — origem do conceito de cuidados baseados em valor.
- OCDE, *Better Ways to Pay for Health Care*, 2016 — comparação de modelos de pagamento.
- Organização Mundial da Saúde — WHO *Statement on Caesarean Section Rates*, 2015.
- Direção-Geral da Saúde e Portal da Transparência — taxas de cesarianas por instituição.
- ACSS — Termos de Referência para a Contratualização, metas e condições de financiamento associadas à taxa de cesarianas.
- Avaliação do projeto Farol, IPO do Porto — modelo de pagamento por resultado em oncologia.

CAPÍTULO
12

O que sai da carteira, não do Orçamento

> **Gratuito à entrada, caro ao fim do mês. Portugal é dos países da Europa onde a saúde pública deixa mais coisas de fora — e a diferença sai do bolso das famílias.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

O SNS não cobra à entrada, mas não cobre tudo. Fora dele, ou apenas parcialmente comparticipados, ficam medicamentos, óculos, dentista, fisioterapia, muitos exames, e as consultas privadas que se pagam quando a espera é longa demais. A este tipo de despesa chama-se pagamento direto — o que se paga ali, ao balcão, sem passar por seguradora nem por orçamento público.

Existe uma segunda camada, que quase ninguém vê da mesma maneira. Além do SNS, há subsistemas para determinados grupos profissionais e seguros de saúde privados, muitas vezes pagos pelas empresas. Quem tem uma destas coberturas tem, na prática, uma segunda via: resolve depressa o que é simples e regressa ao SNS quando o caso é grave, caro ou prolongado.

Nada disto foi decidido por ninguém em conjunto. Foi-se formando por camadas, ao longo de décadas, e o resultado é um país com três sistemas de saúde a funcionar ao mesmo tempo

— e um deles, o público, a ficar com a parte mais complexa e menos previsível da conta.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Em Portugal, o financiamento público e os seguros obrigatórios cobrem cerca de 62% da despesa total em saúde. A média dos países da OCDE ronda os 75%. A diferença sai do bolso das famílias: os pagamentos diretos representam cerca de 29% da despesa em saúde portuguesa, quase o dobro da média da União Europeia, que ronda os 15%.

Convém ler estas comparações com cuidado, porque a posição de Portugal muda consoante o que se mede. Em valor absoluto gastamos pouco: cerca de três mil euros por pessoa e por ano em saúde, mais de vinte por cento abaixo da média europeia, o que coloca o país na segunda metade da tabela dos vinte e sete. É quando se olha para a repartição que a posição se inverte. Portugal está entre os países da OCDE onde o financiamento privado e, sobretudo, os pagamentos diretos das famílias têm um peso mais elevado.

É esta a combinação desconfortável: um país que gasta pouco em saúde e onde, apesar disso, a fatia que sai diretamente do bolso das pessoas é das mais altas do mundo desenvolvido.

A comparação com outros sistemas universais é ainda mais reveladora. Em França, os pagamentos diretos representam cerca de 9% da despesa; nos Países Baixos, cerca de 12%. Não é por terem sistemas mais públicos — o modelo francês é de seguro

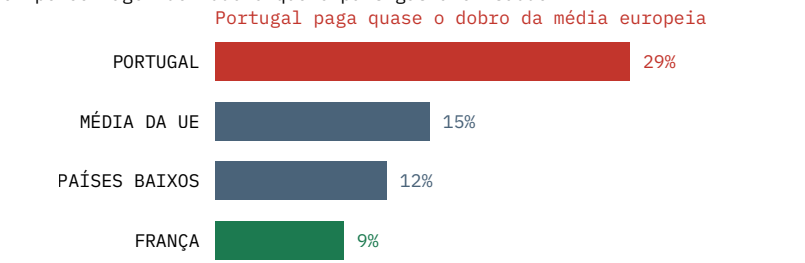
social obrigatório, não financiado por impostos gerais como o SNS. É por terem uma rede complementar quase universal: em França, 96% da população tem um seguro que cobre precisamente o que o sistema público deixa de fora.

Quanto à segunda via, os números portugueses já não descrevem uma exceção. A ADSE tinha em 2026 cerca de 1,35 milhões de beneficiários; os seguros de saúde privados cobriam, no final de 2025, 3,87 milhões de pessoas. Somando tudo e descontando quem acumula, estima-se que 58% da população adulta residente tenha hoje alguma cobertura complementar. Só 42% dependem exclusivamente do SNS.

Este crescimento não caiu do céu: foi alimentado pelas duas coisas descritas atrás. Quem espera meses por uma consulta e tem alguma margem no orçamento acaba por comprar uma alternativa — e a forma mais acessível de a comprar é um seguro. Cada ano de listas de espera longas empurra mais gente para essa decisão, e cada pessoa que a toma passa a pagar duas vezes pelo mesmo bem: uma através dos impostos, outra através do prémio mensal.

QUANTO SAI DIRETAMENTE DO BOLSO DAS FAMÍLIAS

em percentagem de tudo o que o país gasta em saúde



necessidades de cuidados não satisfeitas — Portugal vs média da UE:
saúde oral 29% vs 11% · saúde mental 28% vs 4%

Dados da OCDE e do perfil de saúde da Comissão Europeia. Os números do rodapé mostram onde a diferença se converte em cuidados que simplesmente não acontecem: dentista e saúde mental são as duas áreas onde Portugal mais se afasta da Europa.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um restaurante que anuncia refeição gratuita. Entra, senta-se, e o prato principal é mesmo grátis. Só que o pão paga-se, a água paga-se, a sobremesa paga-se, e se quiser ser servido hoje em vez de daqui a três semanas, paga-se também.

No fim do mês, a conta existe. Simplesmente não aparece em lado nenhum com o nome de conta do restaurante: aparece como uma série de extras e de consumos adicionais, quase sempre bem caros, para compensar aquilo que o prato principal não incluía. Vinte recibos pequenos que ninguém somou.

Voltando ao exemplo do restaurante, há uma coisa que ele torna óbvia: quem tem menos dinheiro não come menos pão. Come menos sobremesa, ou deixa de vir. Aplicado à saúde, isto significa que quando o orçamento aperta, as pessoas não cortam em tudo por igual — cortam primeiro naquilo que não dói já, que é justamente a medicação crónica, a consulta de vigilância e o exame de rotina.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as famílias com menos rendimento, os mesmos vinte euros de uma consulta não são os mesmos vinte euros. Para quem ganha bem, é uma despesa. Para quem vive no limite ao fim do mês, é uma escolha entre isso e outra coisa — e a saúde, quando ainda não dói, é quase sempre a que fica para depois. Esta despesa também não aparece nas grandes discussões orçamentais, porque não sai do Orçamento do Estado: sai da carteira de cada um.

Para a saúde das pessoas, há um efeito clínico e diferido. Uma crise económica aparece nos hospitais com meses de atraso: primeiro deixa-se o comprimido da tensão, depois vem o internamento.

Para o próprio SNS, o efeito é mais subtil do que a perda de utentes, e mais grave. Estas pessoas não abandonam o SNS: mantêm o cartão de utente, continuam inscritas, e recorrem a ele para o que é caro ou complicado. O que muda é a frequência

com que lhe batem à porta para as coisas do dia a dia — e, com ela, a frequência com que sentem na pele o que está mal.

O economista Albert Hirschman explicou o mecanismo com clareza: quem está insatisfeito com um serviço pode sair, ou pode ficar e exigir que melhore. Quando existe uma saída fácil, a segunda opção deixa de valer o esforço. E quem tem mais recursos costuma ser também quem tem mais facilidade em fazer-se ouvir — quem escreve, quem conhece alguém, quem sabe a quem se queixar.

Se essas pessoas deixam de esperar nas mesmas filas, não é só o seu descontentamento que desaparece: desaparece a pressão que ele exercia sobre quem decide. O SNS continua a servir quem mais precisa dele, mas passa a ser defendido por quem tem menos meios para o defender. É assim que um serviço público se degrada sem que ninguém tenha decidido degradá-lo.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«O SNS é gratuito.»**
>
> É gratuito à entrada nos cuidados que cobre. Quase três em cada dez euros gastos em saúde no país saem diretamente do bolso das famílias, sem qualquer comparticipação pelo caminho.

> **«Quem tem seguro alivia o SNS.»**
>
> Alivia na parte previsível e barata — consultas, exames simples, pequenas cirurgias. Mas os limites de cobertura, as exclusões e o preço dos prémios fazem com que uma proporção desproporcionada dos cuidados prolongados, muito caros ou pouco seguráveis continue a recair sobre o SNS: a doença oncológica que dura anos, a doença rara, a insuficiência de órgão, os cuidados no fim de vida. Os economistas da saúde chamam a este padrão desnatação — ficar com a parte fácil do mercado e deixar a difícil para o outro.

> **«O privado é estático e só faz o simples.»**
>
> É o contrário: está em expansão acelerada, investiu um valor recorde de 312 milhões de euros em 2025 e já realiza cirurgias tão complexas como as do setor público. O que muda é a proporção da sua atividade, não uma fronteira absoluta.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A Organização Mundial da Saúde tem um critério prático para avaliar isto: quantas famílias são empurradas para dificuldade financeira por causa de despesas de saúde. Os sistemas de saúde que conseguem manter esse número baixo têm todos a mesma característica — não é serem mais generosos no total, é cobrirem bem aquilo que é frequente e caro para quem tem pouco.

Portugal tem, nesta matéria, uma má notícia e uma boa. A má é que estamos entre os países da OCDE com maior proporção de famílias em despesa catastrófica com saúde, e somos o terceiro país onde a despesa direta mais pesa no orçamento familiar — 5,2% de tudo o que uma família gasta, valor apenas ultrapassado pela Suíça e pela Coreia do Sul.

A boa notícia é que isto se mexe, e mexeu-se. Comparando os inquéritos às despesas das famílias de 2015 e de 2022, a proporção de população em despesa catastrófica caiu de forma marcada, e caiu mais precisamente onde mais pesava: entre as pessoas com 85 ou mais anos, passou de 7,2% para 1,5% em sete anos. A melhoria coincidiu com alterações de proteção financeira, entre elas medidas sobre taxas moderadoras e sobre a comparticipação de medicamentos usados por quem tem doença crónica, que muito provavelmente contribuíram para o resultado. É a demonstração portuguesa de que a escolha do que se cobre altera, em poucos anos, quantas famílias entram em dificuldade.

Isso significa decidir explicitamente o que fica dentro do que é comparticipado, parcial ou totalmente: medicação crónica, cuidados de saúde oral, óculos, próteses. E significa reconhecer que uma comparticipação de 40% num medicamento que se toma todos os dias é, para quem vive de uma reforma mínima, uma barreira real — e não um gasto cego.

O que não invalida a outra metade do problema. A sustentabilidade das contas públicas obriga a decidir quem tem acesso a quê, e a comparticipar em percentagens diferenciadas consoante o estrato social, económico ou demográfico. Cobrir tudo para todos, ao mesmo nível, é uma promessa que nenhum país cumpre — e que, quando se tenta cumprir sem meios, acaba a cobrir mal aquilo que mais falta a quem menos tem. A discussão honesta não é entre cobrir e não cobrir: é sobre onde colocar a régua, e com que critério.

Quando alguém deixa de comprar o medicamento a meio do mês, isso não aparece em nenhuma estatística de acesso. Aparece seis meses depois, na urgência.

PARA SABER MAIS

- OCDE e Comissão Europeia, *Health at a Glance: Europe 2025* — despesa em saúde por fonte de financiamento.
- Organização Mundial da Saúde — *Can people afford to pay for health care?*, Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde.
- Hirschman AO, *Exit, Voice, and Loyalty*, 1970.
- Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões — dados sobre cobertura de seguros de saúde em Portugal.
- ADSE — relatório e contas anual.
- Nova SBE, Social Equity Initiative — *Evolução das despesas diretas em saúde em Portugal*, 2025, com base nos Inquéritos às Despesas das Famílias do INE.
- Conselho das Finanças Públicas — *Despesa privada em saúde: análise comparativa internacional*.

CAPÍTULO
13

O desperdício silencioso e evitável

> **Não é o roubo. É a repetição. E num país que já gasta menos do que a média europeia, cada euro mal aplicado pesa mais do que pesaria noutro sítio.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Quando se fala de desperdício na saúde, imagina-se que seja por corrupção — provavelmente exposta numa capa do Correio da Manhã. A maior parte do desperdício real é muito mais banal. É o exame repetido porque o anterior não apareceu no sistema. A consulta marcada para alguém que já foi visto noutro sítio. A cirurgia desmarcada à última hora, que deixa uma sala vazia. O medicamento que caduca na prateleira. O doente que fica mais três dias internado à espera de um papel.

Nenhum destes episódios é escandaloso. Todos juntos valem muito mais do que qualquer escândalo — e têm uma vantagem enorme: resolvem-se com organização, não com dinheiro novo.

Há uma razão estrutural para isto persistir, e é quase invisível. Um hospital sabe com precisão quanto gastou em salários, em medicamentos e em eletricidade. O que raramente sabe é quanto custou o percurso completo de um doente com determinada doença: o tempo de sala, os exames, os dias de cama, o materi-

al, a consulta de seguimento. Sem essa informação, todas as decisões difíceis se tornam ideológicas — compensa comprar aquele equipamento? compensa fazer aqui ou mandar para fora? — porque ninguém consegue responder com números.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

A estimativa de referência da OCDE, no relatório *Tackling Wasteful Spending on Health*, é que até um quinto de tudo o que um país gasta em saúde poderia desaparecer sem que nenhum doente ficasse pior tratado. Não é dinheiro que falta: é dinheiro mal aplicado.

Um caso português recente torna isto concreto. Em 2025, um relatório interno à farmácia de um dos maiores hospitais do país revelou existências entre 31 e 43 milhões de euros em medicamentos, quando o valor normal de funcionamento ronda os 19 a 25 milhões. Enquanto esse excesso se acumulava — ou ia para o lixo por prazo ultrapassado —, havia doentes oncológicos sem a medicação de que precisavam, e os pedidos de compra urgente quase duplicaram no mesmo ano.

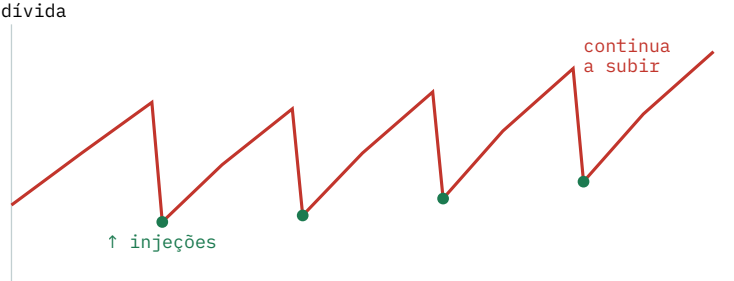
Há ainda uma forma de desperdício que não entra em orçamento nenhum, porque o tempo perdido é o das pessoas e não o das instituições. Um estudo da Ordem dos Farmacêuticos mediu quanto custa a doentes crónicos ir buscar a medicação à farmácia do hospital em vez de a receberem perto de casa: em média 7,6 deslocações por ano, cada uma com cerca de cinco horas e meia entre viagem e espera. Somando o tempo de to-

dos, e atribuindo-lhe um preço, chega-se a mais de 149 milhões de euros por ano — um custo económico e social real, suportado pelas pessoas em tempo e em deslocações, que não aparece como despesa na contabilidade de nenhum serviço.

Do lado da dívida, o padrão repete-se há uma década. No início de 2026, a dívida do SNS a fornecedores externos ultrapassava 1500 milhões de euros. Desde 2016, as injeções extraordinárias para a pagar já somam cerca de 7900 milhões — quase oito mil milhões, uma vez atrás da outra, para resolver o mesmo problema que nunca fica resolvido de vez. Existe uma lei desde 2012 criada precisamente para o impedir.

A DÍVIDA A FORNECEDORES, ANO APÓS ANO

cada queda é uma injeção extraordinária de dinheiro público



desde 2016: cerca de 7900 milhões de euros em injeções extraordinárias
a dívida no início de 2026: mais de 1500 milhões

Perfil ilustrativo do padrão observado na última década. Cada injeção apaga parte da dívida acumulada; a subida seguinte recomeça de imediato e atinge um valor mais alto — e a lei de 2012 que devia travar este ciclo não o travou.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine uma casa com uma torneira aberta e um cano roto na parede. Todos os meses chega uma conta de água altíssima. A resposta tem sido pagar a conta — às vezes com um empréstimo de emergência, quando o valor é grande de mais — e depois discutir se a família gasta água a mais.

O cano continua roto. Ninguém o arranjou, porque arranjá-lo obriga a partir a parede, a perceber onde está a fuga e a admitir que ela existe desde sempre. É mais fácil pagar a conta.

Um pormenor torna esta imagem exata: a água que se perde pelo cano roto não desaparece do mundo. Ocupa espaço, molha o que está à volta e cria estragos noutro sítio. Cada exame repetido ocupa a vaga de quem esperava pela primeira vez. Cada cama ocupada a mais é uma cirurgia que não se faz nessa semana.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, o desperdício não é abstrato — é demorar mais tempo na lista de espera, ou repetir um exame doloroso sem necessidade. Cada recurso gasto duas vezes com a mesma pessoa é um recurso que não está disponível para outra.

Para quem vende ao SNS — e, por consequência, para quem o paga — há um efeito que fecha o círculo da dívida descrita atrás. Uma empresa que sabe que só vai receber a duzentos ou trezentos dias tem de financiar essa espera, e o risco e o custo

desse financiamento podem ser incorporados nos preços com que se apresenta ao concurso seguinte, ou levá-la simplesmente a não concorrer. Nos dois casos o Estado sai a perder: paga mais caro, ou tem menos propostas entre as quais escolher. É desperdício que nasce de uma decisão de tesouraria e reaparece, meses depois, no preço de uma seringa.

Para o país, isto pesa mais do que pesaria noutro sítio. Portugal gasta, por pessoa, menos em saúde do que a média da OCDE — cerca de 5212 dólares contra 5967, em paridade de poder de compra. Quem já gasta pouco tem menos margem para desperdiçar o que gasta.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«O desperdício na saúde é corrupção.»**
>
> A fraude existe e deve ser perseguida, mas é uma fração pequena. A parte grande é operacional e banal: repetir, esperar, desmarcar, deitar fora.

> **«Pagar tarde poupa dinheiro ao Estado.»**
>
> Adiar não poupa: encarece. O risco de atraso entra no preço de tudo o que se compra a seguir, e a menor concorrência nos concursos encarece outra vez.

> **«Não se sabe onde está o desperdício.»**
>
> Sabe-se cada vez melhor. Desde 2025, um plano de contabilidade obriga as ULS e os institutos de oncologia a atribuir custos ao percurso de cada doente, e não apenas a rubricas de despesa. Depois de décadas a discutir eficiência com opiniões, o país começou a construir os números que faltavam.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A primeira medida é aborrecida e eficaz: pagar a horas, todos os meses, sem exceções nem resgates de emergência. Enquanto houver injeção extraordinária no fim do ano, o incentivo para controlar a despesa durante o ano é fraco.

A segunda é saber o custo por percurso, e não apenas por rubrica. A expansão da cirurgia de ambulatório — em que o doente entra e sai no mesmo dia, e que representa hoje quase três em cada quatro cirurgias programadas em Portugal — é um bom exemplo de como a informação de custos, os incentivos financeiros, a evolução técnica e a reorganização dos serviços se podem alinhar para produzir mais eficiência. Nenhum destes fatores teria bastado sozinho.

A terceira é a mais barata de todas e não custa nada: perguntar, em cada serviço e uma vez por mês, o que é que se fez naquele mês que não era preciso ter feito.

UM QUINTO DE TUDO O QUE SE GASTA EM SAÚDE

estimativa da OCDE: não melhora a saúde de ninguém



e do que é feito este quinto? de coisas banais:

- **exames repetidos** — porque o anterior não apareceu no sistema
- **consultas em duplicado** — porque já foi visto noutro sítio
- **salas vazias** — por desmarcações à última hora
- **medicamentos caducados** — comprados a mais e nunca usados
- **dias de cama a mais** — à espera de um papel

nenhuma é escândalo. Todas juntas valem mais do que qualquer escândalo.

Estimativa do relatório Tackling Wasteful Spending on Health, da OCDE. Não é dinheiro que falta: é dinheiro mal aplicado — e que se recupera com organização, não com orçamento novo.

Em Portugal, onde cada euro conta mais e cada lugar na lista demora mais a chegar, esse quinto não está perdido. Está apenas a escoar-se pelo sítio errado — e a fazer falta a quem espera.

PARA SABER MAIS

- OCDE, *Tackling Wasteful Spending on Health*, 2017.
- Conselho das Finanças Públicas — relatórios sobre dívida e pagamentos em atraso do SNS.
- ACSS — Plano de Contabilidade Analítica das ULS e dos IPO, 2024.
- Ordem dos Farmacêuticos — estudo sobre o custo das deslocações de doentes crónicos à farmácia hospitalar.
- Berwick DM, Hackbarth AD, «Eliminating waste in US health care», JAMA, 2012.

BLOCO IV · CAPÍTULOS 14 A 16

Quem decide

Entre a decisão política e o doente há uma máquina administrativa que provavelmente não foi criada propositadamente, mas em relação à qual também não parece existir intenção de a eliminar ou simplificar de uma vez por todas. Compreendê-la explica por que razão tantas boas intenções chegam tarde, ou não chegam de todo.

CAPÍTULO
14

Responsabilidade total, poder a metade

Quem dirige um hospital responde publicamente por tudo o que lá acontece. E não decide quase nada do que seria preciso para o resolver.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Um conselho de administração é responsável pelas listas de espera, pelas contas, pela urgência do fim de semana, e é a ele que se pedem explicações quando alguma coisa corre mal. Dispõe de autonomia operacional relevante — organiza serviços, define escalas, decide prioridades internas. Mas várias das decisões com maior impacto continuam condicionadas por regras ou autorizações externas: as remunerações, uma parte das contratações, o investimento e determinados procedimentos de aquisição.

