

**Maria Ioannis Baganha**

Centro de Estudos Sociais  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

**Joana Sousa Ribeiro**

**Sónia Pires**

Investigadoras do Projecto PEMINT – *The Political Economy of Migration in an Integrating Europe*

## **O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional**

### **I - Introdução**

O relativo desconhecimento a que está votada a temática da imigração em Portugal reflecte-se num sector extremamente problemático como o da saúde. Os serviços de prestação de cuidados de saúde em Portugal representam instituições onde a visibilidade das transformações da sociedade – neste caso da sociedade portuguesa enquanto receptora de fluxos imigratórios – é notória. Como utilizadores do sistema de saúde, parte da comunidade imigrante coloca importantes desafios à acessibilidade, organização e estruturação dos serviços de saúde. Enquanto prestadores de cuidados de saúde, os imigrantes contribuem para uma reconfiguração do *corpus* profissional. Assim, também no que diz respeito ao planeamento e desenvolvimento dos recursos humanos surgem novos desafios.

Dado não ser possível abordar esta questão sem antes conhecer o sector da saúde - as suas condicionantes, as suas carências e os seus possíveis desenvolvimentos, na primeira parte deste trabalho - proceder-se-á à caracterização sumária deste. A descrição não pretendeu ser exaustiva, mas sim destringir falhas e progressos que traduzem o nosso sistema de saúde.

A segunda parte deste trabalho incide sobre a caracterização dos efectivos a exercerem actividade profissional na área da prestação de cuidados de saúde. Concretamente, considera-se o grau de cobertura dos profissionais de saúde, a sua distribuição geográfica e por tipo de estabelecimento, a sua composição sócio-demográfica, a densidade da formação e

a evolução das aposentações. Para esse efeito, optou-se por privilegiar a informação estatística do Ministério da Saúde, uma vez que resulta de um inquérito administrado directamente às instituições, o que nos permite delinear um retrato, porventura limitado (83,9% dos profissionais pertencem ao sector público), mas mais fidedigno da situação de emprego nesta área.<sup>1</sup>

Como se pretende equacionar o problema da ausência de uma política prospectiva das profissões relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, à luz do aprovisionamento de lugares por profissionais estrangeiros, procede-se à avaliação destes recursos humanos estrangeiros, nomeadamente atendendo à sua incidência no total de efectivos do Ministério da Saúde, ao local de proveniência, às características sócio-demográficas, à distribuição geográfica e ao regime jurídico de emprego.

Esta análise reportar-se-á a três estudos realizados pelo DRHS do Ministério da Saúde (MS), tendo por objectivo avaliar o impacto da livre circulação de trabalhadores estrangeiros no âmbito do MS. Resultam de inquéritos aplicados em Setembro de 1998 (MS, 1999), Dezembro de 1999 (MS, 2000) e no ano de 2000 (MS, 2001), às instituições dependentes do MS, verificando-se no primeiro, o único inquérito em que essa informação está disponível, uma adesão de resposta de 99%.<sup>2</sup>

## **II - O sistema de saúde português – sua caracterização**

### **1) O sistema de saúde português até 1974**

De uma forma muito breve, pode afirmar-se que a saúde em Portugal antes do 25 de Abril de 1974 era constituída por várias vias sobrepostas (OPSS, 2001: 13):

- as misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços por todo o país;

---

<sup>1</sup> Esse inquérito reporta a 31 de Dezembro de 1998 (MS, 2000 a), o que permite, como adiante se concretizará, a comparação com a informação estatística sobre os recursos humanos estrangeiros em 1998 (MS, 1999). As outras fontes disponíveis, como sejam os dados provenientes do Instituto Nacional de Estatística, são utilizadas quando for estritamente necessário, isto porque resultam de uma recolha de dados efectuada nas ordens profissionais o que, em alguns casos, não deixa de colocar alguns problemas, dada a ineficaz actualização dos mesmos.

<sup>2</sup> Para além destes dados estatísticos, sempre que se julgue pertinente, utilizam-se dados provenientes de algumas ordens profissionais, cuja recolha é da inteira responsabilidade das mesmas.

- os Serviços Médico-Sociais, prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência;
- os Serviços de Saúde Pública, vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, etc...);
- os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos;
- os serviços privados, dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados.

Foi em conexão com outras transformações na sociedade portuguesa que, ao longo da década de 70, foram instituídas as maiores reformas no sistema de saúde português.

Para Pedro Pita Barros (s.d.) o principal objectivo da política na década de 70 foi a diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médicos, quer no financiamento, quer no acesso físico. Assim, reconheceu-se, pela primeira vez em 1971, com a nova reforma concretizada pelo Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro, o direito à saúde a todos os cidadãos. Foi ainda através dessa regulação jurídica e do Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de Setembro que se organizou, de forma completa, o Ministério da Saúde e de Assistência. O Estado deixou de ter uma intervenção supletiva para passar a ser responsável tanto pela política da saúde como pela sua execução.

A nova orgânica do Ministério da Saúde reestruturou os serviços centrais, regionais, distritais e locais. Foi ainda em 1971 que se criaram a partir dos distritos duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais. Basicamente, o Ministério da Saúde passou a orientar, através das Direcções Gerais de Saúde e dos Hospitais (órgãos substantivos do sistema) toda a política de saúde.

Se nos centrarmos nos indicadores tradicionais do estado da saúde de um determinado conjunto populacional, entre os quais, a mortalidade infantil, a mortalidade perinatal, a cobertura da população pelo sistema de saúde, temos, numa primeira observação, a nítida afirmação de uma evolução das condições sanitárias no país. Contudo, quando são estabelecidos parâmetros de comparação com as médias da União Europeia, ainda muito está por fazer.

Concretamente, ao longo da década de 1960, Portugal possuía os piores valores de alguns indicadores comparativamente com os actuais países da União Europeia (OCDE, 1998, *apud* Simões *et al.*, 1999: 2). De uma forma geral, somos, ao longo de toda a década de 1960, o país com pior desempenho ao nível da cobertura da população (18% da população

coberta em 1960 para uma média europeia de 70,9%), e ao nível das taxas de mortalidade infantil (55 óbitos por cada 1 000 nascimentos em 1969, para uma média europeia de 23,5 óbitos por cada 1 000 nascimentos). Quanto aos gastos públicos, em 1969, Portugal gastava 1,7% do PIB com a saúde comparativamente aos 3,8% da média europeia para o mesmo ano.

## **2) O sistema de saúde português entre 1974 e 1990**

Antes de analisar mais aprofundadamente a evolução do sistema de saúde em Portugal a partir de 1974, convém definir o que se entende, comumente, por Sistema de Saúde. De acordo com Gonçalves Ferreira, um sistema de saúde pode ser visto como um “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a protecção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (1988, *apud* Almeida, 1999: 16).

A partir desta definição é de fácil entendimento que um sistema de saúde é, por natureza, complexo e atravessado por actores cujos interesses nem sempre coincidem. Em Portugal, uma série muito particular de factores determinou o Sistema de Saúde actual e condicionou igualmente o seu futuro.

Vejam, então, como se estruturam os diversos actores presentes no sistema nacional ao longo da década de 1970 e 1980.

Antes de mais, passou-se a ter em Portugal, a partir de 1974, um Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado com um objectivo muito democrático - universalidade, generalidade e gratuidade. Esse Serviço Nacional de Saúde, consagrado pela regulação jurídica, em 1979, Decreto de Lei n.º 56/79, de 26 de Agosto, passou a estar dependente da Secretaria de Estado da Saúde do então Ministério dos Assuntos Sociais (também ele criado em 1974). A Constituição Portuguesa de 1976 assegurou no Artigo 64º expressão legal à pretensão do direito à protecção da saúde.

Na verdade, o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, reflectindo muito claramente as contradições e as lutas internas, entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000). A amplitude dos seus objectivos e a cobertura das despesas do SNS foram feitas exclusivamente de acordo com o Orçamento Geral do Estado. A principal consequência deste conjunto de situações traduziu-se numa grande debilidade estrutural na construção do SNS, nomeadamente, numa frágil base financeira e numa ausência de inovação nos modelos de organização e gestão do

SNS; numa falta de transparência entre os interesses públicos e privados; numa dificuldade de acesso e numa baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (OPSS, 2001).

Apesar destas falhas, a actuação do SNS procurou privilegiar as unidades de saúde primários, uma aposta que não teve, a partir dos finais dos anos 80, qualquer seguimento; reorganizar a rede hospitalar; reestruturar as carreiras médicas e de enfermagem (a este propósito refere-se o D.L. n.º 310/82 de 3 de Agosto que estruturou a carreira do médico de clínica geral, profissional esse que passou a ser responsável pela assistência de 1.500 utentes); e desenvolver o controlo da medicina privada e dos produtos farmacêuticos. De relevo, pelas consequências no actual Sistema de Saúde, foi a criação, em 1982, com o Decreto Lei n.º 254 de 29 de Junho, das Administrações Regionais de Saúde, em substituição das Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, financiados pelo Orçamento do Estado.

A transformação do sistema de saúde em Serviço Nacional de Saúde teve consequências muito positivas na evolução dos indicadores da mortalidade infantil (de 37,9 óbitos por cada 1 000 nascimentos em 1974 passamos para 11 óbitos por cada 1 000 nascimentos em 1990), da mortalidade perinatal e na esperança média de vida (de 68,9 anos médios de vida para Homem e Mulher em Portugal em 1975 passamos para uma esperança média de vida de 73,8 anos em 1990) (OCDE, 2001).

No que diz respeito à eficácia do SNS na cobertura da população, os resultados são animadores: entre 1974 e 1978 houve um aumento de quase 100% na população coberta. O salto qualitativo deu-se mais concretamente de 1977 para 1978, onde a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental.

Interessa ainda averiguar a percentagem do PIB gasta em cuidados de saúde em Portugal comparando com os valores médios da União Europeia. Assim, de 1974 para 1990, passámos de 4,1% do PIB para 6,5%; enquanto que a média europeia tinha, para os mesmos anos, uma ocorrência de 5,7% para 7,4%.

