



PARTIDO COMUNISTA PORTUGUÊS
Grupo Parlamentar

Projeto de Resolução n.º 1156/XIV/2.^a

Pelo Reforço da Estrutura de Saúde Pública

Exposição de motivos

I

A Organização Mundial de Saúde define a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”.

A Declaração de Alma-Ata que resultou da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em 12 de setembro de 1978, no Cazaquistão, URSS, considera que “a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”.

Alma-Ata priorizou a acessibilidade de todos aos cuidados de saúde primários, próximos das comunidades para responder aos principais problemas das populações no plano da promoção, da prevenção, da cura e da reabilitação. Entende ainda que a plena participação dos indivíduos e da comunidade é muito importante, instituindo como um direito e um dever a participação individual e coletiva dos povos no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde.

Em 1986 realizou-se a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá que aprovou as orientações estratégicas para alcançar o objetivo de “saúde para todos” lançado em Alma-Ata. A declaração de Ottawa define a promoção de saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”. Entende a saúde como um recurso para a vida e não a finalidade da vida, estabelecendo as condições básicas e os recursos fundamentais para melhorar a saúde, a saber: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Esta conferência concluiu que “a saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama.”

O compromisso para a promoção de saúde decidido em Ottawa passa pela promoção de políticas saudáveis; o combate a meios insalubres, más condições de vida, má nutrição e más condições de habitabilidade; o combate às desigualdades; pelo reconhecimento dos indivíduos e das populações como o principal recurso de saúde, apoiando-as para se manterem saudáveis

e pela reorientação dos serviços de saúde para a promoção de saúde, para além das suas responsabilidades de prestação de cuidados curativos.

II

Foi com a Constituição da República Portuguesa em 1976 que o direito à saúde para todos os portugueses ficou pela primeira vez consagrado. Foi com a Revolução de Abril e com o regime democrático que se iniciou a generalização do acesso à saúde, mesmo nas zonas mais recônditas do País, com o desenvolvimento de programas de proximidade no acesso à saúde, como o serviço médico à periferia que permitiu o acesso de muitos portugueses à saúde. Simultaneamente, a generalização e o alargamento do Programa Nacional de Vacinação e o investimento do Poder Local Democrático nas infraestruturas básicas, no abastecimento de água e saneamento, na higiene urbana e na recolha e tratamento de resíduos sólidos urbanos, proporcionaram extraordinários avanços na saúde pública.

A Constituição da República Portuguesa estabelece que “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender a promover” e que esse direito é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e realça a importância dos determinantes sociais da saúde, na “criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável”.

Apesar de a Constituição identificar os determinantes sociais para a promoção da saúde e de existir planos com o objetivo de promover a saúde, a situação da saúde da população é preocupante. Dos objetivos e planos traçados à realidade concreta, vai um longo caminho, e muitas vezes as metas definidas não são alcançadas por falta de meios para a sua implementação. O desinvestimento no SNS que decorre das opções políticas de sucessivos Governos afeta negativamente a área da saúde pública.

Nos últimos anos a prevenção da doença e a promoção da saúde foram profundamente desvalorizados. Basta observar o financiamento nesta área, a alocação de recursos humanos e a sucessiva concentração de serviços, afastando-os dos cidadãos e das comunidades. Um caminho que teve como consequência a existência de uma estrutura de saúde pública depauperada, sem capacidade de intervenção, afogada em tarefas burocráticas e praticamente sem disponibilidade para a realização da sua atividade prioritária, a elaboração de informação e planos no domínio da saúde pública, a vigilância epidemiológica e a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

As sucessivas alterações ao nível da estrutura de saúde pública tiveram impactos negativos. A existência de uma unidade de saúde pública por Agrupamento de Centros de Saúde, com dimensão que chega a ultrapassar os 300 mil habitantes ou com áreas que correspondem a distritos, não é possível realizar um trabalho de proximidade. Os Governos de PS e de PSD/CDS foram responsáveis pela progressiva desestruturação e destruição da estrutura de saúde pública.

Face às insuficiências, muitas vezes a atividade dos serviços de saúde pública é reativa em função de determinada ocorrência, sem capacidade para tomar a iniciativa no campo da promoção da saúde e da prevenção. A intervenção foi reativa nos surtos de legionella, tal como assim está a ser no combate à epidemia do Sars-Cov-2.