As compras seguem regras de contratação pública pensadas para prevenir o favorecimento — e que, ao prevenir o favorecimento, também previnem a rapidez. A lei prevê caminhos diferentes consoante o valor e a urgência, e a peça de um aparelho parado não segue o mesmo percurso de uma obra de milhões. O que acontece, na prática, é que mesmo os procedimentos mais simples envolvem várias autorizações e prazos que raramente se compadecem com um serviço parado.

A criação das Unidades Locais de Saúde, decidida em 2023 e concretizada em 2024, tinha «aumentar a autonomia gestionária» escrito na própria lei. Junto com ela veio outra promessa: integrar num só organismo o hospital e os centros de saúde de uma região, de modo a que o dinheiro e a responsabilidade ficassem do mesmo lado e deixasse de fazer sentido empurrar doentes de um lado para o outro.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Os instrumentos que deviam garantir essa autonomia continuam a chegar tarde. Os planos relativos a 2025 só foram aprovados em meados de dezembro desse ano. Em julho de 2026, os de 2026 continuavam por aprovar. O presidente da associação que representa os administradores hospitalares resumiu o efeito assim: sem esses documentos, um conselho de administração torna-se «uma repartição pública» que envia para fora cada decisão que quer tomar — umas para Lisboa, onde estão o Ministério e a Administração Central do Sistema de Saúde, outras para o Porto, onde a Direção Executiva do SNS tem sede desde 2026.

Sobre a integração, Portugal tem uma medida própria e recente. A Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares criou um Barómetro de Integração de Cuidados, respondido por quase sete mil profissionais do SNS de todas as regiões. Os resultados de novembro de 2025 mostram uma integração desigual: as normas e os regulamentos já estão bem alinhados —

3,56 numa escala até 5 — mas o percurso clínico do doente, que é o que mais interessa a quem está doente, fica atrás, em 3,15.

Há dois dados que convém ler em conjunto. O primeiro é encorajador: a média global de integração subiu de 3,02 para 3,29 entre as duas edições do barómetro, o que significa que a reforma não estagnou. O segundo é menos: as oito ULS que já existiam antes de 2024 — Matosinhos, Guarda, Alto Minho, Baixo Alentejo e outras — continuam a pontuar acima das restantes, mas dão sinais de estagnação. As novas aproximam-se delas por subirem, e não por elas descerem. Se as mais antigas param onde estão, a reorganização estrutural tem um teto — e esse teto está bem abaixo do que o modelo promete.

Vale a pena olhar para Matosinhos, porque é a experiência mais longa que o país tem. A primeira ULS foi criada ali em 1999, e passaram-se quase dez anos até se criar a segunda. Se a integração produzisse ganhos por si própria, um quarto de século devia bastar para os tornar evidentes.

As avaliações são mais desconfortáveis do que isso. O estudo da Entidade Reguladora da Saúde sobre o desempenho das ULS encontrou um resultado contraintuitivo: os hospitais integrados em ULS tinham demoras médias de internamento *superiores* às dos hospitais não integrados, e a diferença tinha crescido no período analisado. O resultado manteve-se depois de corrigidas as características dos doentes e dos episódios, o que afasta a explicação mais fácil — a de que estariam a tratar casos mais complicados.

Um estudo posterior, que acompanhou cinco destas unidades ao longo de quatro anos, chegou a uma conclusão da mesma família: no período analisado, o modelo organizativo não se traduziu em ganhos económicos nem em ganhos de saúde mensuráveis. Isto não significa que a integração não sirva. Significa que juntar as instituições, por si só, não produz coisa nenhuma — é preciso mudar o que as pessoas fazem lá dentro, e essa é a parte que nenhum decreto faz.

RESPONSABILIDADE AQUI, DECISÃO ALI

O QUE SE EXIGE AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	O QUE SE DECIDE NOUTRO SÍTIO
· listas de espera e responde por elas	· salários decididos pelo Governo
· contas do ano com orçamento tardio	· contratações autorizadas pela tutela
· urgência do fim de semana com a equipa que existir	· compras de maior valor obrigam a concurso público
· explicar quando corre mal à tutela e ao país	· orçamento e metas aprovados em dezembro

a fronteira não passa pelo doente — passa por aqui

quem responde publicamente está do lado esquerdo;
quem decide está, em boa parte, do lado direito

Todos os itens da coluna esquerda têm rosto, nome e telefone conhecidos. Todos os da direita decidem-se noutro edifício, muitas vezes noutra cidade. A linha do meio não separa o importante do acessório — separa quem responde de quem decide.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine que lhe pedem para ganhar uma corrida e lhe entregam um carro cuja caixa de velocidades é comandada de outro edifício. Pode acelerar, travar e virar. Para mudar de mudança, tem de pedir autorização — e a resposta chega, em média, quando a corrida já vai a meio.

Quando o carro chega em último, discute-se o condutor. Raramente se olha para quem comanda a caixa de velocidades a partir do outro edifício — e é aí que está uma boa parte da decisão.

E note-se o que isto faz a quem conduz. Ao fim de algumas corridas, o condutor aprende que arriscar não compensa: se correr bem, ninguém repara; se correr mal, a culpa é toda dele. A consequência previsível não é falta de gestores — é gestores que aprenderam, à custa própria, a não arriscar nada.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, ninguém sai de uma consulta a pensar que o problema foi um teto de contratação. Um serviço que sabia, há meses, que precisava de mais um enfermeiro mas não podia contratá-lo. Uma sala de operações parada por falta de uma peça cuja compra teve de seguir o mesmo concurso de uma obra grande. O atraso que a pessoa sente é, muitas vezes, este atraso visto do outro lado.

Para um sistema nacional de saúde, como o SNS, o efeito acumula-se. Quando um problema local não pode ser resolvido no

local por quem o vê todos os dias, o SNS inteiro passa a mover-se à velocidade da aprovação mais lenta, e não à do problema mais urgente.

Para a profissão, é uma via rápida para a fuga de talento. Quem escolhe administrar uma instituição de saúde aceita responder publicamente por resultados; o que dificilmente aceita, durante muitos anos, é responder por resultados que não pode produzir. Portugal criou em 1968 uma carreira própria de administração hospitalar e continua a formar quadros para ela — mas é cada vez mais frequente que os melhores acabem noutro sítio, onde a margem de decisão corresponde à responsabilidade assumida.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Os hospitais são mal geridos.»**
>
> Alguns são. Mas a maior parte das decisões que mudariam o resultado — quanto pagar, quem contratar, quando comprar — não pertence a quem lá está. Julgar a gestão sem olhar para os poderes que ela tem é julgar uma pessoa por não fazer o que lhe é proibido.
> Dito isto, convém não passar para o extremo oposto. Entre hospitais portugueses semelhantes, a servir populações parecidas e com os mesmos constrangimentos legais, há diferenças reais e persistentes na demora média, na taxa de cirurgia de ambulatório e nas infeções associadas aos cuidados. Essas diferenças são o espaço onde a gestão efetivamente decide, e não é pequeno. O erro está em achar que é ali que se explica o estado do sistema — ou, em sentido contrário, que a falta de autonomia desculpa tudo o que corre mal.

«Juntar hospitais e centros de saúde já resolveu a coordenação.»

Juntar no organograma não é integrar. A integração mede-se por coisas aborrecidas: um processo clínico que os dois lados leem, uma consulta que o médico de família marca sem carta, uma equipa que se reúne. Sem isso, o que aconteceu foi uma fusão jurídica — mudou quem assina, não mudou o percurso do doente. E uma fusão que não altera a organização acrescenta um nível de decisão sem retirar nenhum, o que torna o circuito mais longo em vez de mais curto.

«Autonomia é dar liberdade total.»

É o contrário, e convém dizer por que razão as amarras existem. Nenhuma delas nasceu por gosto de burocracia. As regras apertadas de contratação pública existem porque houve favorecimento e porque dinheiro público comprado sem concurso acaba, mais vezes do que se gostaria, no fornecedor errado. Os tetos salariais existem porque, sem eles, hospitais públicos entram em leilão uns com os outros pelos mesmos profissionais: o custo do Estado sobe e o país não fica com um único médico a mais.

Autonomia sem contrapartidas não elimina o problema — troca-o por outro, em que quem decide deixa de responder perante quem paga. A fórmula que funciona é por isso exigente e tem quatro peças: objetivos claros definidos por quem financia, liberdade real de meios para os atingir, prestação de contas pública sobre resultados, e consequência efetiva para quem não os atinge. Portugal tem objetivos e tem vários mecanismos de prestação de contas — contratos-programa, relatórios, auditorias, o Tribunal de Contas, a Entidade Reguladora da Saúde. Podem ser insuficientes; ausentes não são. O que continua limitado, e nem sempre proporcional à responsabilidade atribuída, é a liberdade de meios.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A lógica por trás da integração é sólida e chama-se responsabilidade por uma população — cuidar de toda a gente de uma zona, e não só de quem aparece à porta. Se a mesma organização recebe o dinheiro correspondente a todos os habitantes e responde por todos os seus cuidados, deixa de ter interesse em empurrar doentes para o vizinho: cada internamento evitado com um bom acompanhamento é dinheiro que fica. O bloco anterior mostrou que a parte financeira desta equação já foi montada em Portugal.

E há sinais de que o resto começou a mover-se. Algumas ULS conseguiram reduzir as readmissões hospitalares, sobretudo em doentes com várias doenças ao mesmo tempo — que é precisamente o resultado que a literatura internacional associa a cuidados bem coordenados. São ainda casos isolados, não um padrão nacional, mas demonstram que o modelo produz aquilo que promete quando as práticas mudam de facto.

O que a evidência mostra, porém, é mais desconfortável do que isto, e vale a pena dizê-lo com clareza: **integrar organizações não integra cuidados**. As revisões internacionais sobre integração vertical em saúde são consistentes num ponto — juntar hospitais e cuidados primários sob a mesma administração melhora indicadores financeiros e administrativos com relativa facilidade, e melhora resultados clínicos muito devagar, ou não melhora de todo. O barómetro português reproduz exata-

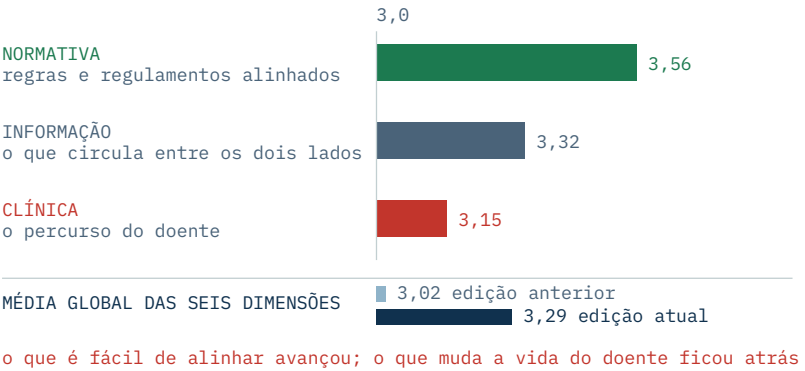
mente esse padrão: a dimensão normativa é a que mais avançou, a clínica é a que menos.

A razão é que a coordenação clínica não se decreta. Depende de um processo clínico partilhado que ambos os lados leem e escrevem. Portugal dispõe de vários mecanismos de partilha, mas ainda não de um registo longitudinal verdadeiramente integrado e utilizável de forma uniforme entre todos os níveis e instituições. Depende de critérios de referenciação acordados entre quem envia e quem recebe. Depende de tempo protegido para as equipas dos dois níveis discutirem os doentes que partilham, o que significa retirar esse tempo a outra coisa. E depende de o financiamento premiar a coordenação, e não a atividade de cada lado em separado.

Daqui decorre a única recomendação que a evidência sustenta sem reservas: medir a integração pelo que acontece ao doente, e não pela existência da estrutura. Não «quantas ULS foram criadas», mas quantos doentes crónicos têm plano partilhado, quantas referenciações são devolvidas por falta de informação, quantos exames se repetem entre níveis. Enquanto os indicadores forem estruturais, a reforma continuará a parecer cumprida muito antes de o ser.

ONDE A INTEGRAÇÃO AVANÇOU, E ONDE NÃO

perceção de quase 7 mil profissionais do SNS, escala de 1 a 5



o que é fácil de alinhar avançou; o que muda a vida do doente ficou atrás

Barómetro de Integração de Cuidados da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, segunda edição. Mostram-se as três dimensões cujos valores estão publicados. A média global subiu — mas a dimensão que mais interessa a quem está doente continua a ser a que pontua mais baixo.

Cobrar resultados a quem não tem meios para os produzir não é gestão. É apontar o dedo à pessoa mais próxima, enquanto a peça que falta continua numa gaveta a duzentos quilómetros.

PARA SABER MAIS

- Decreto-Lei que cria as Unidades Locais de Saúde, 2023 — objetivos declarados de autonomia e integração.
- Entidade Reguladora da Saúde — *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*.
- Cruz JR et al., «Unidade local de saúde: um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde», *Revista de Enfermagem Referência*, 2022.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares — Barómetro de Integração de Cuidados, 2.ª edição, 2025.
- Tribunal de Contas — auditorias à contratualização e à autonomia de gestão no SNS.
- Saltman RB, Durán A, Dubois HFW, *Governing Public Hospitals*, Observatório Europeu, 2011.
- Código dos Contratos Públicos — regime aplicável às aquisições em saúde.

CAPÍTULO
15

Cada mudança recomeça o livro na primeira página

A saúde muda ao ritmo de uma década. Quem a governa dura, em média, menos de três anos. Quase tudo o que se segue neste capítulo decorre deste desencontro.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Formar um especialista, construir uma unidade, mudar a forma como as pessoas trabalham: tudo isto leva anos a dar fruto. Quem decide raramente está lá para colher.

Não é uma questão de carácter de quem governa, e convém perceber o mecanismo, porque ele é quase mecânico. Um responsável pela saúde é avaliado — pela comunicação social, pelo parlamento, pelo seu próprio partido — pelo que conseguiu mostrar durante o tempo em que lá esteve. Ora, das decisões que pode tomar, umas produzem efeito visível em meses e outras em uma década. Perante duas medidas igualmente boas, escolher a lenta significa entregar o resultado a quem vier a seguir e ficar, entretanto, com a fatura política de ter mexido em alguma coisa sem nada para apresentar. A escolha racional, para quem está no lugar, é quase sempre a medida rápida.

Há um segundo mecanismo que agrava o primeiro. Uma reforma iniciada por alguém fica associada a esse alguém. Continuá-la é dar-lhe razão; substituí-la por outra, com nome novo,

é a forma mais simples de marcar posição. Assim se explica o que qualquer profissional com vinte anos de casa já viu: reorganizações sucessivas com alterações diferentes, iguais, ilusórias, contraditórias ou meritórias — e siglas novas para departamentos antigos, programas lançados com entusiasmo e abandonados sem explicação.

A instituição aprende então a defender-se. Percebe que resistir tem menor custo do que aderir: quem se entrega a uma reforma que morre perde o trabalho investido e fica marcado por ela; quem espera parado não perde nada. E como esta conclusão é confirmada de cinco em cinco anos, deixa de ser cinismo e passa a ser experiência acumulada.

Esta prudência não é preguiça. É memória. É a mesma que faz um enfermeiro sorrir, com uma certa tristeza, ao ouvir anunciar «uma reforma profunda e estrutural» pela quinta vez em vinte anos.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Nos últimos quarenta anos, catorze pessoas diferentes ocuparam a pasta da Saúde em Portugal — pouco menos de três anos por titular, em média — e várias saíram antes de o governo chegar ao fim. Saúde e Administração Interna disputam, ano após ano, o título pouco invejável de pastas mais remodeladas do governo português.

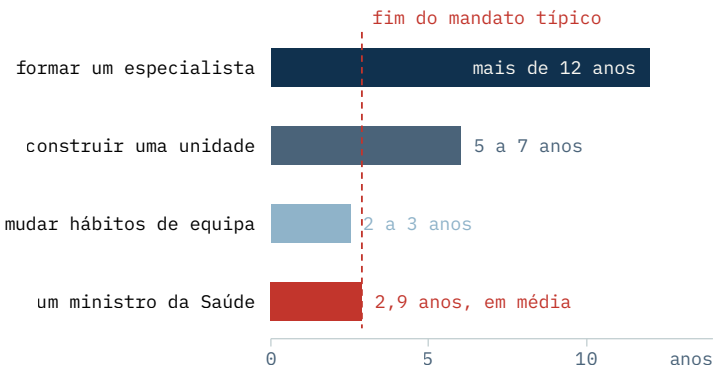
A instabilidade não fica pelo andar de cima. Só no período mais recente da reforma do SNS, com a criação das Unidades Locais

de Saúde, a Direção Executiva do SNS já passou por três diretores diferentes. É precisamente o organismo técnico criado para dar continuidade às decisões, seja quem for que governe.

Confronte-se isto com os prazos reais das coisas. Formar um especialista: mais de doze anos. Construir e abrir uma unidade nova: cinco a sete. Mudar hábitos de trabalho de uma equipa: dois a três, se correr bem. Um mandato político: quatro anos na letra da lei, e raramente com o mesmo responsável do princípio ao fim.

RELÓGIOS QUE NÃO COINCIDEM

quanto tempo cada coisa demora, à mesma escala



só a barra mais curta cabe dentro de um mandato
quem reforma quase nunca vê o resultado da reforma

Duração média calculada a partir da lista oficial de titulares da pasta da Saúde nos últimos quarenta anos: catorze pessoas diferentes, o que dá pouco menos de três anos por titular. À direita da linha tracejada está tudo o que um responsável decide e não chega a ver.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um pomar. Uma nogueira demora quinze anos a dar nozes a sério. Agora imagine que o jardineiro muda de três em três anos, e que cada um é avaliado pelo que colheu durante o seu tempo.

O que faz um jardineiro racional nestas condições? Não planta nogueiras. Planta alfaces — crescem em seis semanas, enchem a horta e ficam bem na fotografia. E quando encontra as nogueiras que o anterior plantou, tem duas hipóteses: cuidar delas, sabendo que quem colhe é o seguinte, ou arrancá-las para pôr mais alfaces no lugar.

Ao fim de trinta anos, aquele pomar teve dez jardineiros, produziu muitas alfaces e não tem uma única nogueira adulta. Ninguém foi incompetente. O sistema de avaliação é que estava mal montado desde o princípio.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as equipas, o efeito é o desinvestimento defensivo. Uma equipa que já viu três reformas morrerem não se entrega de corpo e alma à quarta — e essa reserva, que é racional para cada pessoa, é desastrosa para o conjunto.

Para as reformas boas, é uma sentença de morte agendada. Muitas não falham por serem más ideias: falham por nascerem demasiado perto do fim de um mandato para sobreviverem ao seguinte.

Para o país, o preço paga-se em coisas concretas que ninguém soma. Uma plataforma informática comprada, instalada e abandonada antes de estar em pleno funcionamento. Uma equipa formada para um programa que deixou de existir. Um edifício adaptado para uma organização de serviços que entretanto mudou. E, sobretudo, o custo de oportunidade: os anos em que se recomeçou são anos em que não se avançou, e esses não se recuperam por decreto nenhum.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«O problema é a falta de vontade política.»**
>
> Vontade tem havido, e em abundância. O que falta é tempo suficiente para que uma decisão produza efeito antes de outra pessoa a reverter.

> **«É preciso um grande acordo de regime.»**
>
> Os acordos amplos ajudam, mas assinam-se e esquecem-se. O que mostra resultados é mais prosaico: instituições técnicas com dirigentes que não mudam a cada eleição e que executam o que já foi decidido.

> **«Reorganizar é reformar.»**
>
> Mudar organogramas e siglas é a forma mais rápida de parecer que se está a mudar alguma coisa, e a que menos altera o que acontece a um doente. Reformar é mexer em incentivos, em processos e em quem decide o quê.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Há países que resolveram uma parte disto, e não com fórmulas complicadas: mantêm instituições técnicas estáveis, com dirigentes que não mudam a cada eleição, encarregadas de execu-

tar o que já ficou decidido enquanto a política discute o que vem a seguir. A política escolhe o destino; a técnica trata de lá chegar, sem recomeçar a viagem sempre que muda o condutor.

Dois exemplos tornam isto concreto. O Reino Unido criou em 1999 um instituto encarregado de avaliar que tratamentos vale a pena pagar com dinheiro público, o NICE. Desde então passaram por Downing Street governos trabalhistas, de coligação e conservadores, e o instituto manteve o mandato, o método e a independência técnica — a ponto de as suas avaliações serem hoje usadas como referência muito para lá das fronteiras britânicas. Na Alemanha, a decisão sobre o que entra e o que não entra no cabaz de cuidados comparticipados cabe a um organismo próprio, o Comité Federal Conjunto, que reúne quem paga e quem presta e cuja composição não muda com o resultado das eleições federais.

Repare-se no que os dois casos têm em comum, porque não é a independência pela independência. Em ambos, a decisão política de fundo — quanto se gasta, que princípios se seguem — continua a ser tomada por quem foi eleito. O que ficou fora do ciclo eleitoral foi a execução e o método: como se avalia, com que critérios, com que dados. É essa fronteira que Portugal ainda não conseguiu traçar.

A segunda condição é medir a longo prazo e publicar. Um programa cujos resultados só aparecem a dez anos precisa de indicadores intermédios definidos à partida — caso contrário, será

avaliado ao terceiro ano pelo que ainda não podia ter produzido, e cancelado por isso.

Em Portugal, esta divisão simples ainda não pegou. Nem sequer no organismo que nasceu, no papel, exatamente para a garantir.