Entre 1974 e 1980 Portugal aumentou os gastos totais em saúde em cerca de 40%, correspondendo a um aumento médio anual de 5,9%. Entre 1981 e 1986, os gastos totais em saúde nem sempre aumentaram. De 1981 a 1983, Portugal investiu cada vez menos em saúde. O aumento percentual global foi de apenas 11%, muito pouco relativamente aos 40% do período anterior. Entre 1986 e 1990, constatamos que o aumento dos gastos totais em saúde é uma constante. Globalmente, o aumento percentual nesses anos foi de quase 24%, enquanto que a média da UE crescia 10%.

Por fim, interessa salientar se foi o Estado – através do Orçamento Geral – ou a sociedade civil quem mais investiu nos gastos totais da saúde.

De acordo com o que se pode observar nos dados da OCDE para 1998, Portugal apresentou, entre 1974 e 1990, uma lógica de evolução do financiamento da saúde diferente da verificada na maioria dos países da União Europeia. Portugal manifestou a mesma tendência internacional de crescimento dos gastos com a saúde, contudo tal foi atingido por via da componente privada do financiamento, com uma evidente diminuição da vertente pública, o que constitui uma evolução única e singular nos países da OCDE e da União Europeia (Miguel e Costa, 1997: 12).

Com efeito, durante a primeira metade dos anos 80, o Governo diminuiu os seus gastos em saúde e os privados aumentaram-na. Os gastos públicos tiveram um decréscimo global de 7,5% enquanto que os gastos privados aumentaram cerca de 45%. Esta situação representa, por um lado, um claro indício do afastamento da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde dos portugueses e, por outro lado, um esforço, por parte das famílias de custear as despesas de saúde, em valores próximos dos do Estado.

Segundo Juan Mozzicafreddo, esta situação constitui uma das características do tipo de “Estado-Providência” que se tem desenvolvido em Portugal: “As Políticas Sociais inscrevem-se mais na possibilidade de satisfação das exigências de sectores diferenciados, cujo significado político em termos de integração e estabilidade social não é negligenciável, do que numa política estrutural e contínua de reorganização dos serviços sociais. Deste modo, o sistema de funcionamento público é encarado como um benefício monetário aos consumidores-utentes dos serviços médicos, revelando-se um complemento aos orçamentos familiares” (Mozzicafreddo, 2000: 259).

### **3) O sistema de saúde depois de 1990**

O sistema de saúde português foi regulado, a partir de 1990, por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de Janeiro). Para muitos, o ano de 1990 é considerado como um ano de viragem decisiva no Sistema de Saúde Português.

Em 1993, Nogueira da Rocha (*apud* Almeida, 1999: 17) definiu, em traços gerais, o actual Sistema de Saúde Português como “um grande espaço de convergência e congregação de esforços”, composto por “três segmentos claramente individualizados” e articulados entre si, segmentos estes consequência da evolução do Sistema de Saúde nos últimos trinta anos:

- o Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde);
- todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;
- todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou de actividades de saúde.

Antes de se especificar o funcionamento e as incongruências do Sistema de Saúde Português interessa rever o comportamento nos últimos dez anos dos indicadores que reflectem o estado do actual sistema.

No que respeita à mortalidade infantil e à mortalidade perinatal, o registo mais marcante corresponde ao abandono de Portugal do último lugar da tabela europeia, que passou a ser ocupado pela Grécia em 1993 e 1995. A esperança de vida em Portugal de 73.6 anos em 1991 passou para 75.2 em 1998, embora continuamos a ter os níveis mais baixos de longevidade na União Europeia.

Quanto aos gastos totais em saúde, verificou-se um aumento de 1991 para 1998, com um aproximar à média da União Europeia (cf. OCDE, 2001).

Ainda no que diz respeito aos gastos públicos e privados em saúde, constatou-se, de 1991 para 1998, o aumento constante (de 4,3% para 5,1%), mas pouco significativo dos gastos públicos em Portugal, no entanto aquém da média da União Europeia (6,1% para 5,9%). Já no que respeita os gastos privados, esses são os mais elevados da União Europeia. Em 1991, Portugal tinha gastos privados em saúde na ordem de 2,5% do PIB, enquanto que a média europeia era de 1,7% do PIB. Em 1998, esse gasto aumenta ligeiramente para 2,6% do PIB português para 1,8% do PIB da média europeia.

### **3.1) Financiamento e modelos de pagamento em saúde**

Com a Lei de Bases foram postos em causa, ao longo desta última década, três princípios da Lei do SNS, a saber, a responsabilidade estadual pela protecção da saúde, a gratuitidade e a forma do respectivo funcionamento e a natureza da entidade, serviço ou instituição prestadora dos serviços de saúde.

Instituiu-se, a partir da Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do SNS, o princípio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados. Quanto ao funcionamento, este passou a ser, depois de 1993, da responsabilidade de outras entidades, para além do Estado, nomeadamente dos beneficiários.

Com efeito, a coexistência de prestadores públicos e privados é definitivamente reconhecida na Lei de Bases da Saúde no n.º 4 da Base XII: “(...) rede nacional de prestações de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do SNS e os estabelecimentos e os profissionais em regime liberal” (LBS). Assim, a Lei de Bases alterou a lei anterior (DL n.º 413/71), nomeadamente, no que se refere à gratuidade e à forma de financiamento. De acordo com a Lei de Bases XXXII, o SNS é financiado pelo Orçamento do Estado. Segundo o Estatuto do SNS (DL n.º 11/93, de 15 de Janeiro), no seu Capítulo IV, sobre Recursos Financeiros (artigo 23º), a responsabilidade dos encargos resultantes da prestação dos cuidados de saúde prestados no âmbito do SNS é, além do Estado, dos utentes não beneficiários do SNS, dos beneficiários na parte que lhe respeite, dos subsistemas de saúde e de todas as entidades e instituições que a tal estejam obrigadas.

Temos, portanto, em Portugal um sistema de saúde misto, com diferentes modelos de pagamento, isto é, um modelo baseado no SNS financiado através do Orçamento do Estado, que, segundo João Pereira (1995), representaria 55,2% dos gastos totais da saúde; um modelo baseado no seguro social financiado por fundos de saúde de matriz profissional (6% dos gastos totais da saúde para 1996); um modelo baseado no seguro voluntário financiado individualmente (1,4%) e um modelo baseado em pagamentos directos (37,4% para 1996).

O relatório da OCDE (1998) alerta para a importância dos subsistemas no sector de saúde em Portugal como factor de perturbação e desgaste do mesmo sistema. Quando se atende à evolução do Orçamento do SNS, verifica-se um acentuar alarmante e problemático do défice nos últimos 6 anos. Assim, e de acordo com o ex - Ministro da Saúde Correia de Campos (2001) “(...) estima-se que o SNS atinja um défice do exercício de 2001 no valor de 186 milhões de contos e um défice acumulado de 417,2 milhões de contos(...) a passagem para o ano de 2002 será agravada com um novo défice de exercício que pode levar o défice acumulado, em finais de 2002, a um valor superior à barreira psicológico dos 550 milhões de contos” (cit. *in*, OPSS, 2001: 87).

A coexistência no sistema de saúde de serviços públicos com serviços e entidades privadas justifica que o SNS não preste a totalidade dos cuidados. De acordo com Escoval (1999, *apud* Frederico, 2000: 52), 76% da população tem como único pagador o SNS, os restantes 24% utilizam outros sistemas (14% da população está abrangida pela ADSE, 5% pelo SAMS (trabalhadores bancários)). Com excepção da ADSE, nenhum outro sistema é auto-sustentável, confinando o SNS aos maiores níveis de cuidados.

O aumento da prestação e do co-financiamento por entidades privadas provocou cisões no acesso aos cuidados de saúde, levando ao questionamento do imperativo da equidade no acesso à saúde. Com efeito, a incapacidade de auto-financiamento por parte do Estado, conjugada com outros factores de ineficiência e de inefectividade, conduziram à não absorção dos subsistemas existentes, não tendo, por isso, atingido o princípio de gratuitidade, substituído em 1989, pelo princípio do tendencialmente gratuito.

Assim sendo, os recursos continuam a ser escassos e desadequados às necessidades da população, exigindo por parte desta, para além dos encargos tributários, uma forte comparticipação nas despesas em saúde.

Apresentam-se, de seguida, algumas razões para o aumento das despesas em saúde (Miguel e Costa, 1997; Castilho, 1999; OPSS, 2001):

- *de ordem demográfica*. Quanto a esta razão, mais particularmente, a questão do envelhecimento da população, há falta de consenso. Por exemplo, Correia de Campos (1983, *apud* Castilho, 1999: 32) refere que são normalmente as pessoas acima dos 65 anos que mais procuram cuidados de saúde. No entanto, Lucena *et al.*, (1995, *apud op.cit.*) e Pedro Pita Barros (1995) consideram que, apesar do envelhecimento da população ser um factor frequentemente citado para explicar o aumento das despesas em saúde, os efeitos desta tendência são menores do que o que se crê em geral. Os autores fundamentam esta opinião na explicação de que, nos países da OCDE, para um aumento médio das despesas reais em saúde *per capita*, na década de 80, de 33,65%, apenas 2,38% serem atribuídos ao envelhecimento da população.

- *de ordem tecnológica*. As novas tecnologias ligadas à medicina acarretam uma mão-de-obra cada vez mais intensiva. Verifica-se que o aumento da tecnologia não é acompanhado de um aumento da produtividade neste sector.

- *aumento progressivo do consumo per capita de cuidados*, derivado dos hábitos da população, o que vai, por sua vez, contribuir para o aumentar dos problemas no sistema de saúde, entre os quais, um crescimento das despesas da saúde, um crescimento das “listas de espera”, um recurso excessivo ao serviço de urgências, uma insatisfação dos utentes e dos profissionais.