O surto de legionella em Vila Franca de Xira deveria ter sido exemplo para corrigir os erros do passado e avançar na criação de uma estrutura de saúde pública com capacidade de intervenção, como o PCP propôs em 2015. Não foi essa a opção do Governo PSD/CDS, nem foi essa a opção do Governo PS. Ultrapassado o problema, a área da saúde pública voltou a cair no esquecimento. Quando rebenta a epidemia do Sars-Cov-2, a saúde pública é chamada a intervir, com dificuldades, com insuficiências e limitações diversas, que durante mais de um ano de epidemia nunca chegaram a ser colmatadas, apesar das propostas e das soluções apresentadas pelo PCP. Continua por implementar a norma aprovada no Orçamento do Estado para 2021 de contratação de profissionais de saúde para as equipas de saúde pública, com o objetivo de cumprir, pelo menos os rácios definidos na legislação há mais de uma década, nomeadamente um médico especialista em saúde pública por 25 mil habitantes, um enfermeiro por 30 mil habitantes e um técnico de saúde ambiental por 15 mil habitantes.

De acordo com os dados que constam da Plataforma BI da Reforma, de novembro de 2019, no território continental havia 307 médicos de saúde pública, 234 enfermeiros e 363 técnicos de saúde ambiental, quando deveriam existir pelo menos 412 médicos, 343 enfermeiros e 686 técnicos de saúde ambiental, para assegurar no mínimo os rácios, que mesmo estando aquém das necessidades, nem mesmo assim têm sido cumpridos. As 55 unidades de saúde pública têm somente 201 assistentes técnicos, 28 assistentes operacionais, 44 higienistas orais e 38 técnicos superiores de diversas áreas. Este é o quadro de pessoal das equipas locais de saúde pública para 278 concelhos em Portugal Continental.

Para além do País ter um número reduzido de médicos de saúde pública, a esmagadora maioria dos que estão em funções têm mais de 50 anos, sendo um grupo bastante envelhecido. Se não forem tomadas urgentemente medidas para reforçar a formação médica especializada na área da saúde pública, o número de médicos de saúde pública será ainda mais reduzido num curto espaço de tempo, dado que as entradas não substituem as saídas, não assegurando a renovação e comprometendo seriamente a capacidade de resposta do SNS.

A própria Direção Geral de Saúde (DGS) funciona com um número muito reduzido de trabalhadores de saúde, o que se reflete nas dificuldades na implementação dos programas de

saúde em vigor. Hoje a DGS tem uma estrutura organizacional desajustada, um financiamento exíguo e um reduzido número de trabalhadores, o que constituem constrangimentos e obstáculos concretos na sua capacidade de intervenção. A 31 de dezembro de 2018, a DGS tinha 134 trabalhadores de acordo com o seu balanço social, de entre os quais 16 são médicos, 11 são enfermeiros, 42 técnicos superiores, 28 assistentes técnicos e 12 assistentes operacionais.

O financiamento da área da saúde pública não corresponde às necessidades, não possibilitando a dotação dos serviços de saúde pública dos meios para o desenvolvimento das suas atribuições e competências, nem para o desenvolvimento de programas de prevenção da doença e de promoção da saúde.

III

É amplamente reconhecido que a atual estrutura de saúde pública é desadequada para a nossa realidade e que é urgente promover uma reestruturação na área da saúde pública, que recupere a autonomia na intervenção, garanta capacidade e dotada de meios para uma intervenção próxima das populações e das comunidades, com eficiência e eficácia.

Perante esta realidade, o PCP propôs em 2015, o Projeto de Resolução 1579/XII/4.^a – Por uma nova política de saúde pública, que caso tivesse sido considerado permitia o reforço da estrutura de saúde pública, e hoje estaríamos em melhores condições para enfrentar a epidemia.

Na sequência do Despacho n.º 11232/2016, de 19 de setembro é criada a Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional. Esta comissão elaborou um conjunto de documentos designadamente “Modelo de uma Rede de Serviços de Saúde Pública”, “Capacitação dos Serviços de Saúde Pública”, “Modelo de Implementação dos Estudos de Impacte na Saúde em Portugal”, “Contratualização dos Serviços de Saúde Pública Locais”, de julho de 2017.