Um país não muda a sua saúde em quatro anos. Muda-a apesar de ter, para o fazer, apenas quatro anos de cada vez.

PARA SABER MAIS

- Lista oficial de titulares da pasta da Saúde nos governos constitucionais portugueses.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde — relatórios de primavera, análise de continuidade de políticas.
- Greer SL et al., *Everything you always wanted to know about European Union health policies*, Observatório Europeu.
- Diploma de criação da Direção Executiva do SNS, 2022, e alterações subsequentes.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Reino Unido — mandato e métodos de avaliação; e Gemeinsamer Bundesausschuss, Alemanha — composição e competências.
- OCDE, *Health System Performance Assessment* — governação e continuidade.

CAPÍTULO
16

A burocracia come a consulta

Vinte minutos com o médico não são vinte minutos de médico. E a forma mais fácil de aumentar o número de consultas em Portugal não é contratar ninguém.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Dentro de uma consulta cabe muita coisa que não é medicina: passar receitas, pedir exames, justificar pedidos, preencher formulários, emitir declarações, atestados, credenciais de transporte, autorizações. Cada uma é rápida, e nenhuma parece de mais. Somadas, ocupam exatamente o espaço que se devia estar a dar ao ouvir, ao examinar e ao explicar — e é esse o espaço onde a medicina de facto acontece.

O prejuízo é duplo, e a segunda metade discute-se pouco. Do lado do doente, perde-se a relação: quem passa metade da consulta a olhar para um ecrã transmite, sem querer, que há ali algo mais importante do que a pessoa à sua frente. Do lado do profissional, perde-se outra coisa igualmente séria — a satisfação com o próprio trabalho. Ninguém estudou doze anos para preencher campos, e passar o dia a fazê-lo corrói a razão pela qual se escolheu a profissão. A carga administrativa é um dos fatores que se somam ao volume assistencial, aos horários, à autonomia e às condições de trabalho na insatisfação e no desgaste profissional.

Uma parte disto vem de um lugar improvável: das regras que se acumulam. Cada problema que aparece dá origem a uma circular, uma norma ou um formulário. Cada um deles nasceu para resolver alguma coisa real. O que nunca acontece é o passo seguinte — verificar, dois anos depois, se aquilo serviu para alguma coisa e apagar o que não serviu.

Ao fim de vinte anos, o resultado é um emaranhado onde ninguém sabe ao certo o que está em vigor. Perante a dúvida, cumpre-se tudo: pedem-se três assinaturas para o que precisa de uma, e preenchem-se dois papéis com a mesma informação.

Há ainda um terceiro fio. O registo clínico, que durante décadas era uma nota que um profissional escrevia para o profissional seguinte, passou a servir mais três senhores. Serve para faturar, e por isso tem de ter códigos. Serve para contar produção, e por isso tem de ter campos preenchidos. Serve para provar, num processo ou em tribunal, que se fez o que devia — e por isso tem de ter tudo, mesmo o que não interessa.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Um estudo de referência publicado em 2016 nos *Annals of Internal Medicine* seguiu médicos ao longo do dia de trabalho, cronómetro na mão. Concluiu que passavam quase metade do tempo com registos e tarefas administrativas, e pouco mais de um quarto em contacto direto com doentes. Por cada hora com pessoas, quase duas com o ecrã.

Em Portugal, há uma camada adicional que agrava tudo isto: as próprias ferramentas informáticas. O trabalho clínico passa hoje por um conjunto de aplicações — o SClínico para o registo, a Prescrição Eletrónica Médica para receitas e exames, e várias outras — e quando elas falham, o trabalho não pára: transforma-se. Em setembro de 2025, a Ordem dos Médicos veio a público descrever falhas críticas nos sistemas centralizados do SNS que provocaram consultas adiadas, tratamentos protelados, impossibilidade de aceder a diários de consulta, dificuldades na prescrição e — na expressão do próprio comunicado — duplicação desnecessária de trabalho administrativo. Em junho de 2026, a prescrição eletrónica voltou a funcionar de forma intermitente durante uma manhã inteira.

Há um problema de fundo por trás dos episódios. Estas aplicações foram desenhadas para recolher informação, e não para poupar tempo a quem a introduz. O SClínico, por exemplo, não permite que um médico leia com facilidade o que um enfermeiro escreveu sobre o mesmo doente — duas pessoas a tratar da mesma pessoa, em dois registos que não se cruzam. Cada nova versão acrescenta campos obrigatórios e, embora existam coisas positivas, muitas vezes as mudanças não retiram nem melhoram nada. Um sindicato médico resumiu a inversão numa frase que vale a pena reter: as aplicações informáticas devem estar ao serviço dos médicos, e não os médicos ao serviço das aplicações.

E há uma consequência que raramente se menciona. O profissional mantém sempre o dever de documentar adequadamente

os cuidados que prestou, aconteça o que acontecer ao sistema informático. Quando as aplicações falham, cria-se um risco duplo — clínico, porque a informação deixa de estar acessível a quem vem a seguir, e médico-legal, porque o registo pode ficar incompleto. É por isso que as instituições precisam de ter procedimentos de contingência escritos e testados, e não improvisados na manhã em que o sistema cai.

ONDE VAI O DIA DE UM MÉDICO

observação com cronómetro, ao longo do dia de trabalho



- quase metade do dia com registos e tarefas administrativas
- pouco mais de um quarto em contacto direto com doentes
- por cada hora com pessoas, quase duas com o ecrã

SE UM MÉDICO DE FAMÍLIA RECUPERAR MEIA HORA POR DIA

30 min por dia → **+100 h** por ano → **~300** consultas

que hoje simplesmente não acontecem — sem contratar ninguém

Proporções observadas no estudo publicado em 2016 nos Annals of Internal Medicine, que seguiu médicos ao longo do dia com cronómetro. A conta em baixo aplica-se a um médico de família com mil e quinhentos utentes.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um sótão onde, ao longo de vinte anos, foi sendo arrumado tudo o que já não cabia em casa. Ninguém pôs lá nada

por maldade: cada caixa fez sentido no dia em que subiu as escadas. Só que nunca ninguém desceu nada. Ao fim de vinte anos, procurar uma coisa naquele sótão demora mais tempo do que comprá-la de novo — e perante a dúvida sobre se aquela caixa ainda serve, a decisão mais segura é sempre a mesma: deixá-la ficar.

É assim que funcionam as regras e os campos obrigatórios. Criar é fácil e não tem custo: resolve um problema concreto no dia em que se cria, e ninguém protesta. Retirar exige assumir, com humildade e honestidade, que aquilo já não fazia falta — e ninguém quer ser a pessoa que retirou o campo que, um ano depois, faria falta num processo em tribunal. Acumular é, para toda a gente, o comportamento sem risco.

Agora acrescente-lhe a parte que torna a imagem exata. Neste sótão, não é o dono da casa que passa lá o dia a procurar: é o médico, no meio da consulta, com uma pessoa sentada à frente à espera. Cada minuto gasto a encontrar a caixa certa é um minuto retirado a quem está ali. E quando alguém instala uma escada mais estreita — uma nova versão da aplicação, com mais dois campos —, ninguém pergunta a quem sobe as escadas todos os dias se aquilo ajuda ou atrapalha.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, o custo é tempo de atenção. A parte da consulta que se perde é precisamente a que não é substituível por

mais nada: ouvir, perceber o que não está a ser dito, explicar de forma que a pessoa saia dali a saber o que fazer.

Para os profissionais, preencher formulários que ninguém lê é uma das formas mais eficientes de transmitir a alguém que o seu tempo não vale nada. Aparece consistentemente nos estudos como fator de esgotamento.

Para o país, faça-se a conta ao contrário. Um médico de família com mil e quinhentos utentes que recupere meia hora por dia ganha, ao fim de um ano, mais de cem horas de consulta — perto de trezentas consultas que hoje simplesmente não acontecem. Multiplicado pelos médicos de família do país, é uma quantidade de trabalho clínico que nenhum concurso de contratação conseguiria produzir no mesmo prazo.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Os médicos deviam escrever menos.»**
>
> O registo clínico é parte do ato médico e um bom registo poupa horas a quem apanha o caso a seguir. O que sobra são as tarefas que qualquer outra pessoa faria igual ou melhor. Caíram-lhes em cima porque ainda não se percebeu que investir para que os médicos possam ser médicos, e os enfermeiros possam ser enfermeiros, é um investimento — e não um custo ou um prejuízo.

> **«Um bom registo é o registo completo.»**
>
> É o que permite a outra pessoa, às três da manhã, perceber em dois minutos o que se passou e o que fazer a seguir. Dez páginas de campos preenchidos sem o raciocínio clínico não poupam nada a ninguém.

> **«Mais indicadores dão melhor gestão.»**
>
> Quando uma medida se transforma em meta, deixa de ser uma boa medida. Um serviço avaliado pelo número de consultas fará mais consultas — inclusive algumas que não eram precisas. O indicador melhora, o trabalho piora, e ninguém mentiu pelo caminho.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Existe um critério simples para separar o que deve e o que não deve estar dentro da consulta: a tarefa exige juízo clínico? Emitir a segunda via de uma declaração, marcar o exame que já foi decidido, imprimir a credencial de transporte ou renovar uma receita crónica estável não exigem. Podem ser feitos por outra pessoa, ou automaticamente, com validação posterior.

Em vários sistemas de saúde, cada equipa clínica tem apoio administrativo dedicado que trata de tudo o que não é decisão médica. O cálculo é trivial: se uma hora de médico custa várias vezes mais do que uma hora de apoio administrativo, cada tarefa transferida poupa dinheiro e devolve consultas.

Contra a acumulação de regras existe um instrumento usado noutros países e que a saúde portuguesa quase não aplica: a cláusula de caducidade. Cada norma nasceria com um prazo escrito — três anos, por exemplo — e, se ninguém a reconfirmasse antes de expirar, desapareceria sozinha, sem que fosse preciso alguém assumir o desconforto político de a revogar.

Do lado das ferramentas informáticas, o princípio é ainda mais simples e quase nunca se aplica: quem desenha uma aplicação

clínica devia ser obrigado a medir quanto tempo ela custa a quem a usa, e a apresentar esse número antes de acrescentar o campo seguinte. Uma aplicação que exige dois cliques a mais, multiplicados por trinta consultas por dia e por milhares de médicos, consome mais horas de trabalho clínico do que qualquer serviço que se tenha encerrado por falta de pessoal. Só que essas horas não aparecem em lado nenhum — não têm rubrica, não têm relatório, e ninguém as reclama.

Há também uma solução já implementada noutros sistemas de saúde, e que começa a chegar a Portugal: assistentes automáticos que escutam a consulta e produzem o registo, deixando ao clínico apenas a revisão. Uma grande organização de saúde norte-americana avaliou a sua introdução e concluiu algo que interessa reter — o ganho principal não foi conseguir atender mais gente no tempo poupado, mas os profissionais passarem a sentir-se menos fragmentados e mais presentes com quem tinham à frente. Se a tecnologia foi parte do problema, pode agora ser parte da solução — desde que se decida usá-la para devolver tempo, e não para encaixar mais um doente na agenda.

PORQUE É QUE O TRABALHO ADMINISTRATIVO SÓ CRESCE

ENTRA todos os anos

- normas e circulares novas
- campos obrigatórios novos
- versões novas das aplicações

O QUE UM CLÍNICO TEM DE CUMPRIR TODOS OS DIAS
e que ninguém consegue enumerar por inteiro

SAI revogações: raras — exigem assumir que a regra anterior já não fazia falta

criar não tem custo político; retirar tem
e por isso o nível dentro da caixa só sobe

O mecanismo é o mesmo para as normas e para o software: acrescentar resolve um problema visível hoje; retirar obriga a assumir que aquilo já não fazia falta. Enquanto a saída for mais estreita do que a entrada, o nível sobe todos os anos.

Uma das formas potencialmente mais rápidas de aumentar a capacidade clínica em Portugal é devolver aos profissionais o tempo hoje consumido por tarefas que não exigem juízo clínico. Não é abrir vagas nem construir centros de saúde. É devolver aos clínicos as horas que lhes foram sendo tiradas — uma renovação repetida de transporte, ou um clique na PEM a menos, de cada vez.

PARA SABER MAIS

- Sinsky C et al., «Allocation of physician time in ambulatory practice», *Annals of Internal Medicine*, 2016.
- Goodhart CAE — formulação original da lei que leva o seu nome sobre metas e medidas.
- ACSS — repositório de circulares normativas, disponível publicamente.
- Ordem dos Médicos — comunicados sobre falhas nos sistemas informáticos centralizados do SNS, 2025 e 2026.
- SPMS — documentação do SClínico e da Prescrição Eletrónica Médica.
- OCDE, *Administrative burden in health systems* — comparação internacional.
- Bodenheimer T, Sinsky C, «From triple to quadruple aim», *Annals of Family Medicine*, 2014.

BLOCO V · CAPÍTULOS 17 A 21

O país que envelheceu

Portugal envelheceu mais depressa do que se organizou para isso. Este é o bloco onde os problemas do presente se cruzam com os das próximas décadas — e onde a saúde deixa de conseguir resolver-se sozinha.

CAPÍTULO
17

Cinco doenças, cinco médicos, nenhum plano

> **A medicina moderna organizou-se por órgãos. As pessoas continuam a adoecer inteiras — e a maioria dos doentes de hoje não tem uma doença, tem várias ao mesmo tempo.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Durante o século XX, a medicina dividiu-se em especialidades, e essa divisão produziu ganhos extraordinários. Um cardiologista que passa a vida a estudar corações sabe do coração aquilo que ninguém que estude tudo alguma vez saberá.

O problema surge quando a mesma pessoa tem cinco coisas ao mesmo tempo: diabetes, tensão alta, insuficiência cardíaca, uma articulação estragada e princípio de doença renal. Cada especialista trata bem a sua parte. Cada um segue as recomendações da sua área, que foram escritas a pensar em doentes com aquela doença — e apenas aquela.

Somadas, as cinco recomendações produzem uma lista de doze medicamentos, quatro consultas por ano em sítios diferentes, três análises com preparações distintas, e conselhos de estilo de vida que às vezes se contradizem. E aqui convém ser rigoroso, porque a versão fácil é falsa. Não é verdade que ninguém tenha a tarefa de olhar para o conjunto: há especialidades cuja

formação é precisamente essa — a medicina geral e familiar e a medicina interna, entre outras. O problema é outro, e tem três camadas. Muitas destas pessoas não têm médico de família atribuído, como o capítulo cinco mostrou. Quando têm, esse olhar de conjunto raramente é reconhecido como o ato clínico central que é, e cede lugar a quem tem uma opinião mais específica sobre um órgão.

A terceira camada é a literacia em saúde. Um plano que junte cinco doenças só funciona se a pessoa o entender e o conseguir executar em casa, sozinha, todos os dias. Como se viu no capítulo nove, quase três em cada dez adultos portugueses têm dificuldade em compreender informação de saúde — e a multimorbilidade concentra-se justamente nas populações onde essa dificuldade é maior. O plano mais bem desenhado do mundo, entregue a quem não o percebe, produz o mesmo resultado que plano nenhum.

Há um agravante que raramente se discute: os ensaios clínicos que produzem as recomendações excluem quase sempre doentes com múltiplas doenças, precisamente por serem complicados. Ou seja, as regras que se aplicam a estes doentes foram testadas em pessoas que não se pareciam com eles.

E há uma razão histórica por trás de tudo isto, que explica por que motivo parece que o nosso sistema nacional de saúde resiste tanto a adaptar-se. O Serviço Nacional de Saúde foi desenhado em 1979 para um país muito diferente do atual: mais novo, com as doenças agudas e infeciosas a dominar, e onde a função

de um hospital era resolver episódios — tratar, curar, dar alta. A estrutura que herdámos é a desse país: hospitais organizados por órgãos, financiamento que conta episódios, consultas marcadas uma a uma, e um circuito que assume que a pessoa entra com um problema e sai sem ele.

Só que o país mudou por baixo dessa estrutura. Portugal envelheceu mais depressa do que quase toda a Europa, e a mesma medicina que resolveu as doenças agudas transformou muitas das outras em condições crónicas com que se vive décadas. O doente típico deixou de ser alguém com um problema e passou a ser alguém com cinco — e nenhuma parte do SNS foi verdadeiramente redesenhada para isso.

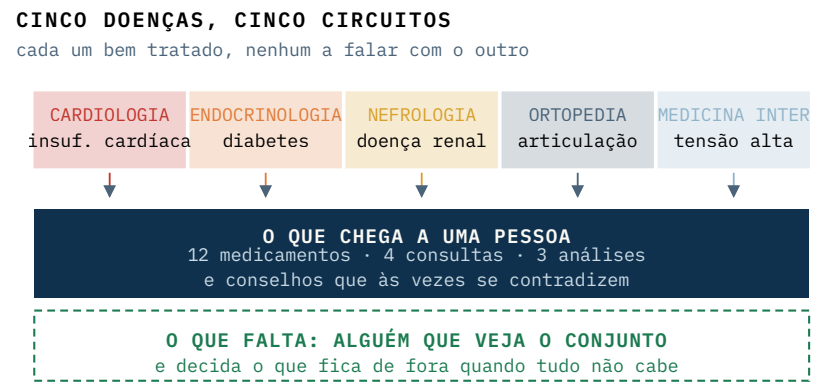
O QUE MOSTRAM OS DADOS

Mais de metade das pessoas com mais de quarenta e cinco anos em Portugal tem duas ou mais doenças crónicas ao mesmo tempo. Acima dos sessenta e cinco, a proporção sobe acentuadamente. A multimorbilidade deixou de ser a exceção: é o perfil típico de quem enche as consultas, as urgências e os internamentos.

Um estudo escocês publicado no *Lancet* em 2012, conduzido por Karen Barnett e colegas sobre os registos de cuidados primários de mais de um milhão e setecentas mil pessoas, mostrou uma coisa que mudou a forma de olhar para isto: a multimorbilidade aparece dez a quinze anos mais cedo nas populações mais pobres. Uma pessoa de cinquenta anos num bairro caren-

ciado tem tantas doenças ao mesmo tempo como uma de sessenta e cinco num bairro rico.

Sobre a medicação, a evidência é consistente. O risco de interações e de efeitos adversos aumenta com o número de fármacos, e a partir de cerca de cinco por dia — o limiar que a literatura convencionou chamar polimedicação — passa a ser suficientemente relevante para justificar uma revisão regular da lista. Sabe-se também que uma parte não desprezável dos internamentos de pessoas idosas está relacionada com problemas ligados à medicação, e que muitos desses episódios seriam evitáveis.



Nenhum destes especialistas está errado, e cada um segue as recomendações da sua área. O problema aparece na soma — e a soma não é responsabilidade de nenhum deles em particular.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine uma casa antiga com quatro problemas: o telhado, a canalização, a instalação elétrica e as janelas. Chama quatro especialistas, cada um excelente no seu ofício.

O telhador diz que é preciso levantar as telhas todas, e que a obra demora três semanas. O canalizador precisa de abrir as paredes onde o eletricista quer passar os cabos. O eletricista diz que só pode trabalhar depois de a canalização estar fechada. E o das janelas avisa que, se quiser as janelas novas antes da obra, ficam cheias de pó.

Cada um tem razão. Nenhum está errado. E se não houver alguém que olhe para a casa inteira e decida a ordem, a família vai viver oito meses no meio de escombros — ou, mais provavelmente, desiste a meio e fica com o telhado novo e a canalização a pingar.

Falta o mestre de obras. Na saúde, esse papel devia ser do médico de família — e é precisamente ele que falta a um milhão e meio de portugueses.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, o custo é de tempo, de dinheiro e de coerência. Doze medicamentos com horários diferentes são difíceis de cumprir para qualquer pessoa, e quase impossíveis para quem vive sozinho e tem a vista fraca. O que acontece na prática é que se deixa cair alguns — e quase nunca são os que o médico

teria escolhido sacrificar. Há já quem esteja a atacar este problema concreto: a Tabela Terapêutica (tabelaterapeutica.pt), desenvolvida por um médico português da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, produz um plano de medicação visual e legível, com horários e imagens, que a pessoa leva para casa. Não resolve a multimorbilidade; resolve o passo em que ela mais frequentemente descarrila.

Para as famílias, é a gestão de uma agenda que não pára. Quatro consultas por ano em quatro sítios significa quatro deslocações, quatro dias de trabalho perdidos, quatro vezes a contar a mesma história do princípio.

Para o nosso Serviço Nacional de Saúde, estes são os doentes que mais consomem — e são tratados aos solavancos, uma crise de cada vez. O modelo continua desenhado para episódios: alguém tem um problema, é tratado, vai para casa. Quem tem cinco doenças crónicas não tem episódios. Tem uma linha que sobe e desce todas as semanas, e o sistema só o vê quando ele cai.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

«É melhor ser seguido por especialistas em tudo.»

Depende do que se está a tratar. Numa doença grave e específica — um cancro, uma insuficiência cardíaca avançada — ser seguido por quem faz aquilo todos os dias melhora resultados de forma bem documentada. O problema não é ter especialistas: é ter apenas especialistas de cada parte, e nenhum do todo.

E convém desfazer um equívoco: quem vê o conjunto também é especialista. A medicina geral e familiar e a medicina interna são especialidades, com internato próprio e prova final como qualquer outra — só que se especializam na pessoa inteira, e não num órgão. Quem tem cinco doenças precisa das duas coisas ao mesmo tempo. Sem a segunda, a soma de cinco boas decisões pode dar um mau plano.

«Mais medicamentos, melhor controlada está a doença.»