- *A inflação específica do sector*<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Como descreve Almeida (1999: 16), os sistemas de saúde são “sistemas complexos e adaptativos, (...) têm características próprias a acrescentar à simples manutenção do equilíbrio entre os seus componentes, e que são a

### **3.2) Sistema Nacional de Saúde – o seu funcionamento**

Começa-se por referir a exacta definição do Sistema Nacional de Saúde presente no seu Estatuto: “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde” (Estatuto do SNS, 1993).

A sua organização é descentralizada, sendo dominada pelas Regiões de Saúde, que estabelecem o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde. Em Portugal, existem cinco Regiões de Saúde: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora e Algarve, com sede em Faro (Almeida, 1999).

Existem ainda 18 sub-regiões, correspondentes a cada um dos Distritos do Continente. Em cada Região de Saúde há uma Administração Regional de Saúde, “dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, e património próprio, tendo funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde” (Almeida, 1999: 21).

A prestação de cuidados de saúde é assegurada, em cada região, pelos Hospitais e pelos Centros de Saúde, visando ultrapassar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados. O que se verifica na prática é que os Centros de Saúde têm uma posição enfraquecida perante o Hospital, resultante em parte da sua falta de autonomia, a que se acresce a regulamentação recente da carreira de Clínico Geral (cujo primeiro Decreto-de-Lei data de 1982), a quem incumbe realizar todas as tarefas de saúde e/ou doença na população, com exclusão dos cuidados diferenciados. Isto apesar de, a nível político, os cuidados de saúde primários sempre terem sido considerados como a base do Sistema de Saúde e, portanto, uma prioridade política. Tal cisão entre a realidade e a prática efectiva é visível na distribuição de verbas, equipamentos e recursos humanos pelos Centros de Saúde e Hospitais. Neste último caso, os dados do Ministério da Saúde (OPSS, 2001) dizem-nos que, no ano de 1998, os efectivos distribuíam-se de forma desigual: 27% dos efectivos do Ministério da Saúde estava nos Cuidados de Saúde Primários e 73% nos cuidados hospitalares.

---

homeostasia e a capacidade geradora de efeitos e funções novas, pelo que a articulação e a associação entre as partes têm que ser permanentes e interactivas”.

A mesma situação se repete com a proporção da despesa do SNS como os cuidados de saúde primários e com os hospitais. Para 1998, e de acordo com a obra supra citada, 47% das despesas correntes do SNS ia para os cuidados de saúde primários e 53% para os cuidados hospitalares.

Como resultado desta discrepância temos uma oferta de serviços ambulatoriais públicos que não consegue responder às necessidades da população, o que faz com que haja um aumento de casos nos serviços de urgência dos Hospitais (EOHCS, 1999), levantando problemas a dois níveis. Por um lado, o funcionamento dos serviços hospitalares é gravemente prejudicado por uma utilização excessiva dos serviços de urgência, por outro, poderá significar graves problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

Há ainda a acrescentar uma desigual distribuição regional de serviços de cuidados primários, com um claro favorecimento dos distritos do Litoral, o que vem reforçar a falta de equidade no acesso à saúde em Portugal. A este propósito, refere-se ainda os estudos que traduzem uma interpretação *sui generis* da falta de equidade no acesso à saúde em Portugal, o de Pedro Pita Barros<sup>4</sup> (s.d.) e o de Jorge Simões e de Óscar Lourenço (1999). Para estes autores não são propriamente as desigualdades de distribuição de recursos que afectam o acesso a cuidados de saúde, mas sim os níveis sócio-económicos da população que estratificam esse mesmo acesso.

Esta questão fica em aberto, necessitando, a nosso ver, de maior aprofundamento. Contudo, um facto surge-nos como indiscutível: o SNS não tem conseguido dar uma resposta satisfatória ao acréscimo de procura que se tem registado nestes últimos 20 anos.

De acordo com Juan Mozzicafreddo, o Estado ao subvencionar o sector privado e ao reduzir o investimento no sector público, alterou o seu papel financiador e fornecedor de serviços de saúde para, em certa medida, se concentrar “na compra e na cobertura de serviços de saúde a fornecedores do sector privado. Assim, a par da responsabilidade pública do sistema de saúde, incentiva-se a construção e a gestão por entidades privadas de novas unidades de saúde e de fornecimento de serviços de saúde por parte de sociedades e associações privadas” (Mozzicafreddo, 2000: 68 e ss.).

---

<sup>4</sup> “Avaliando, ainda que de uma forma muito simples, a situação em termos de desigualdades regionais, constata-se que em termos do estado de saúde reportado, as diferenças entre regiões encontram-se essencialmente associadas a características da população. Mais do que diferenças regionais, são relevantes as diferenças de rendimento, sobretudo em termos de utilização dos recursos (neste caso, consultas no sector público ou no sector privado)” (Barros, s.d., 32).

Assim, alguns fundamentos essenciais do Sistema de Saúde, nomeadamente a universalidade e a gratuitidade, vêem-se reduzidos a meros simulacros de cidadania perante o poder e a força de sectores cujos interesses não coincidem com esses princípios.

### **III - Recursos humanos no sector da saúde**

#### **1) Evolução e caracterização do emprego no sector da saúde**

Os recursos humanos do Sistema Nacional de Saúde têm evoluído significativamente, espelhando a intervenção do Estado no domínio da saúde. Em pouco mais de duas décadas, de 1970 a 1994, os efectivos tiveram um acréscimo na ordem dos 127%. Um aumento que se revela importante, dado que ocorre em sintonia com uma redução de efectivos de pessoal com menor qualificação, reflectindo a tendência geral do sector no sentido de uma maior especialização.

Acompanhando a criação da orgânica do então Ministério da Saúde e da Assistência, os grandes aumentos do volume de pessoal do SNS ocorrem, precisamente, entre 1970 e 1975 (+44,8%).

A partir dos finais dos anos de 80, e ao longo de toda a década de 90, continua a verificar-se, ainda que sem cobrir todas as carências, uma evolução positiva dos recursos humanos a trabalhar no sector público da saúde (Simões e Lourenço, 1999). Ao contrário do sector privado, convém realçar a crescente presença das mulheres no SNS (73%), alterando significativamente o seu retrato geral.

No período de 1990 a 1998, os acréscimos mais notórios aconteceram na área da enfermagem e no pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), com uma taxa de crescimento anual de 2,9% e 3,6%, respectivamente (MS, 2000a). Esta tendência tem de ser devidamente ponderada, atendendo, nomeadamente, à distribuição geográfica, uma variável de análise imprescindível para qualquer orientação política de desenvolvimento dos recursos humanos no sector da saúde (CRES, 1998; POS, 2000).

No caso dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, constata-se uma concentração nos grandes centros urbanos, com destaque para Lisboa, Porto e Coimbra, cidades onde se localizam não só a maioria das entidades empregadoras mas também os estabelecimentos de ensino responsáveis pela formação nesta área. Contudo, é a classe médica que se destaca nas assimetrias da distribuição regional. Se, para 1999, a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentava valores acima da média (424 médicos por 100 000 habitantes, quando a média do

país é de 318), a Região do Alentejo salienta-se por um rácio extremamente baixo (152 médicos por 100 000 habitantes).

No que se refere aos enfermeiros, a sua distribuição geográfica traduz também um certo enviesamento. Em 2000, mais de 50% dos membros inscritos na Ordem dos Enfermeiros trabalham nos distritos de Lisboa, Porto e Coimbra (OE, 2000). Uma concentração que atinge valores na ordem dos 70% relativamente aos enfermeiros de Saúde Materna e Obstetrícia. Contudo, há que relacionar os dados apresentados com o tipo de recursos materiais disponíveis em cada distrito. Aqueles que estejam dotados de centros especializados serão, à partida, os distritos com uma procura mais acentuada, carecendo, portanto, de mais enfermeiros. Deste modo, constata-se um círculo vicioso em termos de reprodução da distribuição desigual de recursos, materiais e humanos.<sup>5</sup>

Esta assimetria reflecte-se ainda na escolha dos estabelecimentos privilegiados pelos grupos profissionais para o exercício da sua actividade laboral (OPSS, 2001). Entre 1998 e 1999, a evolução do pessoal médico nos Centros de Saúde a nível nacional apresentou sinais negativos. A título ilustrativo refira-se que, de 1990 a 1996, houve uma diminuição de 1/3 das consultas domiciliárias, o que por si só pode traduzir uma diminuição da acessibilidade por parte de doentes em situação crónica.

O exercício da actividade profissional nos hospitais constitui, claramente, uma opção partilhada por todos os prestadores de cuidados de saúde, em detrimento dos Centros de Saúde (EOHCS, 1999; OPSS, 2001). Deste modo, não é de estranhar que, em 1998, 70,2% do total de efectivos existentes no SNS se situassem no sector hospitalar. No caso das sub-Regiões de Saúde esse valor decresce significativamente para os 25,5%. Analisando mais aprofundadamente os grupos profissionais em causa, constata-se que os Centros de Saúde dispõem de 36,2% do total de médicos do SNS e apenas 20,4% do total de enfermeiros.

