

Senhores Deputados

Em mais uma audição regimental e face ao atual contexto epidemiológico não é possível que a pandemia não seja novamente o tema central desta prestação de contas do Ministério da Saúde.

Num momento em que precisamos de redobrar esforços para quebrar as cadeias de transmissão na administração regional de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e particularmente em alguns concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, é importante analisar a evolução da pandemia no país: o que correu bem, o que correu mal, o que importa corrigir e melhorar.

Dir-se-á que o que correu bem já foi referido muitas vezes.

1. A **resposta do Serviço Nacional de Saúde** e dos seus profissionais que permanecem o melhor garante da satisfação das necessidades assistenciais dos portugueses.
2. A **acesso aos cuidados de saúde** com dispensa de cobrança de taxas moderadoras no âmbito do diagnóstico e tratamento da doença COVID-19 e a atribuição de número provisório a centenas de residentes em território nacional independentemente da sua situação legal.
3. A **alocação de meios financeiros e a definição de um regime excecional** de aquisição de dispositivos médicos e de contratação de trabalhadores que permitiu, por exemplo, a aquisição de 60 milhões de máscaras cirúrgicas, de 12 milhões de máscaras *face filtering piece* e de 15 milhões de luvas, para além da contratação de mais de 3.500 trabalhadores.

4. A constituição de uma **reserva estratégica nacional**, a decisão de reforço dos stocks hospitalares em 20% e o regime excecional e temporário para a conceção, fabrico, importação, comercialização e utilização de dispositivos médicos para uso humano e de equipamentos de proteção individual.
5. A **expansão da capacidade de diagnóstico laboratorial** do país que permitiu passar de 1 para 94 laboratórios, de uma média de 2.600 testes/dia em março para uma média de 13.700 em maio e realizar **rastreios** a residentes em lares, a trabalhadores de creches, a trabalhadores temporários de certos setores de atividade, que permitiram identificar precocemente doentes assintomáticos, isolá-los e tratá-los.
6. O reforço do **SNS 24** que regista hoje tempos médios de espera de 28'' quando chegou a registar mais de 25', a criação da Linha de Atendimento para Surdos por Videochamada, da Linha de Atendimento Psicológico e a criação de um **sistema de informação** para apoio ao trabalho dos profissionais de saúde no seguimento dos doentes e casos suspeitos, o Trace COVID.

E dir-se-á ainda que o que correu mal também já foi referido outras tantas vezes.

1. As **vidas que se perderam** e as **sequelas da doença**.
2. A **saúde mental** fragilizada e a **atividade assistencial** suspensa.
3. A **escassez** à escala global de determinados dispositivos médicos, as restrições à exportação impostas por alguns países, os preços especulativos e a resolução contratual como única via para incumprimentos reiterados.

4. A **dificuldade inicial na articulação** entre estruturas de diferentes áreas e de diferentes níveis da administração, nomeadamente em termos de partilha de informação.
5. O **cansaço acumulado** dos profissionais de saúde, designadamente das equipas de Saúde Pública, uma força de trabalho sustentada no trabalho médico, manifestamente escassa e demograficamente envelhecida.
6. As **dificuldades na supressão da doença** em determinadas áreas geográficas, caracterizadas pela elevada densidade populacional, mas também por um conjunto de determinantes sociais com impacto conhecido na transmissão de doenças infeto-contagiosas.

Por isso, aquilo que, mais do que tudo, hoje queremos sublinhar são **os aspetos que importa corrigir e melhorar**; refiro quatro em que estamos a trabalhar.

Em primeiro lugar a comunicação. Há duas mensagens claras. Uma sobre aquilo que sabemos: a COVID-19 não vai desaparecer até que uma vacina ou tratamento eficaz surjam e é desconhecido o tempo que isso vai demorar a acontecer. A outra sobre aquilo que não sabemos: a SARS-CoV-2 é uma infeção por um vírus novo cujo comportamento envolve ainda uma elevada incerteza que não podemos desvalorizar. O SNS respondeu adequadamente às necessidades assistenciais dos portugueses, mas não é possível esperar que seja o sistema de saúde, qualquer sistema de saúde, a fornecer a resposta a todas os problemas que esta pandemia veio revelar. Temos de contar com o esforço de todos e esta Comissão Parlamentar também tem um papel a desempenhar.

Em segundo lugar a resposta da saúde pública e das autoridades de saúde. É certo que a força de trabalho de saúde pública de há

muito que precisa de ser robustecida e os instrumentos de vigilância epidemiológica modernizados. Por um lado, o Serviço Nacional de Saúde tem hoje 360 médicos de saúde pública com uma média etária de 59 anos, para além de cerca de 300 enfermeiros e de 500 técnicos superiores; mas é preciso aumentar a quantidade e a diversidade de competências desta força de trabalho, para já, com a contratação de 29 recém-especialistas no início do próximo mês. Por outro lado, o SINAVE enquanto sistema de vigilância em saúde pública, está a ser melhorado pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Por outro lado ainda, no caso específico da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e nela das Unidades de Saúde Pública da Área Metropolitana de Lisboa, os tempos de referência para a realização de atividades foram recuperados e uniformizados e as equipas temporariamente reforçadas mediante reafecção de recursos.

Em terceiro lugar o reforço da resposta de medicina intensiva. A pandemia colocou os sistemas de saúde sob grande pressão. Em Portugal as medidas de saúde pública e a implementação de planos de contingência evitaram o colapso verificado em outros países. Mas a procura exponencial de cuidados de medicina intensiva só pôde ser acomodada através de medidas extraordinárias de alocação de recursos. Apesar de entre março e maio de 2020 Portugal ter passado de um rácio de 5,28 camas de cuidados intensivos por 100.000 habitantes para 7,13, um aumento de 37%, esta resposta tem de ser consolidada em instalações, equipamentos, recursos humanos, sistemas de informação e carteira de serviços. Por isso, incluímos no programa de Estabilização Económica e Social uma linha de investimento destinada a apoiar, numa primeira fase, até ao final do ano, a expansão de 10 serviços.

Em quarto e último lugar a recuperação da atividade assistencial não realizada por força da pandemia. A maio de 2020, face ao período homólogo, o SNS registava -902 mil consultas médicas hospitalares, das quais, 371 mil primeiras consultas e - 85 mil cirurgias. Em sede do Programa de Estabilização Económica e Social, o Conselho de Ministros aprovou uma verba de 33,7M€ para efeitos de majoração do pagamento de incentivos às equipas para realização de atividade assistencial no SNS, com o objetivo de recuperar atividade assistencial de primeira consulta não realizada, com enfoque nas especialidades com maior Lista de Espera para Consulta, e de recuperar atividade cirúrgica, sobretudo nas situações em que os tempos máximos de resposta garantidos se encontram ultrapassados. Em sede de contratualização hospitalar (que, face à pandemia se prolongará até 15 de julho) foi pedido às entidades prestadoras a renegociação dos seus contratos-programa em linha com estas metas.

Tal como cada um de nós, tal como todas as áreas económicas e sociais, o sistema de saúde português e o SNS em particular vão ter de se adaptar a funcionar num contexto pandémico.

Estes **são tempos de extraordinária exigência**, em que a resposta à emergência sanitária tem de ser dada ao mesmo tempo que se garante o cumprimento do Programa do Governo de qualificação do acesso, de motivação dos profissionais de saúde e de investimento na rede SNS. Mas é isto que os portugueses esperam de nós: equilíbrio, responsabilidade, verdade.