Até certo ponto, e a ressalva é importante. Muitas pessoas precisam mesmo de tomar vários medicamentos, e isso não é um defeito do sistema de saúde português — é o resultado direto da evolução da medicina, que transformou em condições tratáveis doenças que antes matavam. O que a evidência mostra é que o risco de interações e de efeitos adversos aumenta com o número de medicamentos, e que a partir de cerca de cinco fármacos diários — o limiar que a literatura convencionou chamar polimedicação — esse risco passa a ser suficientemente relevante para justificar uma revisão regular da lista, e que há situações em que retirar um medicamento melhora a saúde de alguém mais do que acrescentar outro. Fica dito com clareza: essa avaliação é sempre clínica. Nenhuma alteração — muito menos suspender um medicamento — deve ser feita por iniciativa própria, mas apenas por indicação de um médico que conheça o quadro completo.

> **«Estes doentes são complicados porque não colaboram.»**
>
> É o inverso. Pede-se a uma pessoa de oitenta anos, que vive sozinha e vê mal, que cumpra doze medicamentos com horários diferentes, quatro consultas por ano em quatro sítios, e conselhos que por vezes se contradizem entre si. Quando alguma coisa falha, chama-se a isso falta de adesão — expressão que coloca o problema do lado de quem recebe o plano, e não do lado de quem o desenhou sem verificar se era executável. Um plano que só funciona com um doente ideal não é um bom plano.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

O modelo com melhor evidência chama-se gestão da doença crónica e assenta em quatro peças simples: um plano combinado com o doente, um profissional de referência que o conhece, contactos programados que não dependem de a pessoa piorar, e ensino para que ela própria reconheça os primeiros sinais e saiba o que fazer. Nenhuma destas peças é cara. Nenhuma exige tecnologia nova.

A segunda intervenção importante é a revisão periódica da medicação, feita com o objetivo explícito de retirar o que já não faz falta. Chama-se desprescrição, e é uma das poucas coisas em medicina que melhora resultados fazendo menos. Exige tempo, exige conhecer a história toda, e exige alguém disposto a mexer no que outro colega prescreveu — três razões que explicam por que é tão pouco praticada.

A terceira é organizativa e quase trivial: concentrar consultas e exames no mesmo dia. Uma pessoa com cinco doenças que pos-

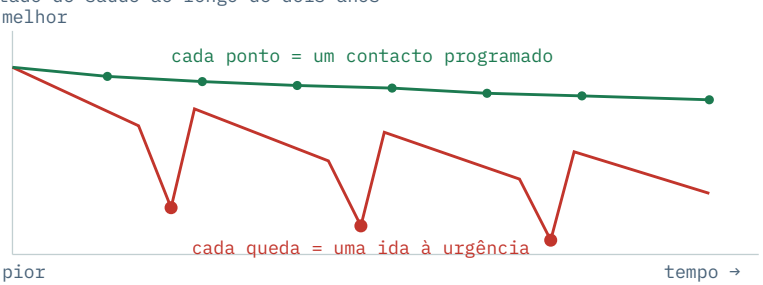
sa resolver três consultas numa manhã ganha dois dias de vida — e o hospital não gasta mais um cêntimo por isso.

Há ainda uma quarta resposta, com evidência sólida e pouca expressão em Portugal: a avaliação geriátrica global, que olha na mesma consulta para as doenças, a medicação, a mobilidade, a memória e as condições em casa. As revisões sistemáticas mostram que os doentes idosos internados assim avaliados têm maior probabilidade de estar vivos e a viver em casa meses depois do que os que recebem o cuidado habitual.

Repare-se no que estas quatro medidas têm em comum: nenhuma envolve um medicamento novo nem mais dinheiro. Envolvem tempo e coordenação — as duas coisas que o pagamento por episódios nunca soube comprar.

DOIS MODOS DE ACOMPANHAR A MESMA PESSOA

estado de saúde ao longo de dois anos



as quatro peças do acompanhamento programado, e nenhuma é cara:

- um plano combinado
- contactos programados, sem esperar
- um profissional de referência
- ensinar a reconhecer os sinais

Trajetórias ilustrativas do padrão descrito na literatura sobre gestão da doença crónica. À esquerda espera-se pela queda e trata-se a crise; à direita gasta-se pouco, muitas vezes, para que a queda não aconteça.

A medicina aprendeu a dividir o corpo em partes e ganhou muito com isso. Falta agora aprender a voltar a juntá-las — porque é assim que as pessoas continuam a viver, e a adoecer.

PARA SABER MAIS

- Ellis G et al., «Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital», revisão Cochrane.
- Barnett K et al., «Epidemiology of multimorbidity and implications for health care», *The Lancet*, 2012.
- Wagner EH — modelo de cuidados a doentes crónicos (*Chronic Care Model*).
- Boyd CM et al., «Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases», *JAMA*, 2005.
- Scott IA et al., «Reducing inappropriate polypharmacy», *JAMA Internal Medicine*, 2015.
- Inquérito Nacional de Saúde, INE — prevalência de doenças crónicas por grupo etário.
- Tabela Terapêutica — tabelaterapeutica.pt, ferramenta portuguesa de plano de medicação visual para doentes com múltiplas prescrições.

CAPÍTULO
18

Camas ocupadas por quem já não precisa delas

> **Há pessoas internadas há meses num hospital que já não têm doença nenhuma para tratar. Não saem porque não há para onde ir — e chamam-lhes, com uma delicadeza cruel, casos sociais.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Uma senhora de oitenta e seis anos parte a anca. É operada, recupera bem, e ao fim de dez dias está clinicamente pronta para sair. Só que não consegue andar sozinha, vive num quarto andar sem elevador, e a filha trabalha a tempo inteiro em Setúbal.

Do ponto de vista médico, aquela senhora tem alta. Do ponto de vista real, não tem para onde ir. Fica no hospital — que é o único sítio do Estado que não pode dizer que não — enquanto se procura um lugar numa unidade de convalescença ou num lar.

A resposta que devia recebê-la existe e chama-se Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Foi criada precisamente para este espaço entre o hospital e a casa. O problema é de dimensão: nunca cresceu ao ritmo do envelhecimento do país, e cada lugar que vaga tem uma fila à espera.

Note-se a expressão que se usa. Chama-se a isto «alta social» ou «caso social» — o que sugere que o problema é da pessoa e da

sua família, e não da ausência de uma resposta que o Estado prometeu construir e não construiu na escala necessária.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Milhares de camas hospitalares em Portugal estão ocupadas, em cada momento, por pessoas com alta clínica dada. Valorizando esses dias ao preço de uma diária hospitalar, chega-se a um número da ordem dos 351 milhões de euros por ano — mais 63 milhões do que no ano anterior.

Convém perceber o que este número é e o que não é, porque a leitura fácil está errada. Não são 351 milhões que o Estado recuperaria se amanhã todas estas pessoas saíssem. A maior parte do que custa uma cama de hospital é fixo — o edifício, a equipa do turno, o bloco, a urgência aberta — e continua a existir com a cama ocupada ou vazia. O que se poupa em dinheiro vivo ao dar uma alta é apenas a parte variável: refeições, alguns consumíveis, alguma medicação. É uma fração pequena do total.

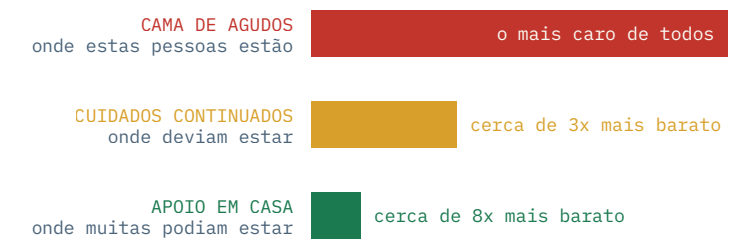
O verdadeiro ganho é de outra natureza, e é maior do que o financeiro: chama-se capacidade libertada. A cama que se desocupa permite operar alguém que estava há meses em lista, ou receber quem passou a noite numa maca da urgência. O hospital não fica com mais dinheiro — fica com mais hospital. É assim que os 351 milhões devem ser lidos: como a medida de um recurso escasso a ser desperdiçado, e não como um cheque à espera de ser levantado.

As contas são desfavoráveis em todos os sentidos. Um dia de internamento hospitalar custa várias vezes mais do que um dia numa unidade de cuidados continuados, e muitas vezes mais do que um dia de apoio domiciliário. Está a pagar-se a resposta mais cara para prestar o cuidado menos adequado.

Portugal é hoje um dos países mais envelhecidos da Europa, e o índice de envelhecimento continua a subir. A pressão sobre este espaço vai aumentar todos os anos da próxima década, sem exceção.

O MESMO CUIDADO, TRÊS PREÇOS

custo relativo de um dia, tomando a cama de hospital como referência



O QUE ISTO CUSTA AO ESTADO, POR ANO

351 milhões de euros
a pagar a cama mais cara

→

milhares de lugares
nas respostas que faltam

e subiu 63 milhões só no último ano

Proporções indicativas: um dia em cama de agudos custa várias vezes mais do que um dia em cuidados continuados, e muitas vezes mais do que um dia de apoio domiciliário. Está a pagar-se a resposta mais cara para prestar o cuidado menos adequado.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um aeroporto onde os aviões aterram normalmente mas as portas de saída estão a metade. Os passageiros desembarcam e ficam retidos no terminal. Não é que o terminal seja mau — é que não foi feito para as pessoas viverem lá.

Ao fim de algumas horas, o terminal está cheio de gente que já chegou ao destino e não consegue sair. E a consequência não se manifesta no terminal: manifesta-se na pista. Os aviões que vêm a caminho não podem aterrar, porque não há onde desembarcar mais ninguém — e a fila que se forma no ar não tem nada que ver com o número de aviões, nem com a competência de quem os pilota.

É exatamente isto que acontece num hospital. Uma cama ocupada por quem já não precisa dela é uma cirurgia que não se faz na terça-feira, ou um doente que passa a noite numa maca da urgência. O problema não está onde parece estar: está na porta de saída.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para quem lá fica, é o pior sítio possível para estar. Um hospital de agudos não tem reabilitação estruturada, não tem estímulo, não tem privacidade, e tem bactérias resistentes que não existem em casa. Pessoas idosas internadas sem necessidade perdem massa muscular, perdem autonomia e apanham infeções — o que torna cada semana adicional mais difícil de reverter.

Para quem espera, é a parte da lista que ninguém nomeia. A capacidade de um hospital não é o número de camas que tem: é o número de camas livres na segunda-feira de manhã. Cada cama bloqueada por alguém que já não precisa dela é uma cirurgia programada que se desmarca, ou um doente que passa a noite numa maca da urgência à espera de vaga no internamento. Nenhuma dessas duas coisas é registada como consequência de uma alta que não se conseguiu dar — aparecem como falta de capacidade, o que é verdade, mas não é a causa.

Para o país, é o exemplo mais nítido de um custo que não se elimina — muda apenas de orçamento, e para o mais caro dos dois. O Ministério da Saúde paga todos os dias uma diária hospitalar porque a resposta que devia acolher aquela pessoa, e que custaria uma fração, ficou por construir. Não é poupança nenhuma: é a mesma pessoa, cuidada no sítio errado, com o dinheiro a sair da conta errada.

E aqui está a raiz do problema. Quem trabalha num hospital sabe perfeitamente que aquela senhora não devia estar naquela cama, e quem trabalha na segurança social sabe que devia haver um lugar para ela — não falta o diagnóstico a ninguém, nem falta vontade. O que falta é que quem tem o problema e quem tem a solução sejam a mesma pessoa. O Ministério da Saúde tem todo o incentivo para resolver isto — é ele que paga a fatura — mas construir lares, unidades de convalescença e apoio domiciliário depende em boa parte de decisões, de licenciamentos e de financiamento que não são seus. Quem tem os instrumentos vê a despesa de os usar aparecer no seu próprio

orçamento, enquanto a poupança correspondente vai surgir no de outro. É o que os economistas chamam incentivos repartidos: quando quem paga o custo de resolver não é quem colhe o benefício, o problema sobrevive a todos os governos — mesmo com toda a gente de acordo quanto ao diagnóstico.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«São famílias que abandonam os idosos no hospital.»**
>
> Acontece, e é uma minoria. A esmagadora maioria são famílias que trabalham, vivem longe, ou já cuidaram durante anos até deixarem de conseguir. Chamar-lhes abandono é confortável e quase sempre injusto.

> **«O problema é o hospital não dar alta.»**
>
> A alta clínica está dada — é isso que define o problema. O hospital não pode pôr na rua uma pessoa que não consegue andar e não tem quem a receba.

> **«É um problema da saúde.»**
>
> É um problema que nasce na fronteira entre a saúde e a segurança social, geridas por ministérios diferentes, com orçamentos diferentes e critérios diferentes. É precisamente por não ser de nenhum dos dois que persiste.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A primeira medida é começar a planear a saída no dia da entrada. Vários sistemas de saúde adotaram a prática de fazer, nas primeiras quarenta e oito horas de internamento de uma pessoa idosa, três perguntas: onde vive, com quem, e o que é preci-

so para poder voltar. Antecipar isso em dez dias é a diferença entre encontrar resposta e ficar à espera dela.

A segunda é dimensionar a rede intermédia à população real, e não à de há quinze anos. Não é uma questão de generosidade orçamental: é uma conta feita ao longo de anos. Criar um lugar de convalescença tem um custo imediato e visível; não o criar tem um custo diferido, disperso e maior — pago em cirurgias que não se fazem e em noites passadas numa maca. A diferença é que o primeiro aparece num orçamento e o segundo não aparece em lado nenhum.

A terceira é reconhecer que a resposta certa, para muitas destas pessoas, não é uma instituição — é apoio em casa. Uma visita domiciliária que veja a casa e mande tirar os tapetes, uma caixa de comprimidos organizada uma vez por semana, uma refeição entregue à porta. Nada disto precisa de médico, e tudo isto pode evitar episódios hospitalares cujo custo é muitas vezes superior ao da própria intervenção domiciliária.

Um hospital cheio de pessoas que já não precisam de hospital não é um hospital ineficiente. É um país sem o degrau seguinte.

PARA SABER MAIS

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados — relatórios de monitorização e capacidade instalada.
- Entidade Reguladora da Saúde — estudos sobre altas problemáticas e ocupação hospitalar.
- ACSS — estrutura de custos fixos e variáveis do internamento hospitalar e custos por doente padrão.
- Gonçalves-Pereira M et al. — investigação portuguesa sobre dependência funcional e apoio no domicílio.
- INE — índice de envelhecimento e projeções de população residente.
- OCDE, *Health at a Glance* — camas de cuidados de longa duração por mil habitantes com 65 ou mais anos, comparação europeia.

CAPÍTULO
19

Envelhecer sozinho

Há coisas que nenhum hospital consegue tratar e que chegam todas ao hospital. A solidão não é uma doença — mas associa-se a maior utilização de cuidados de saúde e pode contribuir para episódios de urgência, sobretudo em pessoas idosas e frágeis.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Uma parte considerável do trabalho de um serviço de urgência não é medicina no sentido estrito. É uma senhora de oitenta e oito anos que caiu porque a casa tem degraus, que come mal porque cozinhar já é difícil, que se confunde com os comprimidos porque ninguém a ajuda, e cujo filho vive a trezentos quilómetros.

O sistema de saúde acolhe estas situações porque é o único que está aberto. Depois trata a desidratação, corrige a anemia, e devolve a pessoa exatamente às mesmas condições que a trouxeram — para voltar dali a três semanas.

Convém dizer, antes de tudo o resto, que o envelhecimento não é uma desgraça: é o resultado de um século de conquistas. Água canalizada e saneamento, que travaram as doenças infeciosas. Vacinação. Antibióticos. Melhor alimentação, melhores casas, trabalho menos duro. E uma medicina que transformou

em condições tratáveis doenças que antes matavam aos cinquenta anos. Portugal tem hoje pessoas de oitenta e noventa anos porque fez muita coisa bem — este é um problema de êxito, e é assim que deve ser lido.

O que ficou por fazer foi a parte seguinte. Somos um dos países mais envelhecidos da Europa, o interior esvaziou-se de gente nova ao longo de duas gerações, e a resposta social — lares, apoio domiciliário, centros de dia — nunca cresceu ao ritmo do envelhecimento. Ganhámos os anos e não organizámos a vida que se vive dentro deles.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

A investigação sobre isolamento social é mais robusta do que se supõe. A meta-análise de Julianne Holt-Lunstad reuniu dezenas de estudos de seguimento, com centenas de milhares de pessoas acompanhadas ao longo de anos, e concluiu que o isolamento prolongado se associa a um aumento do risco de morte comparável ao de fatores de risco clássicos como o tabagismo.

Esta comparação é forte e por isso convém precisar o que ela quer dizer. São estudos que observam populações ao longo do tempo, não experiências — e a seta pode apontar nos dois sentidos. Quem já está doente isola-se mais: sai menos, deixa de conduzir, perde a rede social por causa da própria doença. Parte da associação medida é seguramente isso. Além disso, no caso do tabaco existem ensaios que mostram o que acontece

quando se deixa de fumar; para o isolamento não há nada equivalente, e por isso não se pode afirmar que reverter a solidão prolongue a vida na mesma proporção.

O que se pode afirmar é o que basta para este capítulo. A associação repete-se em dezenas de estudos, em países diferentes, e resiste depois de corrigidos a idade, o rendimento e as doenças já existentes. E os mecanismos plausíveis são conhecidos e nada místicos.

Em média, o isolamento e a ausência de apoio associam-se a pior alimentação, a menor apoio na gestão da medicação e a menos atividade física — o que acelera a perda de massa muscular e o risco de queda. E, sobretudo, quem vive só não tem quem repare que alguma coisa mudou, o que atrasa em dias ou semanas a procura de ajuda.

Em Portugal, isto não é uma situação de exceção — é uma parte considerável do país. Nos Censos de 2021 havia 446 900 pessoas com 65 ou mais anos a viver sozinhas, e mais de metade de todos os lares de uma só pessoa eram ocupados por alguém dessa idade. Acima dos 80 anos, cerca de 38% viviam sem qualquer familiar em casa.

São quase meio milhão de pessoas. Se vivessem todas no mesmo sítio, seria a segunda maior cidade do país.

A distribuição repete o mapa que já apareceu neste livro. A maior concentração está nas freguesias do interior norte e centro — precisamente onde há menos médicos, menos transpor-

tes e menos respostas sociais. E foi também no grupo dos 80 ou mais anos que o crescimento foi mais acentuado entre 2011 e 2021.

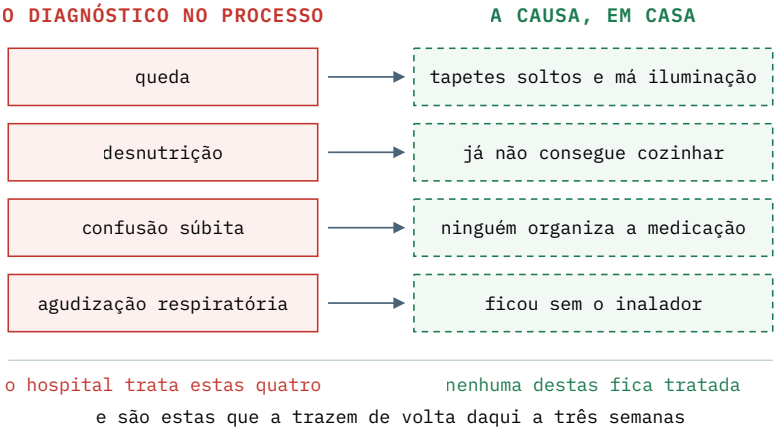
Viver só não é, em si, sofrer de solidão, e convém não confundir as duas coisas. A maioria destas pessoas diz que nunca ou quase nunca se sente sozinha. Mas 15% das pessoas com 75 ou mais anos declaram sentir-se sós ou isoladas quase sempre, e outros 21% durante algum tempo — o que perfaz mais de um terço.

Do lado da resposta, a dimensão é a de um país mais pequeno do que o nosso. Portugal tinha cerca de 2600 lares e residências para idosos, com capacidade para 103 mil lugares. A taxa de cobertura era de 8,9% da população idosa, e a taxa de ocupação de 90,4% — ou seja, quase cheias.

Estes números medem a oferta. A procura, essa, o país não a conhece: nunca houve um registo nacional de quem aguarda uma vaga, e só em 2026 se prometeu uma plataforma que permita sabê-lo. O que existe são sinais indiretos, e apontam todos no mesmo sentido. Um levantamento do setor concluiu que, em 2025, sete em cada dez estruturas residenciais não tinham uma única vaga livre, e que em mais de um terço das instituições com lista de espera essa espera ultrapassava os seis meses.

Há ainda o preço, que decide quem consegue esperar sentado. Numa vaga privada, a mensalidade média ultrapassa hoje os mil e novecentos euros — várias vezes a pensão média de velhice em Portugal.

O QUE FICA REGISTADO, E O QUE FICOU POR TRATAR



Todos os diagnósticos da coluna esquerda são reais, e todos são bem tratados. Nenhuma das causas da coluna direita entra no processo clínico — e é por isso que o ciclo se repete.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um carro que vai à oficina de três em três semanas com a bateria descarregada. De cada vez, o mecânico carrega a bateria, o carro sai a funcionar, e toda a gente fica satisfeita.

Ao fim de um ano, o carro foi à oficina dezassete vezes. Ninguém abriu o capô para descobrir que há uma luz interior que fica sempre acesa e descarrega a bateria durante a noite. Não por incompetência do mecânico: ele foi chamado para carregar baterias, e é isso que faz muito bem.