Esta falta de atractividade pelos cuidados de saúde primários, continuados e preventivos não deixa de ser preocupante. A título meramente indicativo, saliente-se que existe um enfermeiro na área de enfermagem comunitária por cada 10 090 habitantes. O índice de dependência, que traduz a relação existente entre a população na idade não activa e o total de enfermeiros, apresenta valores mais baixos precisamente nos distritos onde o índice de envelhecimento é mais significativo: Viana do Castelo, Viseu, Guarda, Santarém, Beja,

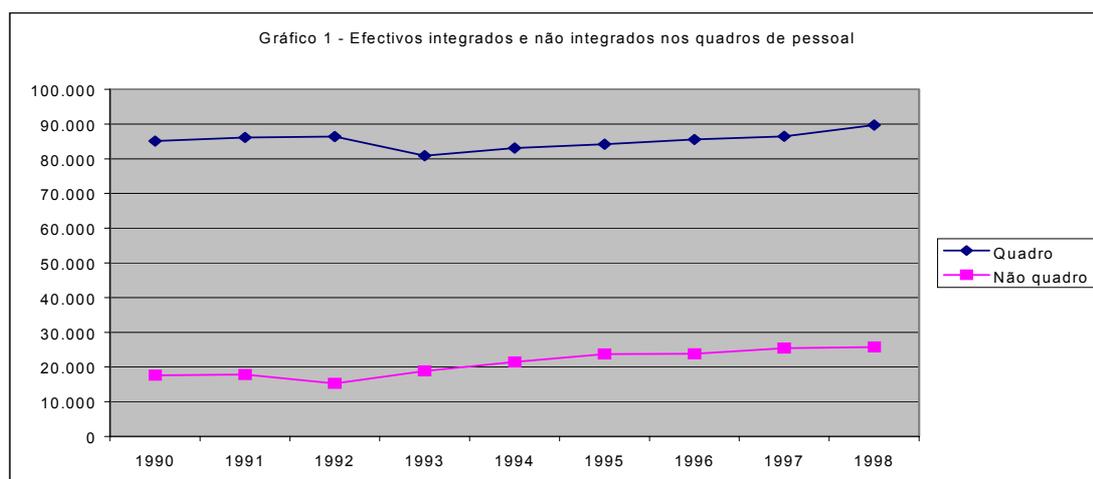
---

<sup>5</sup> Como nos revela um estudo elaborado pela Divisão de Estudos e Planeamento, do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (MS, 1996), na avaliação de alguns condicionantes para a determinação da necessidade de aprovisionamento de novos lugares há que considerar não só a dispersão geográfica e a densidade populacional do contexto em causa, mas também a distribuição de equipamentos, a existência de profissionais auxiliares e, entre outros factores, o tipo de estabelecimentos.

Faro e Portalegre (OE, 2000). A necessidade de cuidados de saúde de longa duração, simultaneamente em regime ambulatorio, em unidades de internamento de longa duração e em unidades de cuidados psiquiátricos requererá, sobretudo se continuar a aumentar a representatividade do número de pessoas muito idosas (com mais de 80 anos), um aumento da oferta no sector médico-social (CCE, 2001).

A tendência em considerar o hospital como o principal contexto de exercício profissional poderá ser explicada pelo facto dessa instituição de saúde proporcionar processos de integração no quadro mais favoráveis. Com efeito, não é por acaso que no estudo sócio-profissional *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*<sup>6</sup> (Carapinheiro e Lopes, 1997), apenas 52% dos enfermeiros dos Centros de Saúde estão integrados no quadro da respectiva instituição. Facto tanto mais interessante se considerarmos que mais de metade dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários apresentam idades superiores a 41 anos (30% dos quais com uma idade superior a 51 anos). Tendo em conta que a progressão na carreira se estabelece pelo regime de antiguidade, os Centros de Saúde constituem locais de trabalho pouco atractivos em termos de ingresso na carreira. Já o mesmo não se passa com os hospitais que, apesar de serem compostos por uma população de enfermagem muito jovem (os enfermeiros com idades inferiores a 41 anos representam 66% do total), 79% dos enfermeiros estão integrados no quadro.

Em termos gerais, e como ilustra o **gráfico nº 1**, os efectivos integrados no quadro de pessoal do SNS têm, desde 1994, aumentado ligeiramente.



Fonte: MS, DRHS, 2000a.

<sup>6</sup> Esta publicação, encomendada pelo Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, constitui um dos poucos estudos disponíveis sobre os profissionais de saúde em Portugal. Resulta de um inquérito aplicado aos enfermeiros de várias unidades de saúde: hospitais, serviços hospitalares e Centros de Saúde.

Se desagregarmos a variável “quadro/não quadro”, para o último ano disponível (1998), é possível verificar que na classe médica a situação de “não quadro” representa, maioritariamente, Contratos Administrativos de Provisão (CAP). Com efeito, num total de 7 706 médicos sem vínculo ao quadro, mais de metade (4 907) apresentam-se com este tipo de contratualização (MS; 2000a). Os enfermeiros e os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica não integrados no quadro estão, na sua maioria, com Contratos a Termo Certo. Especificamente, num total de 6 534 enfermeiros não incorporados no quadro, 3 740 possuem este vínculo laboral e, no caso dos TDT, esse valor é de 975 para um total de 1 303 trabalhadores em regime de contratualização mais precário (MS, 2000a).

A caracterização dos prestadores de cuidados de saúde segundo os grupos etários, constitui uma dimensão de notório interesse para uma análise prospectiva das profissões na área da saúde. Considerando os dados disponíveis relativos aos profissionais a trabalhar no Ministério da Saúde (DGS, 1998), é possível constatar o duplo envelhecimento da classe médica. Com efeito, a par de uma escassez de profissionais com idades inferiores ou iguais aos 34 anos, os médicos são o único grupo profissional a apresentar uma presença significativa de trabalhadores com 65 ou mais anos.

Nos outros grupos profissionais a distribuição entre os grupos etários é mais equitativa, destacando-se a forte presença de jovens profissionais na área da enfermagem, o que em termos percentuais chega a representar mais de metade dos efectivos totais. Contudo, em áreas com um forte défice de pessoal, como sejam as da Saúde Materna e Obstetrícia e de Saúde Mental (em que há um enfermeiro por 6 531 habitantes e um enfermeiro por 10 362 habitantes, respectivamente), as idades médias são superiores a 45 anos. Perspectiva-se, assim, uma escassez de recursos humanos nestas áreas, sobretudo no caso da Saúde Materna e Obstetrícia, onde dentro de 5 anos, 23% do seu pessoal terá mais de 61 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2000), o que, para profissionais que começam relativamente cedo o início da sua actividade profissional, constitui já a idade de reforma<sup>7</sup>.

Os TDT definem-se como um grupo profissional jovem, o que poderá estar relacionado com a actual consolidação das carreiras de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, bem como com a constituição recente de entidades formadoras destes profissionais.

---

<sup>7</sup> No entanto, convém realçar que o facto de se estar aposentado no sector público não impede a prestação de serviços no sector privado ou social.

A formação constitui, aliás, uma outra vertente decisiva na determinação das necessidades de profissionais numa área com níveis de qualificação cada vez mais exigentes, como é o caso da saúde. Com efeito, só a partir de um conhecimento aprofundado das necessidades de formação é possível vislumbrar, a longo prazo, a capacidade de renovação interna do próprio sistema.<sup>8</sup>

A importância da formação em recursos humanos parece, no entanto, não se reflectir nos investimentos estatais. Apenas 1% do orçamento destinado à saúde é investido na área educativa. A este nível, também é exemplificativo o valor do investimento realizado pelo PIDDAC em 1998 na construção de instalações escolares, 3%.

Desde 1996, quase todos os grupos profissionais aumentaram os seus diplomados, excepção feita para os alunos de enfermagem no ano lectivo de 1997/98 (DGS, 1999). Uma variação que, apesar de tudo, acabou por não ser significativa, dada a recuperação de alunos matriculados no ano lectivo seguinte. Prevê-se, contudo, um novo défice de diplomados nesta área uma vez que, com a passagem do curso de enfermagem a licenciatura no ano de 1999, o próximo ano de 2002 será de escassez, ainda que temporária<sup>9</sup>, destes profissionais no mercado de trabalho.

A carência de profissionais na área da enfermagem atinge valores na ordem dos 21 000, uma avaliação que, mesmo assim, poderá estar subavaliada, dado que compreende apenas as necessidades do SNS com a configuração actual. Segundo o *Plano Estratégico para as Áreas da Saúde* (Amaral, 2001), se se atender à actualização dos quadros existentes, à criação de novas unidades e ao sector privado, esse valor poderá ascender aos 22 700<sup>10</sup>.

No âmbito da formação na área da enfermagem, começa a ser premente a oferta de cursos de pós-graduação, de maior especialização. Com efeito, após a extinção dos cursos de

---

<sup>8</sup> Dentro deste âmbito, é de salientar a recente publicação do *Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde* (Amaral, 2001), elaborado pelo Grupo de Missão para a Saúde, a pedido do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. O estudo é inédito em Portugal, uma vez que analisa todos os agrupamentos profissionais da área da saúde, a evolução do número de vagas abertas nas instituições de ensino, o número de licenciados formados, as estimativas de aposentação. Deste modo, avalia as necessidades de pessoal, tanto no SNS como no sector privado. Este diagnóstico prospectivo revela-se fundamental para a desejável coordenação entre as necessidades do Ministério da Saúde e do sector privado e a respectiva resposta do Ministério da Educação.

<sup>9</sup> O *Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde* demonstra que para um número de vagas anuais totais na ordem dos 4 100 a 4 600, a actual média europeia de 5,9 enfermeiros por 1 000 habitantes será alcançada no espaço de 7 a 8 anos, alertando-se para a necessidade de ponderar “quais as necessidades do Ministério da Saúde em regime de cruzeiro, sob pena de se entrar em sobre-produção destes profissionais” (Amaral, 2001: 25).

<sup>10</sup> Valor calculado em função da média europeia, que em 1998 era de 5,9 enfermeiros/1000 habitantes, contemplando as necessidades determinadas pela actualização dos quadros existentes, a criação de novas unidades e o sector privado (Amaral, 2001).

estudos superiores especializados, acentuou-se a carência de enfermeiros especializados (Almeida, 2001).

É de notar o aumento significativo do número de alunos por 100 000 habitantes, matriculados no ano lectivo de 1998/99 na área das Ciências das Tecnologias da Saúde. Apesar da necessidade de qualificações numa área que contacta directamente com a aplicação das novas tecnologias, a capacidade de absorção destes profissionais pelo mercado de trabalho ainda não é um dado adquirido. O *Plano Estratégico para a Formação nas Áreas da Saúde* (Amaral, 2001) salienta, precisamente, a urgência de equacionar o problema do crescimento de oferta de cursos com especializações na área de Técnica de Diagnóstico e Terapêutica, à luz do número relativamente pequeno de lugares no SNS disponíveis para novas contratações<sup>11</sup>.