Entretanto em janeiro de 2017 o Governo dá entrada na Assembleia da República da Proposta de Lei n.º 49/XIII/2.^a que Aprova a Lei de Saúde Pública. Esta proposta foi bastante criticada pelos profissionais de saúde e pelas entidades da área da saúde por introduzir uma verdadeira reorganização na área da saúde pública e limitar-se a algumas competências e funções da Autoridade de Saúde, tendo caducado com o fim da Legislatura.

Neste mandato, o Governo através do Despacho n.º 2288/2020, de 18 de fevereiro de 2020 criou a Comissão para a Elaboração da Proposta de Reforma da Saúde Pública e Sua Implementação, que ficou com a incumbência de elaborar uma proposta de Lei da Saúde Pública, tendo como referência a Lei de Bases da Saúde aprovada em 2019 e os compromissos internacionais na área da saúde pública assumidos, nomeadamente, junto da Organização das Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde, Conselho da Europa e União Europeia; analisar

a legislação com implicações nos serviços de saúde pública com o objetivo de identificar eventuais alterações que sejam necessárias e avaliar e monitorizar os recursos humanos e as suas necessidades na área da saúde pública.

Foi tornado público a entrega do Relatório da Comissão para a Elaboração da Proposta de Reforma da Saúde Pública e Sua Implementação, em dezembro de 2020 à Ministra da Saúde, o qual não se encontra disponível. Segundo as notícias o relatório confirma a insuficiência da estrutura de saúde pública, a carência de profissionais de saúde, a desadequação dos rácios, como a epidemia deixou evidente e defende o reforço da capacidade de vigilância epidemiológica pelos serviços de saúde pública. Defende também a dotação dos serviços de saúde pública dos recursos humanos e materiais e de capacidade de intervenção na sociedade.

No âmbito da saúde pública, a Lei de Bases da Saúde aprovada em 2019 determina que “Compete ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde” e que o Governo “deve identificar áreas específicas de intervenção, programas e ações de promoção da saúde e da prevenção da doença ao longo da vida, tendo presentes os problemas de saúde com maior impacto na morbilidade e na mortalidade, os desafios sociodemográficos e a existência de determinantes não modificáveis, bem como sociais, económicos, comerciais, ambientais, de estilo de vida e de acesso aos serviços”. Determina também as competências da autoridade de saúde. Aspetos que necessitam de desenvolvimento e concretização.

A epidemia da Covid 19 veio confirmar a importância da existência de uma estrutura de saúde pública forte, com capacidade e interventiva na prevenção e na promoção de saúde.

O PCP defende o investimento na área da saúde pública. Neste sentido apresenta um Projeto de Resolução onde propõe a adoção de um conjunto de medidas que a serem concretizadas permitem robustecer a estrutura de saúde pública, dar-lhe capacidade e dimensão para responder às necessidades das populações.

O PCP entende que o investimento na promoção de saúde traz ganhos em saúde para os utentes e torna o SNS mais eficiente. Investir na prevenção da doença e na promoção de saúde, para além de garantir uma vida mais saudável e melhor saúde para as pessoas, permite diagnóstico precoce e reduz os custos associados à cura e ao tratamento.

E que investir na saúde pública, reforçar as suas estruturas e meios, é essencial para melhorar a saúde aos portugueses, indo ao encontro dos princípios constitucionais.

Assim, nos termos regimentais e constitucionais aplicáveis, os Deputados abaixo assinados do Grupo Parlamentar do PCP propõem que a Assembleia da República adopte a seguinte

Resolução

A Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomenda ao Governo o investimento no reforço da estrutura de saúde pública, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, considerando o seguinte:

1. Para o reforço da intervenção e atuação da saúde pública em Portugal é imprescindível assumir uma estrutura organizacional dirigida pela Direção Geral de Saúde e a dotação de meios financeiros, tecnológicos e humanos adequados às equipas de saúde pública, a saber:

- a) A salvaguarda da autonomia e independência da autoridade de saúde pública no exercício das suas competências, em que a Direção Geral de Saúde assume a direção técnica dos serviços de saúde pública, nomeadamente do Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge e das estruturas de saúde pública a nível regional e local.
- b) A organização das estruturas de saúde pública numa base concelhia, com o objetivo de assegurar uma maior proximidade junto das comunidades locais.
- c) A estruturação dos serviços de saúde pública deve considerada em função das necessidades de saúde dos utentes, garantido a humanização dos serviços e da prestação de cuidados e promovendo a participação democrática das populações, das entidades locais, das autarquias no âmbito da política de saúde pública a nível nacional, regional e local.
- d) A articulação das equipas de saúde pública com os diversos níveis de cuidados de saúde, designadamente cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados e paliativos.
- e) O reforço da dotação financeira na área da saúde pública, com o objetivo de alcançar 5% do orçamento total para o Programa Saúde até ao final da atual Legislatura, garantindo assim o adequado financiamento da Direção Geral de Saúde, dos programas de saúde pública específicos e das estruturas de saúde pública nos seus diferentes níveis.
- f) A revisão dos rácios de profissionais de saúde necessários nos serviços de saúde pública a nível nacional, regional e local de forma a adequá-los às necessidades das populações e de aproximar as equipas das comunidades.
- g) O reforço do número de profissionais de saúde, nas estruturas de saúde pública, a nível nacional, regional e local, assente no funcionamento de equipas multidisciplinares, constituídas por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas em saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental, psicólogos, epidemiologistas, nutricionistas, assistentes sociais, geógrafos, sociólogos, entre

outros, com a dimensão adequada face à situação epidemiológica e às especificidades das populações e dos territórios que abrangem.

- h) A concretização do reforço do número de profissionais de saúde implica a adoção de medidas excecionais, nomeadamente:
 - i. A valorização da especialidade médica de saúde pública, assim como a valorização dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária e dos técnicos de saúde ambiental, dignificando a carreira, direitos e remunerações, definindo um regime específico de prevenção que abranja todos os profissionais dos serviços de saúde pública;
 - ii. O desenvolvimento de um plano de formação na área da saúde pública, de forma a ultrapassar a enorme escassez de profissionais de saúde, bem como acautelar as necessidades futuras do País na área da saúde pública;
 - iii. A abertura extraordinária de vagas para a formação médica especializada na área da saúde pública.
 - i) A libertação das equipas de saúde pública das tarefas burocráticas, para se dedicarem ao exercício de funções diretamente relacionadas com áreas de intervenção da saúde pública e a promoção da saúde.
 - j) A modernização e inovação tecnológica nos serviços de saúde pública, com a modernização dos sistemas de comunicação, informáticos e de informação, com a criação de um sistema de informação dedicado e autónomo para a saúde pública, enquanto ferramenta fundamental para a monitorização do estado de saúde da população e com capacidade de georreferenciação, orientado para a identificação e ação em caso de doença infectocontagiosas.
 - k) A criação de um Observatório em Saúde, dotado de autonomia técnica e financeira que, em articulação com as entidades nacionais, regionais e locais do SNS, acompanhe a evolução do estado de saúde da população, o bem-estar da comunidade, que permita prestar informação e recomendações à autoridade de saúde.
2. Para o reconhecimento e valorização da saúde pública nas suas diversas vertentes, é fundamental o desenvolvimento da sua atividade, em particular na prevenção da doença e promoção da saúde, na avaliação dos riscos e na prevenção dos fatores e controlo das situações que podem causar ou acentuar prejuízos para a saúde das pessoas ou das comunidades, através da adoção das seguintes medidas:
- a) O desenvolvimento de estudos epidemiológicos a nível local e regional, para identificar a cada momento os riscos existentes, as principais doenças e comorbilidades, assim como o estabelecimento de um plano de ação de prevenção específico para cada comunidade.