Na saúde, o mecânico é o hospital, e a luz acesa é a casa fria, a comida que já não se cozinha, os comprimidos que ninguém organiza. Enquanto ninguém for a casa abrir o capô, a senhora vai continuar a voltar — e cada regresso vai custar mais do que teria custado a visita que ninguém fez.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para a pessoa, cada internamento tem um preço que nem sempre se recupera. Em pessoas frágeis, mesmo internamentos relativamente curtos podem provocar descondicionamento e uma perda funcional que nem sempre é completamente reversível. Sai do hospital mais frágil do que entrou — o que torna a queda seguinte mais provável. Há um exemplo respiratório que ilustra bem o mecanismo. Numa pessoa com doença pulmonar obstrutiva crónica, deixar de comprar o inalador — por não ter dinheiro, ou por não ter quem o vá buscar — leva a um agravamento agudo. E sabe-se hoje que uma agudização é o melhor preditor da seguinte a curto prazo: quem teve uma tem probabilidade muito maior de ter outra nos meses seguintes. Pior ainda, a função pulmonar nem sempre regressa ao nível anterior, e as agudizações frequentes associam-se a um declínio mais rápido. O inalador que não se comprou custou algumas dezenas de euros; o que se perdeu não se compra de volta.

Para o nosso sistema de saúde, é o uso mais ineficiente possível de um recurso escasso. Uma cama de um serviço de cirurgia geral ocupada por uma consequência da solidão é uma cama que não está disponível para operar alguém.

Para o país, isto vai crescer todos os anos da próxima década com a certeza da demografia. Não é um cenário: é uma projeção com margem de erro pequena, e a resposta continua a ser construída bem mais devagar do que a população envelhece.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«A solidão é um problema de tristeza.»**
>
> É também um fator de risco físico, com efeito mensurável na mortalidade, comparável a fatores que toda a gente aceita como médicos. Tratá-la como assunto emocional é subestimá-la.

> **«Estas pessoas vão à urgência sem necessidade.»**
>
> Vão com desidratação, infeções e fraturas reais. O que não é urgente é a causa. E é a causa que ninguém trata.

> **«É preciso construir mais lares.»**
>
> Para uma parte, sim. Mas para muitas pessoas há intervenções bem mais baratas que podem reduzir o risco de uma descompensação e a necessidade de recorrer ao hospital: uma visita domiciliária, uma caixa de comprimidos organizada, uma refeição entregue, um telefonema de quinze em quinze dias.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

A intervenção com melhor relação entre custo e efeito é a visita domiciliária de avaliação — alguém que entra em casa e olha para aquilo que é impossível de ser diretamente observado pela equipa que trabalha no hospital, ou mesmo no centro de saúde: os tapetes soltos, a iluminação do corredor, o frigorífico, a

caixa dos comprimidos, o aquecimento. Uma hora nessa casa evita, com frequência, semanas de internamento futuras.

A segunda peça é a ligação social organizada, e não deixada ao acaso. Programas de acompanhamento telefónico regular, centros de dia e voluntariado estruturado melhoram a ligação social e, em vários casos avaliados, reduziram a utilização não programada de cuidados — embora a evidência seja heterogénea e dependa muito de como o programa é desenhado. O mecanismo é sempre o mesmo: não tratam doença nenhuma, criam alguém que repare que algo mudou.

A terceira é reconhecer, ao nível do desenho das políticas, que isto não é uma questão de saúde nem de segurança social isoladamente. É exatamente a fronteira entre as duas — e é por não pertencer claramente a nenhuma que continua por resolver.

VIVER SÓ, DEPOIS DOS 65

Censos de 2021



DO OUTRO LADO, A RESPOSTA

103 mil lugares em lares · cobrem 8,9% da população idosa · 90% ocupados

Viver só e sentir-se só não são a mesma coisa, e a maioria diz que nunca ou quase nunca se sente sozinha. Ainda assim, mais de um terço de quem tem 75 ou mais anos reporta solidão pelo menos durante algum tempo — e as estruturas residenciais existentes cobrem menos de um décimo da população idosa.

A solidão não é um problema de saúde. Mas é das poucas razões frequentes de ida ao hospital que costumam sair de lá exatamente como entraram.

PARA SABER MAIS

- Holt-Lunstad J et al., «Loneliness and social isolation as risk factors for mortality», *Perspectives on Psychological Science*, 2015.
- Organização Mundial da Saúde — *Social isolation and loneliness among older people*, 2021.
- INE, Censos 2021 — pessoas com 65 ou mais anos a viver sós, por região e grupo etário.
- Carta Social — capacidade e taxas de cobertura das estruturas residenciais para pessoas idosas.
- Via Sénior e BA&N Research Unit — *Retrato das Residências Sénior em Portugal*, 2025: ocupação, listas de espera e mensalidades.
- Beswick AD et al., «Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people», *The Lancet*, 2008.
- Gil AP — investigação portuguesa sobre envelhecimento, dependência e respostas sociais.

CAPÍTULO
20

Quem cuida de quem cuida

Há mais de um milhão de portugueses a cuidar de alguém dependente sem formação nenhuma, sem horário e sem salário. São o maior serviço de apoio do país e não constam de nenhum organograma.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Quando alguém deixa de conseguir tomar banho sozinho, alguém passa a dar-lhe banho. Quando deixa de conseguir organizar dez medicamentos, alguém os organiza. Quando deixa de conseguir ir ao médico sozinho, alguém falta ao trabalho e leva-o. Esse alguém quase nunca é um profissional — é uma filha, uma mulher, um marido, uma vizinha.

Isto não foi decidido por ninguém. Foi acontecendo, à medida que a esperança de vida subiu, a dependência se prolongou por mais anos, e as respostas formais não acompanharam. O trabalho que alguém tem de fazer não desaparece por não haver quem o pague: transfere-se para quem estiver mais perto.

Portugal reconheceu formalmente este trabalho em 2019, com a criação do Estatuto do Cuidador Informal. Foi um passo importante e simbólico. O problema é a distância entre o que a lei reconhece e a escala do fenómeno.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

As pessoas com Estatuto de Cuidador Informal formalmente atribuído são cerca de dezoito mil. As associações da área estimam que perto de um milhão e meio de portugueses cuidem informalmente de um familiar. Entre uma coisa e outra há uma diferença de quase cem para um.

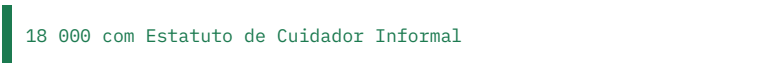
Entre quem tem o estatuto reconhecido, 84% são mulheres, a cuidar sobretudo dos pais ou dos filhos. E Portugal tem uma das proporções mais altas da União Europeia de cuidadores com mais de cinquenta anos que, além de cuidar, ainda têm um emprego a tempo inteiro — mais de sete em cada dez, um valor só ultrapassado pela Suécia e pela Dinamarca.

A investigação internacional sobre cuidadores informais é unânime quanto às consequências: faltas repetidas ao trabalho, noites mal dormidas e a gestão constante de agendas médicas traduzem-se em mais ansiedade, mais exaustão e pior saúde física em quem cuida, e não apenas em quem é cuidado. Há um nome para isto na literatura médica — sobrecarga do cuidador — e instrumentos validados para a medir, que quase nunca se aplicam em Portugal.

O MAIOR SERVIÇO DE SAÚDE DO PAÍS

quem presta cuidados, e quem é reconhecido por isso





por cada cuidador reconhecido, há perto de cem que não existem

QUEM SÃO, ENTRE OS QUE TÊM ESTATUTO



mais de sete em cada dez acumulam-na com um emprego a tempo inteiro
valor só ultrapassado, na União Europeia, pela Suécia e pela Dinamarca

As duas barras estão à mesma escala: a verde tem cerca de sete unidades de largura contra as quase seiscentas da vermelha. É a distância entre o trabalho que existe e o trabalho que o Estado consegue ver.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Uma senhora de setenta e dois anos cuida do marido, que teve um acidente vascular cerebral há quatro anos. Levanta-o da cama, dá-lhe banho, vira-o de duas em duas horas durante a noite para que não faça feridas, prepara-lhe a comida passada, dá-lhe nove medicamentos a cinco horas diferentes, muda fraldas, faz o penso de uma úlcera, e leva-o a consultas em três hospitais.

Escreva-se agora a mesma lista com outras palavras. Mobilização de doente dependente. Higiene e cuidados de pele. Posicionamentos de prevenção de úlceras por pressão. Adaptação de

dieta. Administração de terapêutica. Tratamento de feridas. Acompanhamento a consultas. É a descrição de funções de uma equipa de cuidados continuados — e é exatamente o que esta senhora faz sozinha, todos os dias, sem formação, sem turnos e sem ninguém que a substitua quando adoecer.

Convém, ainda assim, ser preciso sobre o que estas pessoas fazem. Uma parte do que fazem são efetivamente atos de saúde — administrar medicação, tratar uma ferida, posicionar alguém acamado. Mas a maior parte do tempo vai para outra coisa: dar de comer, ajudar a levantar e a andar, vigiar, lavar, fazer companhia, tratar da casa. Não é trabalho clínico, e nem por isso é menos exigente ou menos indispensável — é apenas trabalho que ninguém reconhece como tal por não ter nome técnico.

A diferença entre as duas listas não está no trabalho: está em quem o reconhece. Numa instituição, aquilo distribui-se por vários profissionais, tem protocolos, tem folgas e tem responsabilidade partilhada. Em casa, concentra-se numa pessoa que ninguém formou e cuja capacidade ninguém verifica — até ao dia em que ela própria cai, e ficam duas pessoas dependentes em vez de uma.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para quem cuida, o preço é a própria saúde e a própria carreira. Reduzir horas, recusar promoções, sair do mercado de trabalho — decisões que se tomam uma de cada vez e que, ao fim

de dez anos, deixam uma pessoa com menos rendimento, menos reforma e mais doença do que teria.

Para quem é cuidado, um cuidador exausto é um cuidador que erra. A medicação que se troca, o sinal de alarme que não se nota, o banho que se adia — nada disto é negligência. É o resultado previsível de pedir a uma pessoa sozinha que faça, sem formação e sem descanso, aquilo que numa instituição se distribui por turnos.

Para o país, a conta tem duas metades, e quase sempre só se discute uma. A primeira é o custo: cada dia de trabalho perdido para acompanhar uma consulta é produtividade que desaparece, multiplicada por cada exame, cada seguimento, cada deslocação evitável — e por uma faixa de cuidadores que reduzem horas ou saem do mercado para dar conta de agendas que a instituição de saúde nunca tentou organizar.

A segunda metade é a que muda o sentido de tudo. O trabalho que estas pessoas fazem sem receber é, em valor, o maior apoio que o sistema de saúde português recebe de alguém — e não aparece em orçamento nenhum. As estimativas europeias que atribuem um preço aos cuidados informais chegam a valores superiores àquilo que os países gastam em toda a rede formal de cuidados de longa duração. Ou seja: se este trabalho fosse pago ao preço de mercado, a despesa pública com dependência seria várias vezes o que é hoje.

Vale a pena inverter a frase, porque é assim que ela fica certa. Não são os cuidadores informais que representam um custo

para o Estado. É o Estado que depende deles — em silêncio, há décadas, e sem lhes pagar.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Cuidar de um familiar é um dever natural, não um trabalho.»**
>
> É as duas coisas. Reconhecer que é trabalho não retira nada ao afeto — dá é direito a formação, a descanso e a apoio, que é precisamente o que distingue cuidar bem de cuidar até se esgotar.

> **«O estatuto já resolveu o problema.»**
>
> Reconheceu-o, que não é pouco. Mas abrange uma fração mínima de quem cuida, e os apoios associados chegam a poucos e são modestos face à dimensão do que se pede.

> **«É um assunto da segurança social.»**
>
> Quem administra medicação, vigia sinais, faz pensos e decide quando levar alguém às urgências está a prestar cuidados de saúde. Que o faça sem bata não muda a natureza do que faz — muda apenas quem se sente responsável por o apoiar.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Há três medidas que reúnem a melhor evidência internacional. A primeira é formação prática e curta — como transferir alguém da cama para a cadeira sem lesionar a própria coluna, como organizar a medicação, que sinais obrigam a telefonar. Custa pouco e reduz de forma mensurável quer os erros quer as lesões de quem cuida.

A segunda é descanso programado, o chamado descanso do cuidador: lugares temporários que permitem a quem cuida au-

sentar-se alguns dias por ano sem que a pessoa de quem cuida fique sem o apoio e a atenção de que necessita. É o mecanismo que evita a rutura — e a rutura de um cuidador custa, ao Estado, muito mais do que os dias que a teriam prevenido.

A terceira é a mais barata e a menos praticada: incluir o cuidador na conversa clínica. Quem vai executar o plano em casa devia estar presente quando o plano é explicado, e devia sair da consulta com ele escrito em linguagem que perceba.

O maior serviço de saúde de Portugal não tem sede, não tem orçamento e não tem horário. Funciona há décadas com base numa suposição — a de que haverá sempre alguém em casa disponível para o fazer.

PARA SABER MAIS

- Lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal, 2019, e regulamentação subsequente.
- Eurocarers — *The gender dimension of informal care* e dados comparados europeus.
- Eurocarers e Comissão Europeia — estimativas do valor económico imputado aos cuidados informais na União Europeia.
- Zarit SH — escala de sobrecarga do cuidador, instrumento validado internacionalmente.
- Instituto da Segurança Social — dados sobre estatutos atribuídos e apoios concedidos.
- OCDE, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*.

CAPÍTULO
21

A saúde mental fica sempre para o fim

Portugal tem vinte e cinco mil psicólogos. Nos centros de saúde, onde as pessoas aparecem primeiro, estão pouco mais de duas centenas e meia. Os profissionais existem no país; o que não existe é resposta na porta de entrada.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Um homem de quarenta anos vai ao centro de saúde porque não dorme há três meses. Tem dores no peito, o coração aos saltos, um cansaço que não passa com o fim de semana. Faz eletrocardiograma, análises, uma radiografia ao tórax. Está tudo normal. Volta seis meses depois com as mesmas queixas, repete metade dos exames, e leva um comprimido para dormir. Em nenhuma das consultas houve tempo ou circunstância para explorar a hipótese de que aquele conjunto de sintomas pudesse ter origem no sofrimento psicológico.

Não é distração de ninguém. É o que acontece quando existe um caminho fácil — pedir exames — e um caminho quase intransitável, que seria encaminhá-lo para alguém que o ouvisse durante uma hora, com regularidade, durante meses.

Duas coisas tornam esta área diferente de todas as outras. A maioria das perturbações mentais começa antes dos vinte e

cinco anos, ou seja, na idade em que uma boa intervenção muda o percurso de uma vida inteira. E o tratamento que funciona exige, mais do que depositar toda a confiança na medicação, que os profissionais tenham tempo disponível para os doentes: consultas regulares, psicoterapia estruturada, acompanhamento próximo. Não é um aparelho que se compra e se inaugura numa manhã. É gente que se contrata, que se forma e que permanece no mesmo lugar tempo suficiente para conhecer quem trata.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Estão inscritos na Ordem dos Psicólogos cerca de vinte e cinco mil profissionais. Quantos deles trabalham no Serviço Nacional de Saúde é uma pergunta com duas respostas: o gabinete de estudos da própria Ordem contabilizou seiscentos, e a sua direção referiu publicamente cerca de mil. A diferença resulta de anos e de critérios distintos, e vale a pena reter a mais conservadora — o argumento não precisa da outra.

O número que importa é o da porta de entrada. Nos centros de saúde — onde este homem bateu — estão pouco mais de duas centenas e meia de psicólogos, para dez milhões de portugueses. Dá cerca de dois e meio por cada cem mil habitantes. Para dar uma ordem de grandeza: a média da região europeia da Organização Mundial da Saúde ronda os nove psicólogos por cem mil habitantes a trabalhar em saúde mental, contando todos os contextos. Não é um mínimo recomendado — é apenas o que os outros países têm. Seja qual for a comparação que se escolha, a

conclusão é a mesma: na porta de entrada do sistema português falta quase tudo.

Daqui em diante, tudo o que se segue é consequência deste número. Em maio de 2025 havia vinte mil pessoas em lista de espera para uma consulta de psicologia no SNS, quase metade delas já fora do prazo garantido por lei. Quem não é caso urgente espera, consoante a região, entre seis e vinte meses.

Na psiquiatria o problema é de outra natureza, e mais difícil de resolver. Com os psicólogos, o país tem os profissionais e não os tem no sítio certo — é uma questão de colocação, que uma decisão administrativa poderia corrigir em meses. Com os psiquiatras, não é isso: simplesmente não há gente suficiente. A Organização Mundial da Saúde não publica um mínimo recomendado, mas publica médias: em 2024, a região europeia tinha cerca de dez psiquiatras por cem mil habitantes. Portugal fica abaixo dessa média, com o Alentejo, o Algarve e a Madeira como regiões mais carenciadas.

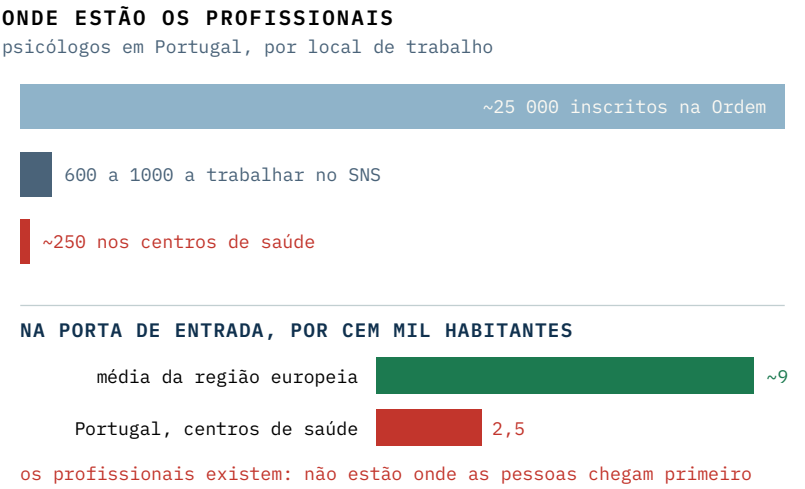
A diferença importa porque muda o tipo de solução. Redistribuir quem já existe é uma decisão; formar quem não existe é um percurso de mais de uma década, entre o curso e o fim da especialidade. Na psiquiatria da infância e da adolescência a situação é ainda mais apertada: pouco mais de uma centena de especialistas em todo o país, com rácios que variam entre um e sete por cada cem mil crianças consoante a região.

As esperas acompanham. Um adulto classificado como muito prioritário pode aguardar cerca de três meses por uma consul-

ta de psiquiatria; uma criança, pouco menos. Convém dizer que o volume tem crescido de forma sustentada — as consultas de psiquiatria aumentam cerca de 5% ao ano desde 2018, e as de psicologia 12% — mas partiu-se de tão baixo que o crescimento não chega para acompanhar a procura.

E a procura é enorme. O estudo epidemiológico nacional de saúde mental estimou que cerca de 23% dos portugueses tinham tido uma perturbação psiquiátrica no ano anterior — um dos valores mais altos da Europa. Os dados são de há mais de uma década e não houve, desde então, um estudo de dimensão equivalente. Estas condições são responsáveis por cerca de um terço da perda de anos de vida saudável no país. Estima-se que a maioria das pessoas com diagnóstico não tenha acesso a cuidados adequados.

Quem pode, paga: uma sessão de psicoterapia no privado custa em média sessenta e cinco euros, uma consulta de psiquiatria cento e quinze. Quem não pode, fica com o comprimido — e Portugal consumiu, em 2025, trinta milhões de caixas de psicofármacos. Um consumo desta ordem a coexistir com um acesso tão limitado a psicoterapia levanta uma pergunta incómoda: até que ponto é a disponibilidade, e não a indicação clínica, que está a condicionar as opções terapêuticas.



As três primeiras barras estão à mesma escala. A queda entre a primeira e a terceira não é falta de formação nem de gente — é uma decisão sobre onde colocar quem já existe.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine um posto de socorro na praia com dez nadadores-salvadores no armazém e um na areia. Alguém começa a afogar-se ao largo. O que está na areia faz o que pode: atira uma boia, chama, tenta. Se não chegar, o banhista espera — porque abrir o armazém não está previsto.

Ao fim de algum tempo, quem passa na praia conclui que aquele posto não serve para nada. E quem lá trabalha conclui que faltam nadadores-salvadores no país.

Faltam, sim, na areia. Estão no armazém, ocupados a limpar as cadeiras e os guarda-sóis dos concessionários — que neste caso se chamam setor privado, onde a consulta custa sessenta e cinco euros e quem não os tem não entra.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as pessoas, convém dizer o que está em causa antes de descrever o percurso. Uma perturbação mental não é um mau momento: é uma condição que retira a capacidade de trabalhar, de cuidar dos filhos, de dormir, de sentir prazer no que antes o dava. E, ao contrário de quase todas as outras doenças, atinge sobretudo quem está no início da vida adulta — o que significa que uma boa intervenção não devolve meses, devolve décadas.

O percurso típico é este: começa-se pelo médico de família, com queixas do corpo — insónia, cansaço, dores sem explicação, palpitações. Faz-se uma bateria de exames, que dão normais. Repete-se meses depois. Pelo caminho medica-se o sintoma. O problema de fundo fica anos por tratar.

Para o SNS, esse percurso é caríssimo. Consome, ao longo de anos, mais consultas, mais exames e mais medicamentos do que teria consumido o acompanhamento certo desde o princípio. Poupou-se num psicólogo e gastou-se em radiografias — com a ressalva de que a substituição não é automática: melhorar o acesso a cuidados de saúde mental nem sempre faz descer a utilização total, porque também faz aparecer quem antes

nunca era detetado. O que muda com segurança não é a fatura: é o que acontece à pessoa.