Ao nível da cooperação com os PALOP e com a Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa, foi dada continuidade aos acordos de cooperação existentes, incentivando-se a revalorização da função formativa das intervenções, sobretudo as de carácter local. Deste modo não é de estranhar, como adiante se verá, a redução nos últimos anos dos fluxos migratórios para o sector da saúde português provenientes do conjunto desses países.

## **2) Recursos humanos estrangeiros no sector da saúde (1994-2000)**

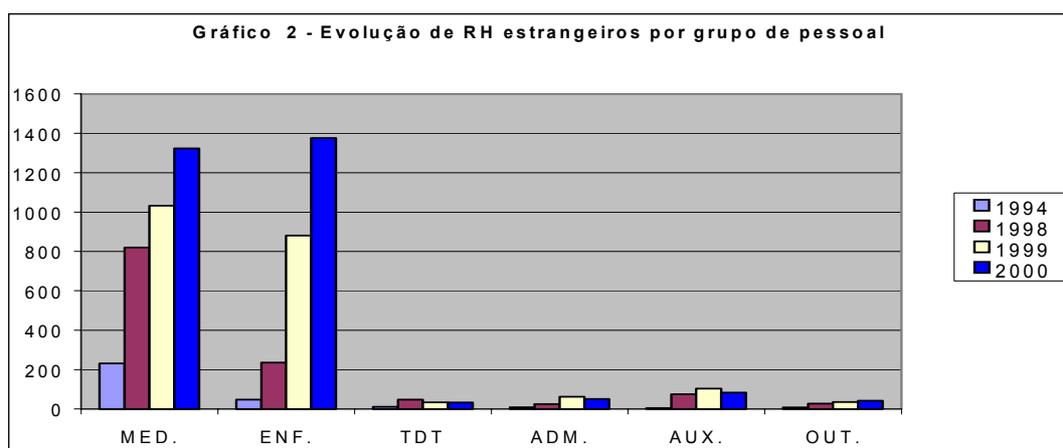
Entre 1994 e 2000 verificou-se um significativo aumento do número de trabalhadores estrangeiros ao serviço nas instituições do Ministério da Saúde, passando de 313 trabalhadores em 1994, para 2 909 profissionais em 2000 (num universo de 118 847 efectivos do MS).

No ano de 1994, em cada 1 000 efectivos do MS existiam 3 trabalhadores estrangeiros, em 1998 esse valor ascendeu aos 11, uma representação que evoluiu no ano seguinte para 18, atingindo, no ano de 2000, os 25 trabalhadores estrangeiros. Sendo assim, num período de seis anos verificou-se um aumento na ordem dos 829%, o que corresponde a uma taxa média de crescimento anual de 45%, significativamente superior ao mesmo índice para os efectivos totais do Ministério (2,7%) (MS, 2001).

---

<sup>11</sup> Nesse estudo reconhece-se a dificuldade em elaborar previsões para este campo da saúde, quer pela diversidade dos cursos em causa, quer pela dificuldade de obtenção de dados credíveis, quer ainda pela quase inexistência de informação respeitante a outros países.

A evolução, de sentido ascendente, da presença destes trabalhadores em Portugal é claramente visível no caso dos médicos e dos enfermeiros<sup>12</sup>. O **gráfico n.º 2** confirma a situação de destaque em que se encontram estes dois grupos profissionais. No ano de 2000, os enfermeiros apresentam-se como o grupo mais representativo (47%), ainda que acompanhados de perto pelo pessoal médico (46%). Se considerarmos que esses mesmos valores em 1998 eram, respectivamente, de 19% e de 67%, é possível avaliar melhor a verdadeira extensão desta mudança.



Fonte: MS, DRHS, 2001.

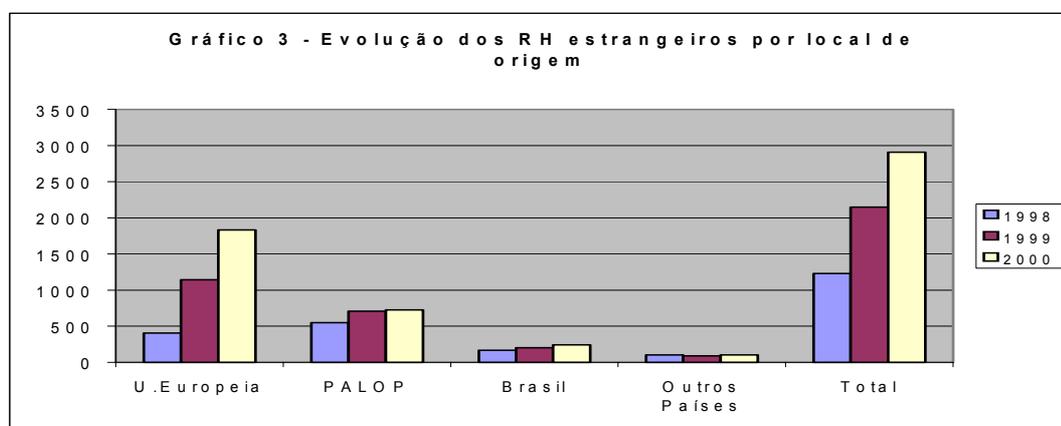
A incidência dos profissionais estrangeiros no respectivo grupo profissional é, a nosso ver, mais expressiva dado que tem em conta o número total de efectivos do MS para o respectivo grupo profissional. Assim, os valores supracitados apresentam novos cambiantes. Existem cerca de 55 médicos estrangeiros e 42 enfermeiros estrangeiros por cada 1000 efectivos em cada um destes grupos de pessoal, num universo previsto de 24000 médicos e 33 000 enfermeiros (MS, 2001).

O retrato dos recursos humanos estrangeiros em Portugal, no sector da saúde, pode clarificar-se um pouco mais considerando a sua distribuição sexual e etária. Por um lado, e à imagem da própria taxa de feminização dos recursos humanos do MS (73%) e do cenário que caracteriza a função pública, no contexto global da população estrangeira predomina o sexo feminino, 61% para o último ano considerado, 2000. Por outro lado, os profissionais de saúde estrangeiros contribuem para o rejuvenescimento do sector da saúde, uma tendência que se tem vindo a acentuar ao longo do período em análise. Com efeito, em 2000 a média de idades situava-se nos 34 anos, quando, no ano imediatamente anterior, esse mesmo valor era de 37

<sup>12</sup> Tanto os TDT como o pessoal auxiliar e administrativo apresentam um decréscimo dos seus valores. Uma evolução negativa que é duplamente significativa no caso do pessoal auxiliar dado que, em 1999, este grupo profissional apresentava um aumento na ordem dos 39% (MS, 2001).

anos. Como expressão desse rejuvenescimento, convém realçar que 73% dos profissionais estrangeiros têm idades inferiores a 40 anos e apenas 1,2% compõem o grupo etário dos 60 e mais anos, valores significativamente diferentes dos apresentados para os efectivos do MS, 31% e 9%, respectivamente.

Se tivermos em conta o **gráfico nº 3**, é possível verificar uma mudança nos países de recrutamento desses profissionais. Com efeito, a forte presença de trabalhadores nacionais dos PALOP no ano de 1998 (atingindo os 45% da população estrangeira) é substituída pela preponderância dos trabalhadores provenientes da União Europeia que, em 2000, representam cerca de 63% dos profissionais de saúde estrangeiros.



Fonte: MS, DRHS, 2001.

Em destaque aparece a Espanha<sup>13</sup> (de 8,3% em 1994, para cerca de 59% em 2000), seguindo-se-lhe, a larga distância, a Alemanha (1,3% em 2000). Um crescimento devido, em grande parte, aos enfermeiros estrangeiros que, no espaço de um ano, de 1999 a 2000, quase duplicam. Como se depreende do **quadro nº 1**, em termos absolutos, de 544 enfermeiros em 1999 cresce-se para 1 055 no ano seguinte<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Esse fluxo irá alterar, significativamente, a composição dos enfermeiros estrangeiros a trabalhar em Portugal. A entrada desses profissionais reflectiu-se num visível rejuvenescimento da sua população.

<sup>14</sup> Os dados do ano 2001, disponibilizados pela Ordem dos Enfermeiros, revelam uma presença mais ténue dos enfermeiros estrangeiros em Portugal, particularmente dos de origem espanhola, comparativamente à informação veiculada pelo MS para o ano 2000. Dado o interesse de uma análise diacrónica, este relatório, como já se teve oportunidade de referir, focaliza-se nos resultados de inquéritos realizados às instituições do MS. No entanto, a título meramente indicativo, apresentam-se os dados da Ordem dos Enfermeiros que, sendo sem dúvida mais actualizados, necessitam de alguma confirmação, já que não é possível aceder à sua variação anual.

Quadro 1 - Evolução da distribuição dos enfermeiros estrangeiros, segundo o local de origem				
Local de Origem	1998	1999	2000	2001*
UE	49	597	1.113	864
<b>Espanha</b>	<b>14</b>	<b>544</b>	<b>1.055</b>	<b>787</b>
Brasil	34	72	76	94
PALOP	137	196	171	109
Outros Países	16	16	16	30
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>881</b>	<b>1.376</b>	<b>1.097</b>

Fonte: MS, DRHS, 1999; MS, DRHS, 2000; MS, DRHS, 2001.

\* Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

No conjunto dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa verifica-se um acentuar do decréscimo já visível desde 1999. Com efeito, em 2000 apenas 25% dos recursos humanos estrangeiros provêm dos PALOP. Destes países, Angola aparece como o mais representativo (13,4%), embora afastando-se dos valores apresentados no ano transacto (20%). É de salientar ainda que S. Tomé e Príncipe se posiciona em último lugar, com quase um terço dos valores ocorridos em 1994, 2,6%.