- b) A criação de um programa nacional no âmbito da promoção da saúde, com o objetivo de formar, informar e sensibilizar os utentes para o bem-estar e a saúde, contribuindo assim para a elevação do conhecimento dos utentes para a proteção da sua saúde.
 - c) O planeamento e desenvolvimento de programas de prevenção regulares, que integre os diversos tipos de prevenção (primária, secundária e terciária) considerando os estudos epidemiológicos realizados.
 - d) A criação de um programa de saúde pública de intervenção primária, com cobertura em todo o território nacional nos cuidados de saúde primários, procurando ser o mais próximo possível dos utentes, dirigido:
 - i. Ao longo do ciclo de vida das pessoas nas suas diferentes fases, a saúde materno-infantil, integrando com ações específicas na vacinação); a saúde escolar (pré-escolar, ensino básico e secundário e ensino superior); o planeamento familiar e a saúde da mulher; a saúde dos idosos; e a saúde ambiental, que aborde os aspetos relacionados com as condições de habitabilidade, o espaço urbano, o ciclo urbano da água, a mobilidade, entre outros;
 - ii. À saúde ocupacional, que considere as condições de saúde e de segurança nos locais de trabalho;
 - iii) Às doenças Crónicas, tendo em conta as de maior prevalência na população portuguesa, as que causam maiores comorbilidades e maior mortalidade.
 - e) O envolvimento das instituições sociais e de entidades públicas e privadas no desenvolvimento do programa de saúde pública de intervenção primária, previsto no ponto anterior.
 - f) A promoção de estilos de vida saudáveis, dando uma especial atenção à nutrição, à atividade física, ao consumo de tabaco e álcool e à atividade laboral, que procure prevenir as doenças relacionadas, incentivando à adoção de uma alimentação saudável e à participação em atividades no âmbito do desporto escolar e do desporto popular;
 - g) A criação de um programa de saúde pública de intervenção secundária que abranja numa perspetiva mais global a vertente da saúde humana e saúde ambiental, que tenha em conta o local de residência, o meio envolvente, o espaço público e o local de trabalho.
3. A criação de um Programa de Intervenção Primária e Controlo da Bactéria da Legionella em todos os edifícios e estabelecimentos de acesso ao público, independentemente da sua natureza pública ou privada, incluindo instalações industriais e que possuam equipamentos suscetíveis de desencadear o risco de infeção por legionella, cabendo ao Estado assegurar a melhoria do desempenho energético e da qualidade do ar interior e

exterior dos referidos edifícios e estabelecimentos, da responsabilidade da Direção Geral de Saúde em articulação com as autoridades regionais e locais de saúde pública e o Instituto Nacional de Saúde Pública Dr. Ricardo Jorge, com o objetivo de:

- a) Promoção da saúde e segurança dos utilizadores e dos trabalhadores;
 - b) Definição e estabelecimento de medidas de prevenção primária e controlo da bactéria legionella;
 - c) Identificação e avaliação dos perigos e fatores de risco, cabendo às autoridades regionais em articulação com as autoridades locais de saúde pública identificar na sua região todos os sistemas de equipamentos onde existam condições favoráveis ao desenvolvimento de bactérias do género legionella, nomeadamente na água quente sanitária, sistemas de ar condicionado, torres de arrefecimento, condensadores de evaporação, humidificadores, aparelhos de aerossóis, fontes decorativas e redes de abastecimento de água;
 - d) Estabelecimento e implementação de medidas nas diversas vertentes: tecnológica, analítica e epidemiológica em todos os estabelecimentos públicos e privados tendentes a prevenir e controlar o surgimento e desenvolvimento da bactéria legionella;
 - e) Redução significativa do número de casos de infeção por legionella.
4. A criação de um Plano de Adaptação dos Serviços de Saúde Pública às Emergências Epidemiológicas de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, da responsabilidade da DGS, tendo por base a experiência da recente epidemia da Covid 19, em particular a avaliação crítica dos aspetos positivos e negativos, permitindo no futuro ultrapassar dificuldades e corrigir erros e falhas identificados.
 5. A elaboração anual do Relatório sobre o Estado da Saúde dos Portugueses a apresentar à Assembleia da República, até ao final do 1º semestre do ano seguinte, que integre a análise da situação da saúde a nível nacional, regional e local; as ações desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde, a identificação dos indicadores de saúde (incluindo indicadores relativos às situações de doença), a identificação quantitativa e qualitativa dos ganhos em saúde e as prioridades de intervenção nos anos seguintes.

Assembleia da República, 26 de março de 2021

Os Deputados,

PAULA SANTOS; JOÃO DIAS; JOÃO OLIVEIRA; ANTÓNIO FILIPE; JERÓNIMO DE SOUSA; ALMA RIVERA; ANA MESQUITA; BRUNO DIAS; DIANA FERREIRA; DUARTE ALVES