Para o país, é o problema de saúde com maior impacto na vida ativa. As perturbações mentais são das principais causas de incapacidade para o trabalho na Europa, e afetam sobretudo pessoas em idade produtiva — exatamente aquelas em que uma intervenção precoce teria o maior retorno.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Toma-se demasiada medicação psiquiátrica em Portugal.»**
>
> São bons tratamentos e indispensáveis em muitos casos — demonizá-los só atrasa quem precisa deles. O que os trinta milhões de caixas mostram não é excesso de medicina: é a ausência de uma alternativa disponível ao lado. Uma prescrição pode ser feita por qualquer médico que acompanhe a pessoa, e é possível em qualquer ponto do país. A psicoterapia estruturada — que tanto pode ser conduzida por um psicólogo como por um psiquiatra com formação para tal — exige meses de sessões regulares e só existe onde há profissionais colocados para a fazer. São duas disponibilidades muito diferentes, e a escolha acaba por ser condicionada por essa diferença, e não apenas pela indicação clínica.

> **«Saúde mental é psiquiatria.»**
>
> É psiquiatria, e é mais do que isso. A psiquiatria é a especialidade médica da saúde mental, e há quadros em que nenhuma outra resposta a substitui. Mas o que chega aos cuidados primários — ansiedade, depressão ligeira a moderada, reações a perdas — beneficia frequentemente de psicoterapia estruturada, isolada ou combinada com medicação, e essa terapia pode ser feita por psicólogos ou por psiquiatras com formação para tal. O erro não é achar que é psiquiatria: é imaginar que existe uma só porta quando deviam existir várias, e que a escolha entre elas se faz pela gravidade e não pela disponibilidade.

> **«É uma área sem evidência sólida.»**
>
> As terapias psicológicas estruturadas estão entre as intervenções com mais ensaios clínicos publicados em toda a medicina, e com efeitos comparáveis aos de muitos tratamentos farmacológicos que ninguém questiona.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

O modelo com melhor resultado documentado chama-se cuidados por passos: nem toda a gente precisa do mesmo, e a maioria melhora com intervenções breves. Começa-se pelo mais simples — informação estruturada, autoajuda guiada, grupos — e sobe-se apenas para quem não responde. Isto permite tratar muitas mais pessoas com os mesmos profissionais.

A segunda peça é a colocação de psicólogos nos cuidados primários, e não apenas em serviços hospitalares especializados. É onde as pessoas chegam primeiro e onde a intervenção precoce ainda muda o percurso.

A terceira é intervir cedo na idade certa. Se a maioria das perturbações começa antes dos vinte e cinco anos, a escola e os cuidados primários são os dois sítios onde a deteção precoce tem mais retorno — e onde Portugal tem, hoje, menos capacidade instalada.

Portugal tem, aliás, um exemplo do primeiro degrau a funcionar. A linha de aconselhamento psicológico do SNS 24 atendeu perto de 370 mil chamadas em cinco anos, e só em 2024 ultrapassou as 76 mil. Não substitui psicoterapia nem consulta, e não foi para isso que existe: serve para dar resposta imediata a quem está em sofrimento, orientar quem não sabe a que porta bater, e filtrar o que precisa mesmo de seguir para os degraus seguintes. É barata, chega a todo o país à mesma hora, e é exatamente o tipo de resposta que a base da pirâmide exige.

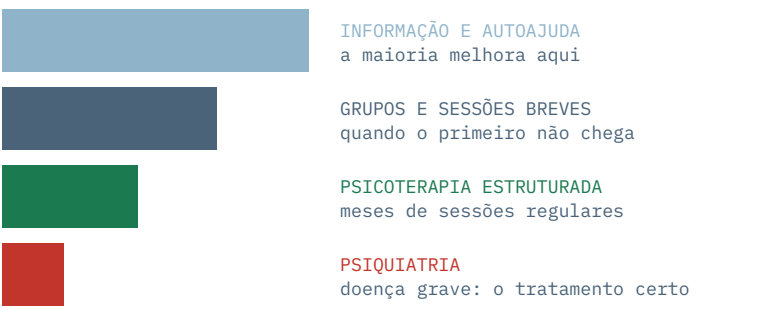
Convém aqui ser claro quanto ao papel da psiquiatria, para não deixar a impressão errada. Há situações em que o tratamento farmacológico não é uma alternativa de recurso: é o tratamento certo, e adiá-lo é perigoso. A depressão grave, a doença bipolar, as psicoses, as perturbações obsessivas incapacitantes e o risco de suicídio exigem avaliação e seguimento por psiquiatria, e a medicação salva vidas nestes casos com evidência tão sólida quanto a de qualquer outra área da medicina. O modelo por passos não existe para evitar o psiquiatra — existe para que ele esteja disponível para quem precisa mesmo dele.

Onde os dois modelos funcionam melhor é em conjunto. Grande parte da depressão moderada responde melhor à combina-

ção de psicoterapia e medicação do que a qualquer uma delas isolada, e é precisamente essa combinação que exige as duas profissões a trabalhar no mesmo circuito. Um país com psiquiatras a menos e psicólogos quase inexistentes na porta de entrada não escolheu um modelo em detrimento do outro: ficou sem os dois.

NEM TODA A GENTE PRECISA DO MESMO

modelo de cuidados por passos: cada nível liberta o seguinte



a largura de cada barra é a proporção de pessoas que dele precisa
em Portugal a base quase não existe: tudo se resolve no degrau errado

Cada nível existe para que o seguinte fique disponível para quem precisa mesmo dele. A psiquiatria no topo não é um último recurso: é o tratamento certo para a doença grave — e é por isso que não deve estar ocupada com o que se resolvia em baixo.

Nesta área, o país tem os profissionais, tem o conhecimento e sabe o que resulta. O que não tem é o lugar onde as três coisas se encontram.

PARA SABER MAIS

- Organização Mundial da Saúde — *World Mental Health Report*, 2022.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses — relatórios sobre rácios e acesso a cuidados psicológicos no SNS.
- Organização Mundial da Saúde, *Mental Health Atlas* — rácios de profissionais de saúde mental por cem mil habitantes e valores de referência.
- Clark DM, «Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies», *Annual Review of Clinical Psychology*, 2018 — avaliação do modelo por passos.
- Solmi M et al., «Age at onset of mental disorders worldwide», *Molecular Psychiatry*, 2022.
- INFARMED — consumo de psicofármacos em Portugal, séries anuais.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses — *A situação da psicologia no SNS*, gabinete de estudos.
- SPMS — dados de atividade da linha de aconselhamento psicológico do SNS 24.

BLOCO VI · CAPÍTULOS 22 A 23

O que nos faz adoecer

A maior parte da saúde de uma pessoa decide-se fora do sistema de saúde. Estes dois capítulos são sobre o que acontece antes de alguém precisar de um médico.

CAPÍTULO 22

Sete anos de diferença, e nenhum deles genético

A maior parte da saúde de uma pessoa decide-se antes de ela precisar de um médico — e decide-se em sítios que não pertencem ao Ministério da Saúde.

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Onde se vive, quanto se ganha, que trabalho se tem, se a casa tem humidade e frio, se há um parque ou apenas uma estrada, se se acabou a primária ou o secundário: tudo isto influencia mais a esperança de vida de uma pessoa do que a qualidade do hospital mais próximo.

Estas influências têm um nome — determinantes sociais da saúde — e não atuam por magia. Atuam por mecanismos concretos e bem conhecidos. Uma casa fria e húmida, com bolores nas paredes, mantém as vias respiratórias inflamadas e multiplica as crises em quem tem asma ou doença pulmonar crónica — cada inverno traz outra, e cada crise deixa a respiração um pouco pior do que estava. Um trabalho com horários imprevisíveis destrói o sono e a toma certa dos comprimidos. Um bairro sem passeios seguros elimina a caminhada diária de quem tem setenta anos. Rendimento baixo obriga a escolher os alimentos mais baratos por caloria, que são também os piores.

Há uma versão recente e crescente do mesmo mecanismo: o calor. Uma onda de calor não mata pessoas ao acaso. Mata quem vive em casas sem isolamento, em andares altos sem sombra, sozinho, com doenças crónicas e sem ar condicionado. É a mesma lista de sempre, agora com o calor a fazer de gatilho — tal como já acontecia, e continua a acontecer, com o frio.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Em Portugal, a forma mais direta de ver isto é comparar o litoral com o interior. Não é só que haja menos médicos no interior — é que quem lá vive é, em média, mais velho, mais pobre, vive mais longe de tudo e trabalhou a vida inteira em ofícios que gastam o corpo. Ou seja: onde já faltou tudo o resto — trabalho leve, dinheiro, distâncias curtas —, também falta o médico. As desvantagens não se distribuem ao acaso pelo território: acumulam-se sempre nas mesmas pessoas.

Os números dão a medida da diferença. No triénio de 2022 a 2024, a esperança de vida à nascença variou entre 82,9 anos na região do Cávado, no Minho, e 78,6 no Baixo Alentejo — mais de quatro anos de distância dentro do mesmo país, com o mesmo Serviço Nacional de Saúde e as mesmas leis.

Mas o fator que separa mais não é a geografia: é a escola. Um estudo português calculou a esperança de vida por nível de escolaridade e encontrou que um homem de trinta e cinco anos com formação superior pode esperar viver quase oito anos mais do que um homem da mesma idade com escolaridade bai-

xa. Oito anos — mais do que a diferença entre o melhor e o pior concelho, e mais do que qualquer tratamento isolado alguma vez conseguiu acrescentar a uma população.

A mesma fratura aparece na forma como as pessoas se sentem. Entre os portugueses com baixa escolaridade, cerca de 35% consideram ter boa ou muito boa saúde. Entre os que têm escolaridade média, esse valor sobe para mais de 70% — o dobro. Não é otimismo: é a descrição fiel de dois corpos que envelheceram de maneiras diferentes.

Sobre o calor, os números portugueses já são uma série. Em 2023, entre 21 e 27 de agosto, a Direção-Geral da Saúde contabilizou 384 óbitos acima do esperado — um excesso de cerca de 20%. Em 2024, entre 22 de julho e 4 de agosto, foram 715, um excesso de 19%. Em 2025, entre 27 de julho e 15 de agosto, o excesso ultrapassou os 1300 óbitos, mais de 25% acima do esperado.

E a distribuição desses óbitos diz tudo sobre o mecanismo. Em 2025, mais de 70% do excesso concentrou-se em pessoas com 85 ou mais anos, e a DGS não detetou excesso de mortalidade abaixo dos 70. O calor não matou o país inteiro: matou quem já estava vulnerável, na casa errada.

Há uma simetria que raramente se nota. Portugal aparece sistematicamente entre os países europeus mais atingidos pelo excesso de mortalidade no inverno — e, em vários anos, à frente de países bem mais frios. Na análise da rede europeia de monitorização referente ao inverno de 2015, os mais afetados foram Inglaterra, França, Portugal, Espanha e Suíça; a Finlândia

e a Estónia não registaram excesso nenhum. Os epidemiologistas chamam-lhe o paradoxo do inverno: nos países onde faz mesmo frio, morre-se menos de frio.

A explicação não é o clima, é o edificado e o que se faz com ele. Muitas casas portuguesas foram construídas sem isolamento térmico, para um clima ameno que nunca se confirmou dentro de portas, e uma parte significativa das famílias declara não conseguir aquecer adequadamente a habitação. Nos países nórdicos, a casa está preparada e o frio fica à porta. Em Portugal, passa-se frio dentro de casa num país onde raramente neva.

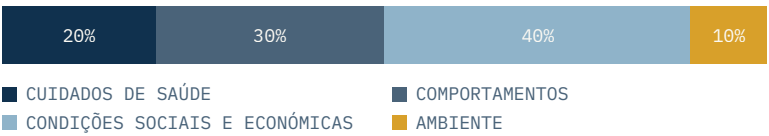
Os números do inverno de 2025 e 2026 dão a dimensão. O relatório do plano sazonal contabilizou 4685 óbitos acima do esperado ao longo de nove semanas — um excesso de 21%, o mais alto da última década fora dos anos de pandemia. Mais de metade concentrou-se em pessoas com 85 ou mais anos, e as regiões com maiores excessos proporcionais foram o Alentejo e o Algarve.

Calor e frio partilham, por isso, a mesma causa profunda. Nos dois casos, o que mata não é a temperatura do lado de fora: é a incapacidade de a corrigir do lado de dentro. E é sempre a mesma gente que não a consegue corrigir.

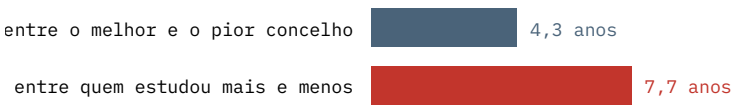
O QUE DECIDE A SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO

peso relativo aproximado, segundo a literatura internacional

aqui manda o Ministério da Saúde



DUAS DIFERENÇAS REAIS, EM ANOS DE VIDA



a escola separa mais do que a geografia — e nenhuma das duas é genética

O bloco onde o Ministério da Saúde decide é o mais pequeno dos quatro. Em baixo, duas distâncias medidas em Portugal: a esperança de vida entre a região do Cávado e o Baixo Alentejo, e a diferença entre homens de trinta e cinco anos com escolaridade alta e baixa.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine dois recém-nascidos na mesma maternidade, na mesma manhã, com a mesma saúde. Um vai para uma casa com aquecimento, um parque a duzentos metros e pais com emprego estável. O outro vai para um segundo andar húmido, numa rua sem passeios, com uma mãe que trabalha por turnos.

Não é preciso nenhum acontecimento dramático para que, aos cinquenta anos, um tenha duas doenças crónicas e o outro nenhuma. O que os separa não é um evento — são milhares de pequenas diferenças diárias que se acumulam. A casa húmida

mantém as vias respiratórias irritadas todos os invernos da infância, e uma criança com bronquites repetidas tem mais probabilidade de chegar à idade adulta com asma. A rua sem passeios retira meia hora de caminhada por dia, e essa meia hora, ao longo de quarenta anos, faz diferença na tensão arterial e no peso.

Depois há o dinheiro, que atua de forma menos óbvia do que se supõe. Quem tem pouco não come necessariamente menos: come o que rende mais por euro, e o que rende mais por euro é açúcar e gordura. Quem trabalha por turnos não dorme menos por escolha: dorme em horários que desregulam o metabolismo, com efeito conhecido sobre a diabetes e o risco cardiovascular. E quem vive com incerteza permanente sobre o mês seguinte tem níveis de stress crónico que se medem em hormonas e que se traduzem, ao fim de décadas, em doença.

Quando se olha para isto de fora, é fácil dizer que bastava fazer escolhas melhores. Visto de dentro, não há grande escolha nenhuma: há o que se consegue, com o dinheiro que há, no tempo que sobra e no bairro onde se vive. A pessoa que compra o mais barato ao final do dia não está a ignorar conselhos de saúde — está a resolver o jantar.

O hospital vai receber os dois. Vai tratá-los igualmente bem. E vai recebê-los em alturas diferentes da vida, com problemas diferentes, pela mesma razão que já existia antes de qualquer um deles ter posto o pé lá dentro.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as pessoas, significa que grande parte do que determina a sua saúde está fora do seu alcance individual. Dizer a alguém que caminhe meia hora por dia é bom conselho — e é um conselho impossível de cumprir num bairro sem passeios, à noite, no inverno.

Para o sistema de saúde, significa receber, todos os invernos, o mesmo doente com o mesmo problema — porque a causa continua exatamente onde estava. Tratar bem uma agudização de asma e devolver a criança à mesma casa com humidade e bolores é aceitar, com elevada probabilidade, tratar outra no inverno seguinte.

Para o país, é uma questão de desigualdade que se acumula. As regiões que mais envelheceram e empobreceram são as mesmas que têm menos médicos, menos transportes e casas mais frias. As desvantagens não se somam: multiplicam-se. E cada verão que passa acrescenta uma nova camada, que a demografia e o clima vão tornar mais pesada todos os anos.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«A saúde depende sobretudo dos hábitos de cada um.»**
>
> Os comportamentos pesam, e muito. Mas não se escolhem no vazio: são moldados pelo preço da comida, pelo horário do trabalho, pela segurança da rua e pelo tempo que sobra. Chamar-lhes escolha individual é confundir a decisão com as condições em que ela é tomada.

> **«O calor mata porque está muito calor.»**
>
> O calor mata através da desidratação e da descompensação de doenças crónicas, e escolhe as suas vítimas com uma precisão social conhecida. A mesma temperatura, numa casa isolada e numa casa sem sombra nem forma de arrefecer, produz resultados diferentes — e é isso, e não o termómetro, que explica quem morre.

> **«Isto não é assunto da saúde.»**
>
> É o assunto mais determinante de todos — só não é da competência do Ministério da Saúde. Decidir onde passa uma ciclovia, se a escola tem refeitório, se a habitação social tem isolamento térmico ou se há sombra na praça são decisões de saúde pública tomadas por gente que nunca as chamou assim.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

O princípio começou a ser formulado na conferência de Adelaide, em 1988, sob o nome de política pública saudável, e ganhou a designação por que hoje é conhecido — saúde em todas as políticas — numa segunda declaração, também de Adelaide, em 2010. Significa avaliar o impacto na saúde de decisões tomadas noutros ministérios — habitação, transportes, educação, trabalho — antes de as tomar, e não depois de o hospital receber a conta.

As intervenções com melhor resultado documentado têm uma característica comum: não dependem de convencer, uma a uma, dez milhões de pessoas. Mudam a regra ou o ambiente, e o resto segue. Isolar termicamente habitação social. Criar sombra e água em espaços públicos. Garantir refeições escolares. Tornar as ruas caminháveis. Nenhuma destas medidas é uma

medida de saúde — e todas produzem mais anos de vida do que a maioria dos equipamentos comprados no mesmo período.

Portugal tem um exemplo próprio, e recente, de como isto funciona. Em 2017 criou-se um imposto sobre as bebidas com açúcar adicionado, escalonado pelo teor. O efeito principal não veio de as pessoas passarem a escolher melhor: veio de os fabricantes reformularem os produtos para caírem no escalão mais baixo. Já no primeiro ano, o volume total de açúcar consumido através destas bebidas caiu cerca de 15% — mais de cinco mil toneladas. Uma parte desta descida corresponderia a uma tendência que já vinha de trás, em Portugal como no resto da Europa; os estudos que comparam o que aconteceu com o que seria esperado sem o imposto confirmam, ainda assim, um efeito próprio da medida. Entre 2017 e 2023, a proporção de bebidas no escalão mais açucarado caiu 36%, e as do escalão mais baixo aumentaram mais de metade.

Repare-se no que aconteceu, porque é a lição do capítulo inteiro. Ninguém teve de convencer dez milhões de portugueses a beber menos açúcar. Mudou-se uma regra, a indústria respondeu ao incentivo, e o açúcar desapareceu das bebidas sem que a maioria das pessoas desse por isso. É a diferença entre pedir às pessoas que escolham melhor e tornar a escolha saudável na mais fácil de todas.

A mesma lógica está documentada na habitação. Um ensaio realizado na Nova Zelândia isolou termicamente cerca de mil e trezentas casas escolhidas ao acaso e comparou-as com as res-

tantes: nas casas isoladas, os moradores relataram melhor saúde, faltaram menos dias ao trabalho e à escola, e tiveram menos idas ao médico e menos internamentos por problemas respiratórios. A intervenção não foi clínica. Foi lã mineral nas paredes.

Para o calor especificamente, existem planos de contingência que funcionam quando são específicos: identificar previamente quem vive sozinho e é vulnerável, telefonar-lhes durante os episódios, e abrir espaços refrigerados de acesso livre. É trabalho de proximidade, barato, e tem de estar feito antes de a temperatura subir.

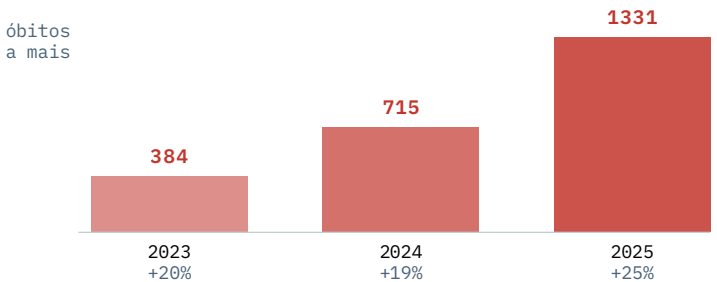
Portugal tem esse plano, e tem-no há anos. A Direção-Geral da Saúde ativa um dispositivo específico para as temperaturas extremas, apoiado num índice que cruza a previsão meteorológica com o excesso de mortalidade esperado, e que permite antecipar o alerta em alguns dias. A informação existe, portanto, antes de as pessoas morrerem — o que torna a pergunta seguinte incómoda: se sabemos com dias de antecedência onde e quando o risco vai subir, o que é que se faz nesses dias?

É aí que a cadeia se parte. Emitir um aviso é fácil e é feito. Ir a casa de quem vive sozinho, verificar se tem como arrefecer a divisão onde passa o dia, garantir que bebe água e que alguém volta no dia seguinte — isso exige pessoas no terreno, listas atualizadas de quem é vulnerável, e articulação entre a saúde e a segurança social. É exatamente o mesmo problema de incentivos repartidos que atravessa este livro: o alerta pertence a um

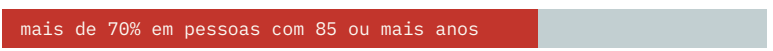
organismo, a resposta depende de outro, e a conta chega ao hospital.

QUEM MORRE NAS ONDAS DE CALOR

óbitos acima do esperado, nos períodos de alerta de cada ano



E EM QUEM SE CONCENTROU, EM 2025



abaixo dos 70 anos não se detetou excesso de mortalidade

o calor não matou o país: matou quem já estava vulnerável, na casa errada

Dados da Direção-Geral da Saúde para os períodos de alerta de cada ano. Os episódios têm durações diferentes e não são diretamente comparáveis entre si — o que a série mostra é a repetição e, sobretudo, a concentração sempre no mesmo grupo.

Um país pode ter os melhores hospitais do mundo e continuar a adoecer no mesmo sítio, à mesma hora, pelas mesmas razões — porque a doença começa muito antes da porta do hospital.