A diminuição do peso relativo dos nacionais do Brasil<sup>15</sup> contribui também para esta nova composição dos profissionais estrangeiros em Portugal. Se em 1994 os profissionais brasileiros representavam o segundo país estrangeiro (sensivelmente 35%), seis anos volvidos os seus nacionais representam apenas 8% dos prestadores de cuidados de saúde estrangeiros. Esta mobilidade dos profissionais de saúde da UE é um reflexo, ainda que tardio<sup>16</sup>, das políticas de regulamentação do reconhecimento de diplomas entre os Estados-membros. A legislação comunitária, para as profissões regulamentadas como as da saúde, reconhece o direito de prestação de serviços mediante a comprovação de um número de anos de formação superior ou pós-secundária. Contudo, obstáculos de vária ordem, desde a demora na transposição das directivas para a ordem jurídica interna, passando pela morosidade do reconhecimento informal, designadamente dos utentes dos serviços de saúde, até às resistências, muitas vezes inconscientes, de enquadramento num contexto sócio-cultural diferente, podem retrair trajectórias de mobilidade. Neste contexto, alguns factores, como a proximidade geográfica ou desníveis económicos acentuados (Peixoto, 2001), revelam-se determinantes para a mobilização de migrações laborais. O caso espanhol pode ser um bom exemplo de ambos. Com efeito, para além de constituir um movimento

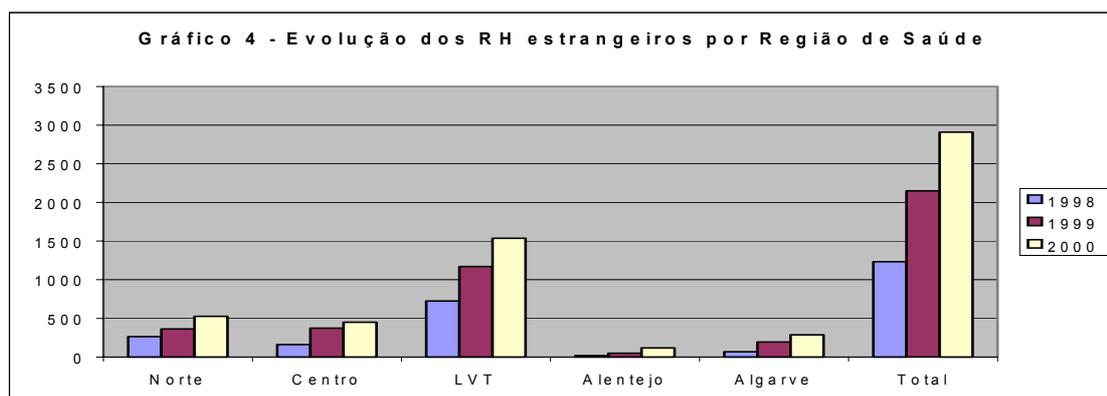
<sup>15</sup> Sobretudo visível no caso dos enfermeiros, uma vez que representam apenas 6% do total desses profissionais estrangeiros, no ano de 2000 (MS, 2001).

<sup>16</sup> João Peixoto considera que “o número de europeus que, em anos recentes, foram trabalhar para outro Estado-membro ao abrigo do reconhecimento de diplomas para efeitos profissionais (...) é muito reduzido” (Peixoto, 2001: 159).

migratório de carácter regional, o fluxo espanhol é, de certa forma, accionado pela incapacidade de absorção destes profissionais no mercado de trabalho de origem.

No tocante à distribuição dos profissionais estrangeiros pelas Regiões de Saúde, a partir do **gráfico nº 4**, é possível constatar a tendência para uma concentração dos profissionais na Região de Lisboa e Vale do Tejo, assumindo valores na ordem dos 53% em 2000. No caso dos nacionais dos PALOP essa tendência assume contornos mais acentuados, uma vez que mais de metade do total dos recursos humanos dos PALOP no sector da saúde (564 num universo de 727) exercem a sua actividade na Região de Saúde de Lisboa, activando, porventura, redes sociais de apoio já existentes.

A Região de Saúde do Alentejo, apesar de uma menor representatividade em termos absolutos, denota um acréscimo de variação percentual relativamente ao ano transacto na ordem dos 133%.



Fonte: MS, DRHS, 2001.

Ao focalizarmos a análise por distritos e respectivos valores absolutos, verificamos que, no caso de Portalegre, a expressão desse crescimento torna-se mais nítida. Com efeito, e no que diz respeito à classe médica, observa-se a existência de 40 médicos estrangeiros a exercer actividade em 2000, um número substancialmente superior ao de 1999, que era apenas de 12 (MS, 2001). Convém ainda salientar a crescente presença de médicos estrangeiros nos distritos do Porto e de Setúbal. Neste último distrito essa tendência representa, no espaço de um ano (1999-2000), um aumento do fluxo para mais do dobro, de 72 médicos estrangeiros em 1999 para 156 no ano de 2000.

À semelhança de outros anos, o ano de 2000 continua a comprovar a forte presença de médicos estrangeiros na Região de Lisboa e Vale do Tejo (39%). Contudo, há que salientar que, a partir desse ano, começa-se a delinear uma certa bipolarização entre esta Região de

Saúde e a Região do Norte, que apresenta valores na ordem dos 33%. Esta crescente<sup>17</sup> preferência pelo exercício da actividade médica na Região de Saúde do Norte é sobretudo uma escolha dos médicos espanhóis, já que a maioria dos médicos angolanos e brasileiros concentram-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo (MS, 2001). Esta distribuição é tanto mais significativa se considerarmos, como se depreende do **quadro nº 2**, que os médicos estrangeiros oriundos dos países membros da União Europeia representam, em 2000, a maioria, ou seja praticamente o dobro dos médicos estrangeiros dos PALOP.

<b>Quadro 2 - Evolução da distribuição de médicos estrangeiros, segundo o local de origem</b>				
Local de Origem	1998	1999	2000	2001*
UE	330	503	691	1.596
<b>Espanha</b>	<b>n.d.</b>	<b>n.d.</b>	<b>645</b>	<b>1.396</b>
Brasil	120	105	127	325
PALOP	301	357	427(355)	334
Outros Países	57	68	79(151)	151
<b>TOTAL</b>	<b>820</b>	<b>1.033</b>	<b>1.324</b>	<b>2.406</b>

Fonte: MS, DRHS, 1999; MS, DRHS; MS, DRHS, 2001.

\* Fonte: Ordem dos Médicos, 2001.

A preponderância dos médicos provenientes da UE, relativamente aos PALOP, tem sido uma constante ao longo do período considerado. Contudo, em 2000 essa incidência acentua-se, dado que os médicos da UE representam 52% do total da população médica estrangeira. Esta tendência verificou-se não pela diminuição de médicos africanos (menos 2 do que em 1999), mas pelo aumento significativo de médicos europeus (+37%), especialmente espanhóis (MS, 2001).

No ano de 2001, esta orientação é ainda mais significativa, uma vez que os médicos estrangeiros dos PALOP são quase um 1/4 dos médicos da União Europeia<sup>18</sup>.

Da leitura do **gráfico 5** é possível constatar que, quanto à distribuição dos médicos estrangeiros por situação profissional e segundo a Região de Saúde, o ano de 2000 acentua o retrato de anos anteriores. A Região de Lisboa e Vale do Tejo continua a concentrar a maioria dos médicos especialistas estrangeiros (cerca de 43%), aparecendo a Região do Norte em segundo lugar (aproximadamente 27%). Contudo, é de notar que na região do Algarve a

<sup>17</sup> Essa tendência deve-se a uma maior concentração de médicos estrangeiros no Norte (+42%) do que na Região de LVT (+17%), no ano de 2000 (MS, 2001).

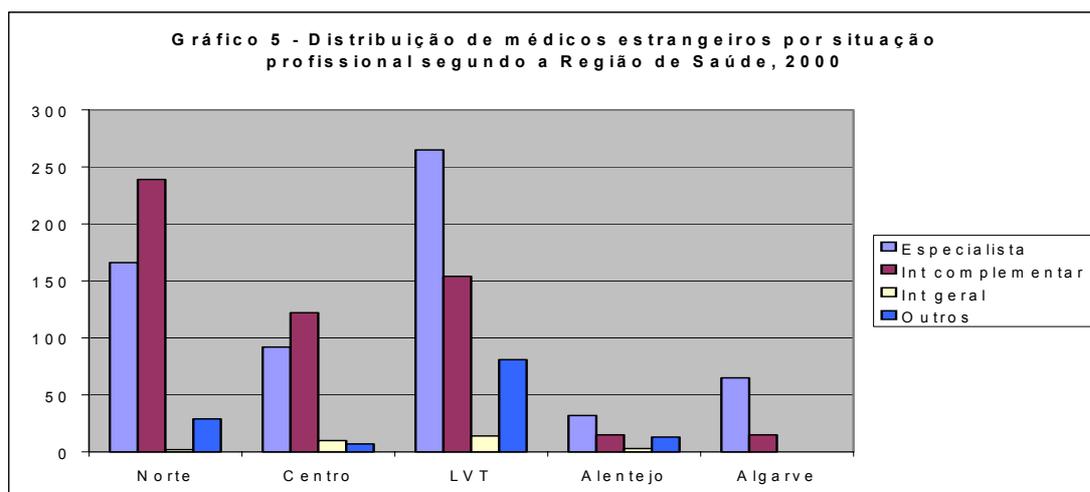
<sup>18</sup> Convém referir que os dados para o ano 2001 foram disponibilizados pela Ordem dos Médicos e apresentam um cenário muito diferente da informação proveniente do Ministério da Saúde para o ano 2000, desde logo no volume do fluxo de médicos estrangeiros (de 1 324 em 2000 para 2 406 em 2001). De forma a aprofundar a análise em termos evolutivos, enfatiza-se, sobretudo, a informação proveniente do MS, que compreende um período de análise mais vasto. No entanto, esta fonte possui algumas discrepâncias, concretamente no que respeita à distribuição dos médicos por local de origem. Como os totais são coincidentes, optou-se por colocar no **quadro nº 2** os dois valores.

grande maioria dos médicos estrangeiros é “Especialista” (81%). Uma tendência sem correspondência na Região Norte e Centro, onde a situação profissional mais frequente é o “Internato Complementar”, apresentando, respectivamente, valores na ordem dos 55% e dos 53%.

Os médicos estrangeiros, de uma forma geral, não procuram o nosso país para a realização do “Internato Geral” e, quando o fazem, tendem a concentrar-se na região de Lisboa e Vale do Tejo (48%) e Centro (34%), uma vez que é aí que se concentram as instituições de formação desse grau.

Por último, realça-se a grande representatividade da categoria “outras situações”<sup>19</sup> na Região de Lisboa e Vale do Tejo, apresentando um peso relativo de 62%, em termos absolutos 81 num total de 130 situações profissionais que compreendem esta variável.

Evidencia-se, ainda, a distribuição desta variável na Região do Alentejo. Com efeito, cerca de 21% dos médicos estrangeiros a exercer nesta Região de Saúde enquadram-se nesta situação profissional (13, num total de 63).



Fonte: MD, DRHS, 2001 Recursos Humanos Estrangeiros - 2000.

A distribuição da situação profissional revela-se uma dimensão de grande interesse, na medida em que nos permite, nomeadamente através da sua repartição segundo o local de origem, esboçar de uma forma mais nítida o perfil dos médicos estrangeiros a exercer em Portugal. A maioria dos médicos especialistas estrangeiros são oriundos dos PALOP (aproximadamente 38%) e da UE (37%). No entanto, o principal motivo da vinda de médicos da UE para Portugal é a realização de uma formação pré-carreira (61%), o que em termos

<sup>19</sup> No estudo que tem sido objecto de referência (MS, 2001) a categoria “outras situações” refere-se aos “médicos eventuais”.

absolutos contabiliza 424 médicos da UE no Internato Complementar. Em aberto encontra-se a hipótese da sua permanência após a finalização desta formação.

Tal como os médicos estrangeiros dos PALOP (235 em 355), 74% dos médicos brasileiros a trabalhar em Portugal fazem-no enquanto médicos especialistas (em termos absolutos, 94 em 127). Apesar disso, no cômputo geral, apenas 15% dos especialistas estrangeiros são brasileiros.

Quanto aos médicos estrangeiros que frequentam o Internato Geral (2%), sensivelmente 69% possuem nacionalidades dos PALOP's.

Espelhando a tendência dos anos anteriores, a maioria dos médicos estrangeiros especialistas integra a carreira de Medicina Geral e Familiar (cerca de 69%), a Carreira Hospitalar (29%), representando valores muito residuais a opção pela carreira de Saúde Pública (não chegando a atingir os 2%) (MS, 2001). Relativamente a esta especialidade, os médicos estrangeiros acompanham os nacionais, o que por si só vem confirmar a falta de atractividade no prosseguimento da carreira médica numa área limitada, em termos de exercício profissional, ao sector público. No caso da especialidade em Medicina Geral e Familiar, pelo contrário, assiste-se a um claro preenchimento de vagas, numa carreira relativamente preterida pelos médicos portugueses. Contudo, esta situação poder-se-á inverter dado que, em 2000, os médicos do Internato Complementar frequentavam, na sua maioria (sensivelmente 79%), especialidades da Carreira Hospitalar (MS, 2001). Esta situação poderá criar concentrações excessivas numa área já bem aprovisionada de recursos humanos. Antevê-se, porém, um possível regresso destes profissionais quando completada a formação pretendida. Convém referir que, neste período de obtenção do grau de especialização, a questão da competitividade entre nacionais e estrangeiros não se coloca dado que os médicos do Internato Complementar frequentavam especialidades com alguma falta de recursos humanos, tais como a Anestesiologia (14%), a Cirurgia Geral e (11%) e a Medicina Interna (10%).

Esta complementaridade pode ser melhor visualizada a partir da comparação entre as especialidades dos médicos nacionais e as especialidades dos médicos estrangeiros, e as respectivas vagas do MS. Apesar dos dados se referirem ao único ano disponível para uma comparação entre médicos nacionais e médicos estrangeiros (1998), é possível comprovar que estes últimos exercem a sua actividade médica em Portugal precisamente nas especialidades mais deficitárias em recursos humanos, como sejam a Medicina Geral e Familiar (com um número de vagas na ordem dos 43%), a Anestesiologia (6%), a Cirurgia

Geral (cujas vagas atingem os 3%), a Medicina Interna e a Pediatria Médica, ambas com 4% de lugares por preencher no MS (MS, 1999; MS, 2000a).

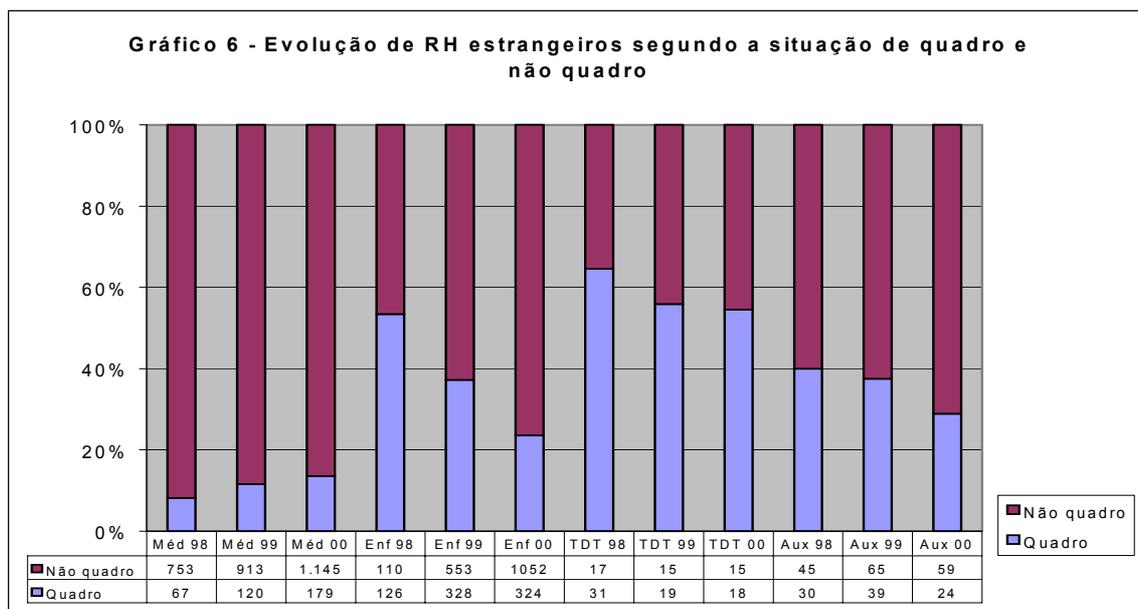
Acompanhando a tendência geral para a concentração dos recursos humanos estrangeiros na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 63% dos enfermeiros estrangeiros trabalham nessa delimitação administrativa, seguindo-se-lhe as Regiões do Algarve e do Centro (14%). Os enfermeiros que exercem a sua actividade na Região de Lisboa e Vale do Tejo são, na sua grande maioria, de nacionalidade espanhola (640 num universo de 878, em 2000). É de realçar que apesar da presença pouco significativa dos enfermeiros provenientes dos PALOP no total dos enfermeiros estrangeiros (12%), a sua grande maioria (no ano 2000, 156 em 171 enfermeiros dos PALOP) concentra-se também na Região de Lisboa e Vale do Tejo (MS, 2001).

A desagregação por distritos, revela a significativa presença de enfermeiros estrangeiros em Aveiro e Faro, uma realidade que emergiu abruptamente em 1999.

No que respeita ao regime jurídico de emprego, constata-se uma crescente precarização do vínculo laboral, uma tendência transversal a todos os grupos profissionais. Com efeito, a partir do **gráfico nº 6** a maioria dos profissionais de saúde estrangeiros não integra os quadros de pessoal dos estabelecimentos de saúde.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Esta situação de não incorporação nos quadros tenderá a generalizar-se aos efectivos nacionais, uma vez que, apesar das carências verificadas no sector da saúde, as orientações políticas estabelecem uma contenção em matéria de emprego público. A resolução do Conselho de Ministros nº 16/2002 de 28 de Janeiro prevê a racionalização da evolução dos efectivos através da contenção do seu crescimento, restringindo a entrada de novos efectivos aos fluxos de saídas definitivas. Concretamente, estabelece-se a possibilidade de uma nova admissão por cada quatro funcionários que se aposentem ou se desvinculem definitivamente da função pública. Esta resolução vem ainda estabelecer o carácter excepcional da contratação de pessoal a termo certo, bem como de contratos de tarefa e de avença. Futuramente, será possível avaliar os impactos desta ou de outras medidas na contratualização de profissionais estrangeiros.



Fonte: MS, DRHS, 2000; MS, DRHS 2001.

Embora no ano de 1999 tenha havido um ligeiro aumento das situações de “quadro”, este crescimento não se confirma no ano de 2000. A agravar esta situação há que considerar que 45% das situações de “não quadro” contemplam vínculos laborais mais precários, como sejam Contratos a Termo Certo, Aquisições de Serviço e Avenças. Com efeito, só os Regimes de Aquisição de Serviços e de Avença representam, respectivamente, 13% e 7%. Duas situações com um peso relativo maior nos médicos relativamente a outros grupos de profissionais.

No entanto, são os Contratos Administrativos de Provitamento (CAP) que constituem o tipo de contratualização mais frequente dos profissionais de medicina. Com efeito, quase metade do volume total destes recursos humanos estrangeiros (514 em 1324) são contratados por meio deste regime jurídico de emprego. Constatam-se, portanto, uma realidade similar à dos médicos nacionais. De certa forma, esta tendência pode ser explicada pelo número igualmente elevado de médicos a frequentar o Internato Complementar, uma vez que está contemplada, em termos jurídicos, a contratualização através de CAP de formandos em situação de pré-carreira.