PARA SABER MAIS

- Marmot M, *Fair Society, Healthy Lives* (Marmot Review), 2010.
- Organização Mundial da Saúde — Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, relatório final, 2008.
- Direção-Geral da Saúde — dados de excesso de mortalidade em períodos de calor e índice Ícaro (INSA).
- Instituto Português do Mar e da Atmosfera — boletins climatológicos e séries de temperatura.
- EuroMOMO e INSA — monitorização do excesso de mortalidade na Europa; relatórios do Plano de Resposta Sazonal em Saúde, módulo de inverno.
- Watts N et al., «The Lancet Countdown on health and climate change», relatórios anuais.
- Goiana-da-Silva F et al., «A experiência na tributação das bebidas açucaradas em Portugal», *Acta Médica Portuguesa*, 2018; e relatórios anuais de monitorização da DGS.
- Howden-Chapman P et al., «Effect of insulating existing houses on health inequality», *BMJ*, 2007.

CAPÍTULO
23

Ninguém defende o que não se vê

> **A prevenção tem um problema difícil de resolver: os seus melhores resultados são coisas que não aconteceram, e ninguém consegue ver aquilo que não aconteceu.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Reduzir o tabagismo, tratar a hipertensão, promover o exercício, vacinar, rastrear cancros: tudo isto tem retorno enorme e demorado. Os internamentos que se evitam com uma boa política de prevenção evitam-se dez ou vinte anos depois, e nunca se sabe exatamente quais foram — porque não aconteceram.

O gasto, esse, é imediato. Daí que a prevenção seja particularmente vulnerável ao subinvestimento: os seus custos são imediatos e muitos dos seus benefícios só aparecem anos depois — e convém perceber que isto não é maldade nem ignorância de quem decide.

São três coisas ao mesmo tempo. A primeira é a facilidade: cortar em prevenção é a única decisão orçamental cujo efeito ninguém sente no mês seguinte. Fechar uma urgência tem consequências imediatas e visíveis; adiar um programa de rastreio não tem nenhuma que se note durante anos. A segunda é a escassez real. Quando os recursos não chegam para tudo, e há lis-

tas de espera a crescer hoje, é humanamente difícil desviar dinheiro do que dói agora para o que doerá em 2040.

A terceira é a mais exigente. Apostar no futuro em vez de aguentar o presente não é apenas uma decisão técnica: é uma decisão reformadora, que obriga a suportar a crítica pública durante todo o tempo em que os resultados ainda não apareceram. Exige convicção, exige explicar bem, e exige aceitar que o mérito será colhido por outra pessoa. Poucos sistemas de saúde, em qualquer país, conseguiram fazê-lo de forma consistente.

Há ainda um obstáculo de linguagem. A prevenção fala sempre em probabilidades — reduzir o risco em tantos por cento, ao longo de tantos anos — e as probabilidades não comovem ninguém. Uma criança à espera de uma cirurgia comove. É por isso que o dinheiro se move na direção do rosto visível, e não na direção do número, mesmo quando o número representa muito mais gente.

E há um paradoxo cruel que atinge sobretudo a vacinação: quanto melhor funciona um programa, menos visível fica aquilo que ele evita. Quem tem hoje quarenta anos nunca viu uma criança com poliomielite, e a maioria dos médicos em exercício nunca viu um caso de difteria. O sarampo é o exemplo mais claro do que acontece quando a memória se apaga: quase desapareceu de Portugal, e voltou em surtos em 2017 e 2018 — com dezenas de casos e uma morte — logo a seguir a alguns anos de descida na cobertura vacinal. Bastou uma gera-

ção de distância para que uma doença dada como resolvida reaparecesse. A doença desapareceu da memória coletiva ao mesmo tempo que desapareceu das enfermarias — e o que sobra é o incómodo da picada e os zunzuns de teoria da conspiração. O êxito do programa apagou a razão de existir do programa.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

Os cuidados de saúde, no seu conjunto, explicam a menor parte da variação na esperança de vida entre populações. A maior parte vem do que acontece antes: tabaco, álcool, alimentação, atividade física, poluição, condições de trabalho.

A prevenção que funciona costuma deixar de se notar precisamente por ter funcionado, e Portugal tem exemplos disso que já ninguém liga a decisões tomadas. O uso obrigatório do cinto e do capacete transformou a mortalidade nas estradas portuguesas ao longo de duas décadas. A vacinação esvaziou enfermarias inteiras que existiam para doenças que hoje já não se veem. Em ambos os casos, o benefício é hoje invisível — e é invisível porque a medida resultou.

O tabaco ilustra o caso oposto, o da medida feita pela metade. Nos países que proibiram de forma total o fumo em espaços fechados, os internamentos por enfarte caíram de forma objetiva nos anos seguintes — um efeito replicado em dezenas de estudos. Portugal fez a sua lei em 2008, mas admitindo áreas para fumadores em muitos espaços, e só a foi apertando depois. É provavelmente por isso que o efeito nacional é mais difícil de

demonstrar do que o internacional: meias proibições dão meios resultados.

Sobre rastreios, a evidência é mais subtil do que parece e convém conhecê-la. Um rastreio só funciona quando se juntam três condições: existe um exame fiável, a doença tem tratamento mais eficaz quando apanhada cedo, e convida-se a população certa. Se uma destas condições falha, torna-se muito menos provável que os benefícios do programa superem os danos: um exame a mais passa a fazer mal — encontra achados sem importância, gera ansiedade, leva a biópsias desnecessárias e ocupa recursos que faziam falta a quem tem sintomas.

PORQUE É QUE A PREVENÇÃO PERDE SEMPRE

quando aparece o custo, e quando aparece o ganho



quem decide vê a linha vermelha inteira e quase nada da verde
e é avaliado antes de a verde começar a subir

O desencontro não é português nem recente: é a razão estrutural pela qual a prevenção perde, em qualquer país, para tudo o que produz efeito visível dentro de um mandato.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine que lhe propõem duas obras em casa. A primeira é substituir o telhado, que ainda não pinga mas está no fim. A segunda é a cozinha nova, que se vê da entrada e de que toda a gente lhe vai falar.

Ambas custam o mesmo. A cozinha dá prazer amanhã. O telhado não dá prazer nenhum — dá, daqui a oito anos, uma inundação que não aconteceu e sobre a qual ninguém vai falar, porque ninguém dá pela ausência de uma coisa má.

Agora acrescente-lhe a parte que torna isto verdadeiramente difícil: se mudar de casa dentro de quatro anos, o telhado é um presente que deixa ao próximo dono. E a cozinha, essa, aproveita-a já.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para as pessoas, significa que a doença só é encontrada quando já deu sinal de si — e nessa altura já não se trata de a evitar, mas de gerir o estrago. Uma hipertensão apanhada aos quarenta trata-se com um comprimido barato. A mesma hipertensão descoberta aos sessenta, depois de um acidente vascular cerebral, custa uma vida diferente e anos de reabilitação.

Para o SNS, é a diferença entre gastar cedo ou gastar tarde. Convém não generalizar: nem toda a prevenção poupa dinheiro, e há programas preventivos que custam mais por ano de vida ganho do que muitos tratamentos. Mas as melhores inter-

venções preventivas — vacinar, reduzir o tabaco, controlar a tensão arterial — estão entre as coisas mais eficientes que a medicina conhece, e adiá-las troca-as por tratamento tardio, que custa mais e chega quando já há sequelas.

Para o país, o efeito acumula-se ao longo de gerações. Um programa que perde consistência durante dez anos não perde dez anos: perde os vinte seguintes, porque as doenças que devia ter evitado vão aparecer todas na década a seguir.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Prevenir é sempre melhor do que remediar.»**
>
> Prevenir bem é. Rastrear fora das faixas etárias certas produz mais falsos alarmes do que benefício, e há doença encontrada que nunca teria causado sintomas — mas que se trata na mesma, com todos os riscos que isso implica. Chama-se sobrediagnóstico.

> **«Faço um check-up completo todos os anos por precaução.»**
>
> Um exame só é útil quando existe uma pergunta a que responde. Sem pergunta, o que devolve não é uma resposta — é uma lista de alterações, e alguém vai ter de lidar com todas elas. A palavra soa a zelo e a responsabilidade, e é por isso que se pede com boa consciência. Mas quem sai de lá com três achados sem significado e semanas de exames pela frente não ficou mais saudável do que quando entrou: ficou apenas com mais preocupações e mais marcações.

> **«Quem hesita em vacinar está mal informado.»**
>
> Está preocupado, que é diferente. Responder com estatísticas a uma preocupação não resolve nada, e insistir costuma reforçar a posição contrária. O que funciona é perguntar qual é o receio concreto e responder a esse receio.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

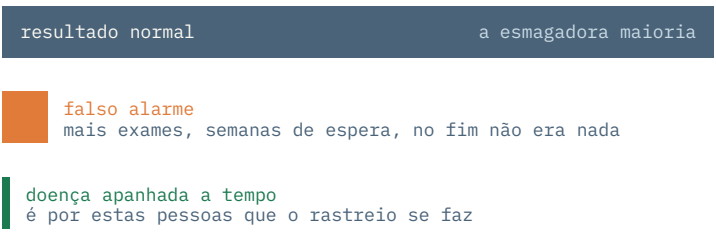
Repare-se no que a proibição de fumar, o cinto de segurança e a vacinação têm em comum: nenhuma dependeu de convencer, uma a uma, dez milhões de pessoas. Mudaram a regra, ou tornaram a escolha saudável na mais fácil de todas — e o resto seguiu. As intervenções estruturais têm esta vantagem decisiva: alcançam populações inteiras sem dependerem exclusivamente de decisões individuais.

Nos rastreios, o princípio é o inverso da intuição: convidar, e convidar apenas quem está dentro da faixa em que o benefício supera claramente o dano. E aqui vai o único conselho direto deste livro, com o pedido de desculpa que a franqueza obriga: quem for chamado para o rastreio da mama, do colo do útero ou do cólon deve ir, e ir sempre — esses convites existem porque alguém demonstrou, com anos de estudos, que naquela idade e naquele intervalo salvam mais vidas do que estragam.

Na vacinação, a parte que mais rende é também a menos discutida: facilitar. Boa parte de quem não se vacina não é contra — é alguém que trabalha por turnos e a quem calhou mal o horário. Alargar horários, vacinar no local de trabalho, aproveitar qualquer contacto com o sistema para perguntar se está em dia: nada disto convence ninguém de nada, e é o que mais aumenta a cobertura.

DE CADA MIL PESSOAS CONVIDADAS PARA UM RASTREIO

proporções ilustrativas: variam com a doença e com a idade



AS TRÊS CONDIÇÕES PARA UM RASTREIO VALER A PENA

1. um exame fiável
   que erre pouco nos dois sentidos
2. tratamento melhor se apanhado cedo
   senão antecipa-se o diagnóstico, não a cura
3. convidar a população certa
   a idade em que o benefício supera o dano

se uma destas falha, é pouco provável que compense

É pela barra verde que tudo isto se faz, e é pela laranja que só se faz onde compensa. Quando o rastreio é o certo, na idade certa, a verde vale mais do que a laranja; se for aplicado fora dessa faixa, a conta inverte-se.

A prevenção tem o pior currículo possível: os seus resultados chegam tarde, não têm rosto e ninguém os reclama. E é, ao mesmo tempo, o sítio da medicina onde estão as intervenções mais eficientes alguma vez inventadas — e onde se gasta pior quando se escolhe mal.

PARA SABER MAIS

- Wilson JMG, Jungner G — *Principles and practice of screening for disease*, OMS, 1968. Os critérios continuam a ser a referência.
- Organização Mundial da Saúde — Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco e avaliação das leis de espaços sem fumo.
- Welch HG, Schwartz L, Woloshin S, *Overdiagnosed*, 2011.
- Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC, «Does preventive care save money?», *New England Journal of Medicine*, 2008.
- Direção-Geral da Saúde — Programa Nacional de Vacinação e programas de rastreio organizado.
- OCDE, *Health at a Glance* — cobertura vacinal e participação em rastreios, comparação europeia.

BLOCO VII · CAPÍTULOS 24 A 25

O que aí vem

Dois problemas que hoje ocupam pouco espaço no debate público e que vão ocupar o das próximas décadas. Um é biológico. O outro entra pela porta da tecnologia.

CAPÍTULO 24

As bactérias que deixaram de morrer

> **Quase todos os antibióticos que hoje se usam foram descobertos antes de 1970. As bactérias continuaram a evoluir; o arsenal para as combater, praticamente não.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Antes dos antibióticos, um arranhão infetado podia matar. A pneumonia pneumocócica matava cerca de um em cada três dos que a apanhavam — muito mais entre os idosos, bastante menos em adultos jovens, mas sempre uma doença que se temia. Uma cesariana era uma decisão de vida ou de morte para a mãe. A penicilina, generalizada nos anos quarenta, mudou tudo isto numa geração.

O que raramente se explica é que a medicina moderna inteira assenta nesse alicerce. Uma prótese da anca, uma cirurgia cardíaca, um transplante, uma quimioterapia — todos estes atos abrem o corpo ou baixam as defesas, e todos dependem de existir um antibiótico eficaz caso apareça uma infeção. Sem esse seguro, deixam de ser praticáveis com a mesma segurança.

As bactérias, entretanto, fazem o que sempre fizeram: reproduzem-se depressa e sofrem mutações. Quando se usa um antibiótico, as bactérias sensíveis morrem e as que por acaso resistiam ficam com o campo livre para se multiplicar. É seleção natural

em direto, à velocidade de dias. Quanto mais se usa, mais depressa acontece.

Somam-se três hábitos que aceleram tudo. Prescrever antibióticos para infeções virais, onde não têm qualquer efeito. Interromper o tratamento assim que os sintomas melhoram. E o uso massivo em animais de criação, que produz resistências que chegam depois às pessoas.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

O maior estudo global sobre o tema, publicado no *Lancet* em 2022, estimou que as infeções por bactérias resistentes estiveram associadas a cerca de cinco milhões de mortes num único ano, das quais 1,27 milhões diretamente atribuíveis à resistência. Já é uma das principais causas de morte no mundo.

Portugal está entre os países europeus com pior situação, e os números nacionais são conhecidos. As estimativas do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças apontam para cerca de 24 mil infeções por bactérias resistentes num ano em Portugal, com aproximadamente 1160 óbitos diretamente atribuíveis — mais de três por dia.

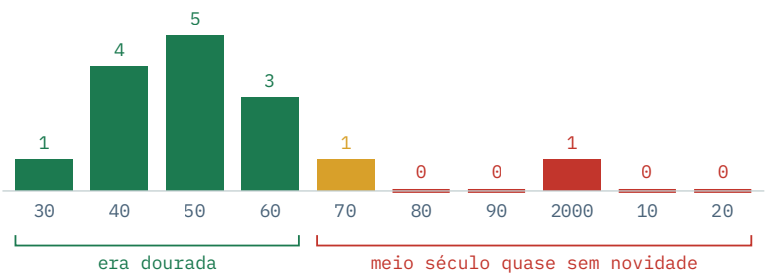
O que coloca o país em mau lugar não é o número absoluto, é a proporção. Numa comparação da OCDE entre mais de trinta países, Portugal apresentava 11,3 mortes por cada cem mil habitantes atribuíveis a bactérias muito resistentes, sendo apenas ultrapassado pela Itália e pela Grécia. É perto do dobro da média da União Europeia e quase o triplo da média da OCDE. E o

país figura entre os primeiros da Europa na incidência de algumas das bactérias mais problemáticas, como a *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemos — os antibióticos que costumam ser a última linha de defesa.

Do lado da inovação, a notícia é pior. O que apareceu desde os anos setenta são sobretudo variações das famílias já existentes, e não mecanismos de ação novos — e as bactérias que aprenderam a defender-se de uma família defendem-se, com frequência, de toda ela. Estamos a jogar com um baralho que praticamente não recebe cartas novas há meio século.

DE ONDE VÊM OS ANTIBIÓTICOS QUE USAMOS

novas classes descobertas, por década



o que apareceu depois de 1970 são sobretudo variações das mesmas famílias
as bactérias, essas, nunca deixaram de evoluir

Contagem indicativa de classes com mecanismo de ação novo, e não de moléculas: a maioria dos antibióticos lançados desde 1970 são variações de famílias já conhecidas, contra as quais as bactérias já sabem defender-se.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine uma aldeia com um único poço de água limpa. Toda a gente bebe dele, e há água de sobra. Como é gratuito e abundante, ninguém poupa: lava-se o carro com aquela água, rega-se o jardim, enche-se a piscina.

O poço demora décadas a esvaziar, e por isso ninguém se alarma. Cada família que gasta um pouco mais não faz diferença nenhuma sozinha — o custo do seu gasto é repartido por toda a aldeia, e o benefício é só dela. É racional, para cada um, continuar a gastar.

Os economistas conhecem isto há muito tempo e chamam-lhe a tragédia dos comuns. É o problema dos antibióticos em duas frases: o benefício de os usar é individual e imediato; o custo de os gastar é coletivo e futuro. Só que, ao contrário do poço, este não volta a encher com a chuva.

A história não acaba aqui, e a segunda metade é a que interessa. Durante décadas assumiu-se que um recurso comum estava condenado ao esgotamento — ou seria privatizado, ou teria de vir um Estado impor a ração de cada um. Elinor Ostrom passou a vida a estudar aldeias reais, com pastagens, pesqueiros e sistemas de rega partilhados, e mostrou que isso é falso. Muitas comunidades geriram esses recursos durante séculos sem os esgotar, e ganhou o Nobel da Economia por o demonstrar.

O que essas comunidades tinham em comum não era virtude: eram regras. Limites claros sobre quem pode usar e quanto. Al-

guém encarregado de vigiar o uso, reconhecido por todos. Sanções proporcionadas para quem abusa, aplicadas por quem está perto e não por uma autoridade distante. E um sítio onde discutir e ajustar as regras quando deixam de servir.

Guarde esta lista, porque é exatamente o que se segue neste capítulo. Tudo o que funciona contra a resistência aos antibióticos é uma versão clínica destas quatro condições — e é por isso que este é um problema difícil, mas não é um problema sem solução.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, uma infeção resistente significa internamentos mais longos, antibióticos mais tóxicos, e uma probabilidade de morte substancialmente mais alta. Uma infeção urinária que se resolvia em casa com cinco dias de comprimidos passa a exigir hospital e tratamento por via endovenosa.

Para a medicina, é a ameaça mais silenciosa que existe. Se os antibióticos falharem, não perdemos só o tratamento das infeções: perdemos a segurança de todas as cirurgias programadas, dos transplantes, da quimioterapia e dos partos por cesariana. Oitenta anos de ganhos ficam em causa ao mesmo tempo.

Para Portugal em particular, isto cruza-se com dois problemas já descritos neste livro. Um país envelhecido tem mais pessoas frágeis e mais internamentos, que são o ambiente onde as bactérias resistentes circulam melhor. E camas ocupadas du-

rante meses por quem já não precisa delas são precisamente o cenário em que estas bactérias colonizam mais doentes.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

> **«Eu é que fico resistente aos antibióticos.»**
>
> Quem se torna resistente é a bactéria, não a pessoa. E as bactérias circulam: a resistência que se cria numa pessoa pode acabar noutra que nunca tomou aquele antibiótico na vida. É por isso que isto é um problema coletivo e não individual.

> **«Um antibiótico ajuda a passar mais depressa a constipação.»**
>
> Constipações e a maioria das dores de garganta e das bronquites são infeções por vírus. Os antibióticos não têm sobre eles absolutamente nenhum efeito — mas têm todo o efeito sobre as bactérias que a pessoa transporta, incluindo as inofensivas.

> **«Se melhorei, posso parar e guardar o resto para a próxima.»**
>
> É das piores coisas a fazer. Melhorar significa que morreram as bactérias mais sensíveis; as mais resistentes são as últimas a ceder. Parar a meio é escolher a dedo as que sobrevivem — e guardar comprimidos para uma infeção futura, que pode nem ser bacteriana, é repetir o erro.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Repare-se, ao ler o que se segue, que cada peça corresponde a uma das condições que Ostrom identificou. A intervenção com mais evidência acumulada tem um nome pouco atraente: programas de apoio à prescrição de antibióticos. Consistem em ter, em cada hospital, alguém com a função de rever as prescrições, sugerir alternativas mais estreitas e encurtar durações.

Os hospitais que os implementaram reduziram o consumo sem qualquer aumento de complicações.

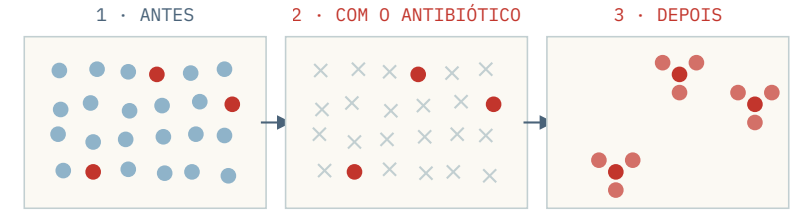
A segunda peça é ainda mais banal e mais eficaz: lavar as mãos. O controlo de infeção hospitalar — higiene das mãos, isolamento de doentes colonizados, limpeza de superfícies — é a intervenção com melhor relação entre custo e efeito de toda esta área. Não previne apenas a infeção resistente: impede-a de passar ao doente da cama do lado.

A terceira é a vacinação, que costuma ficar de fora desta conversa. Ao reduzir o número de infeções, a vacinação reduz também a exposição da população a antibióticos — e, com ela, a pressão seletiva que faz nascer resistências. É prevenção a atuar dois passos antes do problema aparecer.

Falta uma quarta, que Portugal não resolve sozinho: reanimar a investigação. Desenvolver um antibiótico novo custa o mesmo que qualquer outro medicamento, mas o produto ideal é aquele que se usa o menos possível e se guarda para o fim. É um modelo comercial impossível, e é por isso que as empresas saíram desta área. A solução passa por separar o pagamento do volume vendido — coisa que exige acordos entre países, e não decisões nacionais.