Ainda que, de todas as situações “não quadro”, os Contratos Administrativos de Provitamento correspondam a um tipo de contratualização de menor precariedade laboral, e apesar do número de incorporação dos médicos estrangeiros nos quadros ter registado um aumento na ordem dos 50% em 2000, alguns indicadores sugerem uma maior precarização laboral destes profissionais precisamente nesse ano. Com efeito, a maior variação de 1999

para 2000 verificou-se nas situações de avença (mais de 94%) e de “outras situações”<sup>21</sup> (mais de 126%). Saliente-se que a única redução de cariz positivo verificou-se nas situações de Contrato a Termo Certo (-16%), demarcando-se dos valores apresentados em 1998, 14%, ou seja aproximadamente o dobro dos valores actuais.

O Contrato a Termo Certo, 25% do total das situações “não quadro”, constitui o regime jurídico mais utilizado para a contratualização de enfermeiros (sensivelmente 40%). Relativamente a este grupo profissional, há que destacar que a incorporação nos quadros é o segundo regime jurídico mais frequente (perto dos 24%). Assim, a vinculação ao quadro é uma situação mais densamente partilhada pelos enfermeiros do que pela classe médica, ainda que significativamente inferior aos 57% observados em 1998. Contudo, a maior parte das situações “não quadro” dos enfermeiros estrangeiros revelam regimes jurídicos de contratualização mais precários. Com efeito, para além de implicarem o exercício de funções em regime de Contrato a Termo Certo, começa a ser comum a situação de Avença, de um avençado em 1999 cresce-se para 19 no ano 2000, e “outras situações”, 310 em 2000, quando em 1999 era o tipo de vínculo laboral para apenas 54 enfermeiros.

No âmbito geral, é ainda de realçar a diminuição, de 1998 para 1999, dos acordos de cooperação estabelecidos entre Portugal e os PALOP. Apesar do crescimento deste tipo de acordos na classe médica, à volta dos 38%, o ano de 2000 continua a apresentar valores muito residuais (1%), não obstante o facto de 25% dos recursos humanos estrangeiros serem dos PALOP.

A tendência para uma maior precarização dos recursos humanos estrangeiros retrata bem a óptica dos agentes de recrutamento face aos profissionais estrangeiros - um recurso de emergência para resolver um problema que se pretende pontual. Tal qual os trabalhadores não qualificados, e com as devidas ponderações, os trabalhadores especializados parecem, neste caso, representar uma mão-de-obra descartável.

---

<sup>21</sup> Esta categoria reporta-se, entre outras, às situações de requisições, às situações de voluntariado e às situações de bolseiro.

#### **IV - Conclusão**

Ainda que limitando-se aos dados disponíveis, na sua maioria provenientes do Ministério da Saúde e das organizações profissionais afectas aos prestadores de cuidados de saúde, este relatório procurou reflectir a necessidade de uma caracterização mais aprofundada dos efectivos nacionais, de forma a detectar possíveis carências. Dentro desse âmbito, foi possível adiantar algumas tendências, como sejam:

- um défice de profissionais nos Centros de Saúde;
- a falta relativa de médicos, dadas as fortes assimetrias regionais na distribuição dessa classe e o seu envelhecimento;
- uma carência significativa de pessoal na área da enfermagem, traduzida num rácio enfermeiros/habitantes dos mais baixos da Europa;
- um aumento significativo do número de alunos na área das ciências e tecnologias da saúde.

Perante um domínio em que a oferta de emprego não é completamente absorvida pelos recursos humanos nacionais, tentou-se aferir que potencialidades existem, nesta matéria, relativamente ao provisionamento de lugares por profissionais estrangeiros. Procurou-se, portanto, caracterizar a evolução dos efectivos estrangeiros ao longo da segunda metade da década de 90. Destacam-se algumas conclusões:

- o significativo aumento do número de profissionais estrangeiros ao serviço do Sistema Nacional de Saúde, sobretudo no caso de médicos e enfermeiros;
- o ingresso de profissionais estrangeiros constitui um factor de rejuvenescimento e acentua a feminização do sector da saúde;
- observa-se, desde 1999, uma mudança dos países de recrutamento. A presença de profissionais provenientes da União Europeia é cada vez mais notória;
- gradualmente, assiste-se a uma maior difusão geográfica destes trabalhadores estrangeiros, ainda que a Região de Saúde do Norte e, sobretudo, a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, concentrem o maior número de efectivos;
- uma crescente precarização do vínculo laboral em todos os grupos profissionais estrangeiros determinada, em parte, pela existência de contratos laborais mais precários no cômputo geral das situações de não incorporação nos quadros;
- uma diminuição dos acordos de cooperação estabelecidos entre Portugal e os PALOP.

Este diagnóstico sobre os agentes mobilizadores do sistema de saúde - os recursos humanos - constitui um primeiro esboço na avaliação da lógica subjacente, substituição ou competição, entre efectivos de nacionalidades diferentes e, de não menos importância, como é que o sistema de saúde se adapta a essas mudanças.

Na verdade, uma política de desenvolvimento dos recursos humanos tem um alcance mais vasto. A projecção dos movimentos de procura dos serviços de saúde, a avaliação das características dos efectivos disponíveis e a promoção de formação em áreas carênciadas, contribuem, em última instância, para a configuração de um dos rostos da cidadania, o direito aos cuidados de saúde.

## **Bibliografia**

Almeida, Hélder Jaime, (1999), “A unidade funcional de saúde – impacto nos barómetros do sistema de saúde português”, *XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998*. Escola Nacional de Saúde Pública, 10-56.

Amaral, Alberto, (2001), *Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde*. Relatório preparado para os Ministérios da Educação e da Saúde, (policopiado).

Barros, Pedro Pita, (1999), *Os sistemas privados de saúde e a reforma do sistema de saúde* (policopiado).

Barros, Pedro Pita, (s.d.), *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996* (policopiado).

Campos, Alexandra, (1999), “Sistemas locais de saúde e centros de saúde – início da reforma do sistema de saúde?”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 17, nº 1, 65-73.

Carapinheiro, Graça; Lopes, Noémia Mendes, (1997), *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses: estudo sócio-gráfico de âmbito nacional*. Lisboa: SEP, Sindicato de Enfermeiros Portugueses.

Castilho, Amélia Filomena, (1999), *Evolução e estrutura das despesas privadas em saúde em Portugal, 1980-1995*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

Comissão das Comunidades Europeias (CCE), (2001), *O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade e a viabilidade financeira*. Bruxelas: COM (2001), 723 final.

Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), (1998), *Reflexões sobre a saúde - recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde, (1996), *Elementos Estatísticos- Saúde/95*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde, (1997), *Elementos Estatísticos- Saúde/96*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde, (1998), *Elementos Estatísticos- Saúde/97*. Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde, (1999), *Elementos Estatísticos- Saúde/98*. Lisboa: DGS.

Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, (1993), Lei nº 11/93, Ministério da Saúde.

European Observatory on Health Care System (EOHCS), (1999), *Health Care Systems in Transition – Portugal*. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde.

Frederico, Manuela, (2000), *Princípios de economia da saúde*. Coimbra: Formasau.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (coord.), (2001), *Necessidades de mão-de-obra em Portugal - diagnóstico e prospectiva a curto prazo*. Lisboa: IIEFP.

Justo, Cipriano, (2000), *O estado das coisas de Estado – políticas de saúde em Portugal*. Porto: Campo das Letras.

Miguel, J. P.; Costa, Carlos, (1997), “A reforma da saúde em Portugal: à procura da eficiência”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 15, nº 2, 5-17.

Ministério da Saúde, (1995), *A saúde em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS.

Ministério da Saúde, (1996), *Carreira de enfermagem nos cuidados de saúde primários - determinação das necessidades de profissionais*. Lisboa: MS, DRHS.

Ministério da Saúde, (1999), *Recursos Humanos Estrangeiros - 1998*. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS.

Ministério da Saúde, (2000a), *Recursos Humanos da Saúde - 1998*. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS – DSEI.

Ministério da Saúde, (2000b), *Recursos Humanos Estrangeiros no Ministério da Saúde - 1999*. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS.

Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, (2000), *Elementos Estatísticos - Saúde - 1998*. Lisboa: Ministério da Saúde, DGS.

Ministério da Saúde, (2001), *Recursos Humanos Estrangeiros - 2000*. Lisboa: Ministério da Saúde, DRHS

Mozzicafreddo, Juan, (2000), *Estado-providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

OCDE (1998a), OCDE Health Data 98: *Comparação de sistemas de saúde de 29 países*. Paris. OCDE e CREDES.

OCDE (2001b), OCDE Health Data 2001: *Comparação de sistemas de saúde de 29 países*. Paris. OCDE e CREDES.

Ordem dos Enfermeiros, (2000), “Alguns dados sobre os enfermeiros portugueses”, *Ordem dos Enfermeiros*, nº 1, Novembro de 2000.

Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), (2001), *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS*. Lisboa: OPSS.

Peixoto, João, (2001), “Migrações e políticas migratórias na União Europeia: livre circulação e reconhecimento de diplomas”, *Análise Social*, vol. XXXVI (158-159), 153-183.

Pereira, João, (1995), *Equity, Health and Health Care: an Economic Study with Reference to Portugal*. Tese de Doutoramento em Filosofia, pelo Departamento de Economia e Estudos afins, University of York.

Programa Operacional da Saúde (POS), (2000), *Saúde XXI - Programa Operacional da Saúde: 2000-2006*. Quadro Comunitário de Apoio III, União Europeia.

Simões, Jorge Almeida; Lourenço, Óscar Domingos, (1999), *As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.

Sousa, Ana Paula, (2000), *Impacto redistributivo dos benefícios fiscais na área da saúde em Portugal, 1980-1990*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.