COMO NASCE UMA RESISTÊNCIA

o antibiótico exerce pressão seletiva: elimina as sensíveis



quase todas são sensíveis; algumas já resistem — as sensíveis morrem; as resistentes não — sobram as resistentes, com o terreno todo livre

bactéria sensível — bactéria resistente

é seleção natural em direto, à velocidade de dias
e cada tratamento desnecessário faz correr o filme mais uma vez

O antibiótico exerce pressão seletiva: elimina as bactérias sensíveis e favorece as que já eram resistentes, ou as que adquirem resistência por mutação ou por transferência genética. É por isso que usá-lo onde não é preciso não é apenas inútil — é ativamente prejudicial.

Herdámos oitenta anos de vantagem sobre as bactérias e estamos a gastá-la sem reparar. É o único problema deste livro em que o relógio não é nosso.

PARA SABER MAIS

- Antimicrobial Resistance Collaborators, «Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019», *The Lancet*, 2022.
- Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças — relatórios anuais da rede EARS-Net, com dados por país.
- Organização Mundial da Saúde — *Global Action Plan on Antimicrobial Resistance* e lista de patogéneos prioritários.
- Ostrom E, *Governing the Commons*, 1990 — condições para a gestão sustentável de recursos comuns.
- Direção-Geral da Saúde — Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.
- OCDE, *Stemming the Superbug Tide* — mortalidade por resistência antimicrobiana, comparação internacional.
- O'Neill J, *Tackling Drug-Resistant Infections Globally* (Relatório O'Neill), 2016.

CAPÍTULO
25

Quando o erro deixa de ser de um médico

> **Não podemos nem devemos travar a entrada da inteligência artificial na saúde. O perigo não está no que ela faz mal: está em não conseguirmos explicar como decidiu, e em não haver ninguém a quem pedir contas quando decidir mal.**

PORQUE ESTE PROBLEMA EXISTE

Já existem aplicações de inteligência artificial que ajudam a ler radiografias, a transcrever consultas, a organizar listas de doentes em risco. Bem usados, podem devolver tempo aos profissionais e apanhar coisas que escapam ao cansaço humano às cinco da manhã.

Mal usados, criam três problemas novos. Decisões que ninguém consegue explicar. Erros repetidos em escala — porque um médico que erra, erra num doente, e um programa que erra, erra em todos ao mesmo tempo. E responsabilidade diluída entre quem comprou, quem programou e quem clicou.

Há uma armadilha específica que convém conhecer, porque não é nada óbvia. Aplicações ou programas baseados em inteligência artificial aprendem a partir de dados históricos. Se os dados refletirem desigualdades passadas — grupos que foram menos investigados, sintomas que foram menos valorizados

em determinadas pessoas — a IA aprende essas desigualdades e devolve-as em forma de número. E um número tem uma autoridade que uma opinião não tem: ninguém discute uma percentagem da mesma maneira que discute um palpite, mesmo quando a percentagem foi construída a partir dos palpites de outros.

Ao lado disto entra outra tecnologia mais simples e já generalizada: a consulta à distância. Há situações em que resolve bem — rever um resultado, ajustar uma dose, acompanhar quem já se conhece — e outras em que é claramente insuficiente, porque a consulta à distância não permite reproduzir integralmente o exame físico presencial, ainda que possa incorporar observação e algumas medições feitas remotamente. A questão prática é quem decide onde fica a fronteira: se é decidida caso a caso por quem está com o doente, funciona; se for decidida pela vantagem de somar mais consultas no fim do mês, a fronteira desloca-se sempre no mesmo sentido.

O QUE MOSTRAM OS DADOS

O caso mais instrutivo já aconteceu, e numa aplicação informática que estava a ser usada a sério. Em 2019, a revista *Science* publicou a análise de um algoritmo americano que ajudava a escolher quem devia entrar em programas de acompanhamento reforçado, aplicado a cerca de duzentos milhões de pessoas por ano. O algoritmo não usava a raça como critério: usava o dinheiro gasto em saúde como medida de quão doente alguém estava. Como historicamente se gastava menos com doentes ne-

gros com a mesma doença, o programa concluiu que estavam menos doentes e deixou-os de fora. Ninguém o programou para discriminar. Discriminou à mesma.

Há um segundo problema, e é de natureza diferente: muitas destas ferramentas não conseguem explicar-se. Os modelos mais eficazes chegam ao resultado por caminhos que nem quem os construiu consegue reconstituir passo a passo — o que na literatura se chama o problema da caixa negra. Em medicina isto é mais grave do que noutras áreas: um clínico que segue uma recomendação sem perceber de onde vem não a pode discutir com o doente, nem defender perante um colega, nem contestar quando o seu instinto diz o contrário.

O terceiro problema é o que acontece quando a ferramenta sai do sítio onde foi treinada. Um programa afinado com imagens de um hospital, com um aparelho e uma população específicos, perde exatidão quando é aplicado noutro lado — e a perda não é anunciada por nenhum aviso no ecrã. Continua a devolver números com a mesma confiança de sempre. É por isso que a validação local, antes de usar, não é burocracia: é a única forma de saber se aquilo funciona ali.

E há um problema que ainda mal começámos a discutir: as ferramentas generativas, que produzem texto com fluência e, por vezes, inventam com a mesma fluência. Um resumo clínico gerado automaticamente pode conter uma frase plausível que ninguém disse, e essa frase passa a fazer parte do processo. Ao

contrário de um erro humano, não vem acompanhada de hesitação nenhuma.

Sobre a consulta à distância, a pandemia deixou uma lição que se esquece depressa. Quando tudo passou a ser remoto, quem tinha computador, boa ligação e à-vontade com ecrãs foi atendido quase como antes. Quem tinha oitenta anos, um telemóvel antigo e ninguém em casa para ajudar ficou pior servido durante meses. A ferramenta que aproxima uns afasta outros — e os que afasta são, quase sempre, os que mais precisavam.

Ficou também claro que a teleconsulta funciona melhor onde já havia relação. Um médico de família que conhece a pessoa há dez anos resolve muita coisa ao telefone, porque sabe o que não precisa de ver. Entre estranhos, a mesma chamada é quase inútil.

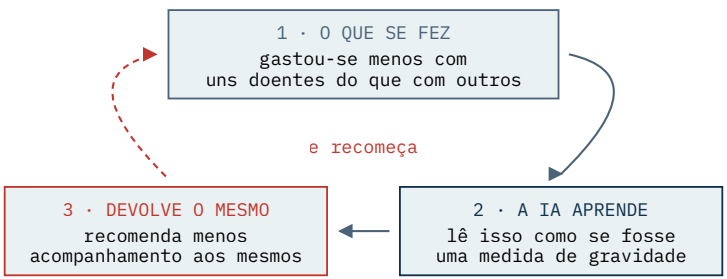
A explicação é clínica, e não tecnológica. Numa consulta presencial, uma parte substancial da informação chega sem ninguém a pedir: a maneira como a pessoa se levanta da cadeira, a cor da pele, a respiração ao subir umas escadas, se está mais magra do que da última vez, quem a acompanhou e o que essa pessoa acrescenta. Nada disto passa por um telefone, e boa parte também não passa por uma câmara. Quem já conhece o doente tem esse arquivo na cabeça e pode dispensá-lo por uma vez. Quem não conhece está a decidir com metade dos dados — e, pior, sem saber qual metade lhe falta.

Há uma terceira lição, e é a que se esquece mais depressa. Durante a pandemia, a consulta à distância foi uma solução de

emergência para um problema de emergência, e foi julgada como tal: comparou-se com não haver consulta nenhuma. Fora desse contexto, a comparação correta é outra — com a consulta que teria acontecido. E medida contra essa, a pergunta deixa de ser se funciona ou não funciona, e passa a ser de que é que depende. Depende de haver relação anterior, de o motivo não exigir exame físico, e de a pessoa ter meios e destreza para a fazer. Três condições verificáveis antes de marcar, e que quase nunca se verificam.

COMO UMA DESIGUALDADE ANTIGA VIRA NÚMERO NOVO

o ciclo do enviesamento, em três passos



ninguém programou o algoritmo para discriminar
programaram-no para aprender com o que já se fazia

O algoritmo americano analisado em 2019 seguia exatamente este ciclo. Repare-se que em nenhuma das três caixas alguém decidiu discriminar: a desigualdade entra pela primeira e sai pela terceira já convertida em resultado calculado — e a cada volta fica mais difícil de ver.

EXPLICADO DE OUTRA MANEIRA

Imagine que quer contratar alguém e decide poupar tempo: dá a um assistente as fichas de todas as pessoas que a empresa contratou nos últimos vinte anos e pede-lhe que aprenda a reconhecer um bom candidato.

O assistente é obediente e rápido. Analisa tudo e chega a uma conclusão: os bons candidatos são homens. Não porque tenha alguma opinião sobre o assunto — foi o que os dados lhe mostraram, porque durante vinte anos a empresa só contratou homens.

Se agora lhe perguntar porque recusou uma candidata, ele não sabe explicar. Não tem uma regra: tem um padrão que extraiu de milhares de exemplos. E é exatamente aqui que está o perigo — a recomendação chega com aspeto de objetividade, sem nenhuma das opiniões humanas que se poderiam contestar.

PORQUE ISTO É REALMENTE UM PROBLEMA

Para os doentes, uma decisão que ninguém sabe explicar é uma decisão que não se pode contestar. Se um médico recusa um tratamento, pode-se pedir uma segunda opinião. Se um algoritmo de IA o exclui de um programa por razões que ninguém consegue reconstituir, não há a quem recorrer.

Para os profissionais, há um risco menos falado: a deferência automática. Quando uma máquina acerta em noventa e cinco por cento dos casos, é humanamente difícil discordar dela nos

outros cinco — e são precisamente esses que exigiam um juízo humano.

E há aqui uma armadilha que ninguém resolveu ainda. Se o clínico tiver de rever tudo com o mesmo cuidado que teria sem a ferramenta, a ferramenta não lhe poupa tempo nenhum — e o ganho de produtividade, que é a principal razão para a comprar, desaparece. Todo o benefício destes programas depende de se confiar neles em alguma medida. A tensão real não é entre confiar e desconfiar: é encontrar o ponto em que se confia o suficiente para poupar tempo e não o suficiente para deixar de pensar. Ninguém sabe hoje onde fica esse ponto, e é honesto dizê-lo.

Para um sistema nacional de saúde, existe uma armadilha de gestão na teleconsulta que convém nomear. Uma consulta à distância conta como consulta nas estatísticas e custa menos a produzir, o que cria um incentivo silencioso para a usar onde não devia ser usada. Sempre que uma ferramenta é boa para os números e má para o doente, os números costumam ganhar.

O QUE COSTUMA SER MAL COMPREENDIDO

«A inteligência artificial vai substituir os médicos.»

Substitui tarefas, não profissões, e vale a pena perceber porquê. Estes programas são muito bons a reconhecer padrões que já viram muitas vezes — e é por isso que brilham em imagens, onde o padrão é o essencial. São maus exatamente onde a medicina é difícil: no caso que não se parece com nada do que estava nos dados, no doente que descreve mal o que sente, na decisão que depende de saber o que aquela pessoa quer para a sua vida.

Há três coisas que nenhum algoritmo faz. Não conduz a colheita da história. Já consegue recolher e organizar o que a pessoa lhe diz — e fá-lo bem —, mas o que decide um diagnóstico costuma aparecer numa conversa em que alguém percebe o contexto, nota uma incongruência e sabe o que perguntar a seguir. Não examina: não apalpa um abdómen nem vê a cara de quem está a mentir sobre a dor. E não assume a responsabilidade: alguém tem de assinar, e assinar é assumir as consequências perante uma pessoa concreta. Um programa pode estar errado; não pode ser responsabilizado.

O que muda, e muda muito, é o conteúdo do trabalho. Menos tempo a transcrever e a procurar, mais tempo com o doente — se a organização deixar. É aí que se joga a diferença entre a tecnologia devolver tempo clínico ou apenas encaixar mais uma consulta na agenda.

«Os algoritmos são objetivos porque não têm preconceitos.»

Não têm opiniões, o que é diferente de não terem enviesamentos. Herdam os que estavam nos dados — e ao contrário de uma pessoa, aplicam-nos de forma perfeitamente consistente a milhões de casos.

> **«A teleconsulta é sempre pior.»**
>
> É claramente melhor para rever um resultado já feito, ajustar uma dose com base em valores medidos em casa, confirmar que uma alteração correu bem, ou acompanhar alguém estável que vive longe. Nestes casos, obrigar à deslocação não acrescenta segurança — acrescenta um dia perdido.

O QUE A EVIDÊNCIA MOSTRA QUE FUNCIONA

Nada disto é argumento para ficar de fora. É argumento para entrar com regras, e a regra principal cabe numa frase: qualquer ferramenta que influencie uma decisão clínica tem de ter um responsável humano identificado, ser avaliada em doentes parecidos com os nossos, e poder ser desligada amanhã sem parar o serviço.

Estas perguntas deixaram, aliás, de ser apenas boa prática. O Regulamento Europeu da Inteligência Artificial, aprovado em 2024, prevê obrigações reforçadas para os sistemas classificados como de alto risco — supervisão humana efetiva, documentação sobre os dados usados no treino, registo do funcionamento e informação suficiente para que quem usa perceba os limites da ferramenta.

Duas ressalvas importam, porém, e o mercado costuma omiti-las. A primeira é que a classificação não é automática: depende do uso concreto que se dá à ferramenta e do enquadramento regulatório em que ela já se insere — muitas aplicações clínicas são também dispositivos médicos, com regras próprias. A segunda é o calendário, que foi alterado em 2026: as obrigações

para os sistemas autónomos de alto risco passaram para dezembro de 2027, e para a inteligência artificial incorporada em produtos já regulados, incluindo dispositivos médicos, para agosto de 2028.

Ou seja: quem comprar hoje uma destas ferramentas compra-a num período de transição, com as regras escritas e a maior parte das obrigações ainda por entrar em vigor. Não é motivo para esperar — é motivo para exigir por contrato aquilo que a lei só virá a exigir daqui a anos.

Antes de comprar, há quatro perguntas que separam uma ferramenta pronta de uma demonstração impressionante. Em que população foi validada, e parece-se com a nossa? O que acontece quando erra, e quem responde por isso? Quem consegue explicar a decisão a um doente que a conteste? E é possível desligá-la sem parar o serviço?

Para a consulta à distância, o critério é igualmente simples e deve ficar com quem está na sala: qual das duas modalidades resolve melhor este assunto, para esta pessoa, hoje. Não com quem faz o relatório mensal.

O QUE CABE NUM TELEFONEMA, E O QUE NÃO CABE

RESOLVE-SE À DISTÂNCIA

- rever um resultado
  já sabe o que procurar
- ajustar uma dose
  com o doente que conhece
- confirmar que correu bem
  depois de uma alta
- seguir quem está estável
  sem sinais novos

EXIGE ESTAR PRESENTE

- primeira avaliação
  ainda não há hipótese nenhuma
- examinar o doente
  não se apalpa por vídeo
- dar uma má notícia
  é preciso estar na sala
- perceber o que não se diz
  o silêncio também informa

a fronteira não é tecnológica: é clínica

quem está com o doente sabe de que lado o caso está
quem conta consultas no fim do mês tem interesse em não perguntar

Não há um lado certo e um lado errado. Há assuntos que cabem num telefonema e assuntos que precisam de uma sala, de uma marquesa e de tempo — e a decisão sobre em que coluna cai cada caso tem de pertencer a quem o está a tratar.

A inteligência artificial vai entrar na saúde, e é bom que entre. O problema não é a máquina errar — os médicos também erram. É que a máquina erra em toda a gente ao mesmo tempo, não sabe explicar porquê, e não há ninguém a quem perguntar.

PARA SABER MAIS

- Obermeyer Z et al., «Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations», *Science*, 2019.
- Organização Mundial da Saúde — *Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health*, 2021.
- Regulamento Europeu da Inteligência Artificial — classificação de risco aplicável a dispositivos médicos.
- Topol EJ, *Deep Medicine*, 2019.
- Greenhalgh T et al., «Video consultations for covid-19», *BMJ*, 2020.

No fim: a confiança, e nós

Faltam duas coisas nesta lista. Nenhuma é bem um problema — mas sem elas nada do resto funciona.

A primeira chama-se confiança. O Serviço Nacional de Saúde funciona, em larga medida, porque as pessoas acreditam nele: aceitam esperar, seguem indicações, vacinam os filhos, pagam impostos para o sustentar. Essa confiança construiu-se ao longo de quase cinco décadas, caso a caso, parto a parto.

E gasta-se muito mais depressa do que se constrói. Uma notícia de um doente que esperou horas de mais faz mais estragos do que mil altas bem-sucedidas fazem para a reparar. Não é um defeito do público português: é como a cabeça humana funciona em qualquer país. Damos muito mais peso ao que corre mal, e um caso concreto, com nome e fotografia, pesa mais do que qualquer estatística nacional. Quem trabalha na saúde tende a achar isto profundamente ingrato. De pouco serve revoltar-se contra isso. Vale mais tratá-lo como uma condição do terreno, e trabalhar em função dela — como quem constrói numa zona de sismos e reforça as fundações em vez de se queixar da injustiça da geologia.

A parte encorajadora é que a confiança não se recupera com dinheiro, e por isso não depende de haver orçamento. Recupera-se com coisas pequenas e repetidas. Explicar antes de decidir, e não depois de a decisão estar tomada. Assumir o erro no próprio dia, dizer o que se vai fazer para o corrigir, e não esperar que alguém o descubra. Dizer com franqueza o que não se consegue fazer, em

vez de prometer um prazo que já se sabe que não será cumprido. E haver sempre alguém com nome a quem a pessoa possa perguntar.

Nada disto custa dinheiro. Custa outra coisa, mais difícil de reunir: disposição para ter conversas desconfortáveis num dia em que já se teve doze. É por isso que é raro — não por falta de meios, mas porque exige de quem já está cansado exatamente aquilo que o cansaço mais dificulta. Quem consegue fazê-lo, mesmo às vezes, está a construir a única coisa deste livro que não se compra.

A segunda coisa que falta somos nós. Faltamos a consultas sem avisar, e a vaga perde-se. Vamos à urgência por coisas que esperariam pela manhã seguinte. Guardamos medicamentos que já não tomamos e pedimos receitas a mais. Exigimos um exame que não é preciso e ficamos convencidos de que fomos mal atendidos por não o levar.

Nada disto anula o que está escrito nos vinte e cinco capítulos anteriores. Nenhum sistema de saúde deve transferir para os utentes a responsabilidade das suas falhas de organização, e este livro passou vinte e cinco capítulos a mostrar de quem é a maior parte da responsabilidade e o dever de ser o promotor da mudança. Mas também é verdade o contrário: um serviço público sobrevive melhor quando quem o usa entende como funciona e o trata como coisa sua.

Quatro gestos têm um efeito real e não dependem de ninguém em Lisboa ou no Porto. Desmarcar uma consulta a que não se pode ir liberta o lugar para outra pessoa, e é provavelmente o mais eficaz de todos. Levar a lista da medicação a qualquer consulta ou urgência evita erros e exames repetidos. Fazer as perguntas todas na

consulta marcada evita uma nova consulta desnecessária sobre o mesmo motivo, ou evita mesmo um agravamento e uma ida ao hospital. E devolver na farmácia o que já não se toma tira do circuito medicamentos que acabariam no lixo.

Há ainda três perguntas, recomendadas por programas internacionais de decisão partilhada, que servem para qualquer proposta que lhe façam: **quais são as minhas opções?**, **quais são os benefícios e os riscos de cada uma?** e **o que acontece se não fizer nada por agora?** São educadas, cabem em vinte segundos, e mudam completamente a qualidade do que se decide a seguir.

Chegados ao fim, convém dizer o que estes vinte e cinco problemas têm em comum. Nenhum é novo. Nenhum é segredo. Não há aqui uma única revelação — há problemas que toda a gente que trabalha em saúde conhece, que aparecem nos jornais todos os anos, e que continuam por resolver não por falta de diagnóstico, mas porque resolvê-los exige trabalho prolongado de quem já trabalha no limite e produz resultados que só aparecem muito depois.

A esperança, se houver alguma, está precisamente aí. Um problema que ninguém percebe é um problema sem solução possível. Um problema que muita gente percebe, e sabe nomear, passa a ser uma escolha — e as escolhas, ao contrário das fatalidades, mudam quando muda quem as faz e quem as exige.

A confiança é a única coisa deste livro que não aparece em nenhum orçamento, não tem indicador e não se contratualiza. E sem ela nada do resto funciona.

Vinte e cinco problemas que toda a gente conhece e quase ninguém explica. Porque é que se espera. Porque é que faltam médicos onde sobram vagas. Porque é que a urgência se tornou a porta principal. Porque é que dois hospitais não conseguem ler o mesmo exame. Sem tabelas, sem siglas a mais e sem culpados fáceis — só os mecanismos, contados de forma que se possam explicar a alguém ao jantar.

Este livro faz parte do projeto Gerir em Saúde.

João Cravo

Médico pneumologista e Diretor do Serviço de Pneumologia da ULS Região de Aveiro. Tem pós-graduação em Gestão da Saúde pela Católica Porto Business School e mestrado em Operações de Serviços Clínicos pela Harvard Medical School. Fala sobre o SNS na sua página do LinkedIn e sobre gestão em saúde em geriremsaude.com.

GESTÃO EM SAÚDE

Otimização de recursos, excelência operacional e impacto sistémico no setor da saúde.

ÁREA CLÍNICA · PNEUMOLOGIA

Medicina baseada na evidência, com foco humanista e rigoroso no cuidado ao doente.

geriremsaude.com · joaocravo.com

1.ª edição · 2026 · distribuição livre