

CAPÍTULO 4 |

RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER

**TIAGO CORREIA¹, GILLES DUSSAULT², INÊS GOMES¹,
MÁRIO AUGUSTO¹, MARTA TEMIDO², PATRÍCIA NUNES²**

1 | ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

2 | IHMT-Universidade Nova de Lisboa

RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER

4.1 Introdução

Os recursos humanos desempenham um papel central no funcionamento dos sistemas de saúde. Desde logo, porque são o garante da ligação entre os princípios ético-jurídicos presentes no direito à proteção da saúde e as experiências quotidianas das pessoas, quer na garantia do acesso universal e equitativo a cuidados quer no respeito da dignidade da pessoa, tão fragilizada na vivência da doença. Mas, também, porque representam uma importante fatia do investimento no setor da saúde. Também ainda, porque o contacto com os utentes os torna elementos decisivos na gestão direta e indireta da saúde e controlo epidemiológico, na influência sobre comportamentos e estilos de vida e, em última análise, na confiança nas instituições de saúde.

Refletindo esta importância, o tema dos recursos humanos em saúde (RHS) tem vindo a estar presente na generalidade dos Relatórios Primavera, ainda que com graus variáveis de aprofundamento. Este ano aceitou-se o desafio de dar um maior destaque ao tema. A análise realizada baseou-se no modelo analítico AAAQ “Availability/Disponibilidade, Accessibility/Acessibilidade, Acceptability/Aceitabilidade e Quality/Qualidade”⁽¹⁾, a partir do qual se procedeu a uma sistematização da evidência técnica e académica existente e se atualizaram alguns indicadores para perceber tendências recentes. Esta opção pretendeu sumarizar o conhecimento disponível e, tanto quanto possível, abranger diferentes pontos de vista e interpretações.

Por economia de texto e pela natureza do Relatório Primavera, a análise que se apresenta é obrigatoriamente sintética e focalizada nalguns dos aspetos que os autores consideram relevantes para o debate público e político sobre o que se sabe e o que falta saber sobre os RHS em Portugal.^(c) Em relação aos dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a análise reporta-se à evolução 2015-2017. ^(d) Ainda que esta opção permita olhar para o atual período legislativo, a escolha destes anos foi motivada, primeiramente, por razões técnicas.^(e)

^(c) A informação presente no capítulo acaba por dar maior destaque às dimensões “disponibilidade” e “acessibilidade”, deixando para uma análise posterior as dimensões “aceitabilidade” e “qualidade”.

^(d) Segundo a ACSS, esta informação estatística nos anos anteriores seguia critérios diferentes o que não permite a comparabilidade dos dados. Os autores optaram por usar a informação mais desagregada possível para agrupá-la em função das análises pretendidas. A seleção dos indicadores estatísticos teve como critério o seu acesso público. Os apuramentos estatísticos refletem as opções que os autores consideram mais adequadas face à informação disponibilizada. Todas as análises são da responsabilidade dos autores, embora se baseiem em dados recolhidos e/ou disponibilizados por entidades terceiras (ACSS, Ordens Profissionais, INE e Eurostat), pelo que os autores fazem boa-fé da qualidade desta informação. No caso da ACSS, devido à complexidade técnica e metodológica dos apuramentos necessários, procedeu-se a diversos contactos no sentido de melhor aferir a qualidade da informação. Sobre a revisão da literatura foram incluídos relatórios técnicos e artigos académicos publicados até dezembro de 2017. Ver informação detalhada no anexo metodológico.

^(e) Agradece-se ao Senhor Ministro da Saúde e à ACSS a disponibilidade de diálogo e partilha da informação solicitada. Agradece-se ainda à Prof.^a Doutora Sónia Pintassilgo (ISCTE-IUL) o envolvimento na fase inicial deste trabalho. Agradece-se ainda aos revisores pela leitura atenta e comentários construtivos.

4.2 Faltam recursos humanos no sistema de saúde português?

A importância da pergunta obriga a que se compreenda a dificuldade técnica numa resposta inequívoca por três ordens de razões: dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal, o facto das comparações internacionais sobre o número de efetivos não responderem à pergunta sobre se faltam ou não RHS e a falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal.

a) Dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal (quantos existem e onde)

Nas profissões reguladas, o registo nominal dos profissionais habilitados é obrigatório, sendo feito pelas Ordens Profissionais^(f) ou, na sua inexistência, pela ACSS^(g). Contudo, este registo não traduz quantos profissionais estão disponíveis para exercer, nem quantos estão efetivamente em exercício. É a diferença entre o número de profissionais habilitados, disponíveis e em exercício que não se conhece ao certo em Portugal praticamente para nenhuma profissão de saúde – exceção feita aos farmacêuticos. Por esta razão, Portugal não consta nalgumas das comparações internacionais da OCDE em matéria de RHS (ver as diversas publicações anuais do relatório Health at a Glance); também por essa razão, há dificuldades em interpretar os números que se vão conhecendo (por exemplo, a respeito de médicos ou enfermeiros).

Importa perceber que os três indicadores (habilitação, disponibilidade e exercício) salientam aspectos distintos na análise dos RHS: o primeiro refere-se ao acesso à profissão, o segundo à atratividade do trabalho em saúde e o terceiro aos profissionais que efetivamente realizam atividade, sabendo-se que o trabalho em saúde nem sempre se relaciona com a prestação direta de cuidados.^(h) A atenção política não pode ignorar cada um dos três indicadores porque as decisões relacionadas com cada um deles envolvem questões distintas.

O facto de não se saber com exatidão a diferença numérica entre as três medidas para a generalidade das profissões de saúde prende-se com um problema central: a contagem dos profissionais em exercício ativo. É certo que a recolha de informação no SNS permite aferir, com algum rigor, a contagem nominal de profissionais nos serviços públicos. Mas uma análise correspondente para o setor privado não se encontra disponível, pela inexistência de uma agregação semelhante de dados à realizada pela ACSS para o SNS. A isto associa-se o multiemprego, que é estimado em níveis não menosprezáveis, tanto no setor privado como entre o setor público e privado, e as situações de prestação de serviço e trabalho por conta própria. Acresce ainda o caso das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, que realizam a sua própria contabilidade.

Perante a falta de registo centralizado dos profissionais em atividade no setor privado, a alternativa para essa contagem passaria, no caso das profissões reguladas, pelo registo nas Ordens Profissionais e na ACSS. Contudo, é aqui que se perde a correspondência de informação entre as medidas de habilitação, disponibilidade e exercício. No caso da ACSS, não se procede à correspondência entre a emissão de cédulas profissionais, os profissionais que nesses universos estão disponíveis para exercer e aqueles que estão em exercício ativo (quando efetuado fora do SNS). No caso das Ordens Profissionais, a literatura aponta duas limitações nos registos (excetuando a Ordem dos Farmacêuticos, em que há informação sobre a habilitação e o exercício, embora se desconheça informação sobre disponibilidade). Uma limitação decorre do sobredimensionamento dos profissionais disponíveis devido aos casos de reforma, óbito ou emigração, sem que seja comunicada. A outra limitação decorre da inexactidão do número de profissionais em exercício.

^(f) Registo de médicos, médicos dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e biólogos.

^(g) Registo de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

^(h) Grosso modo, pode incluir atividades de formação, ensino, investigação, consultoria ou gestão

Esta inexatidão reflete uma de duas situações: esse levantamento não é efetuado e/ou tornado público pelas Ordens (ex: Ordem dos Médicos) ou contém um número significativo de casos omissos (ex: Ordem dos Enfermeiros).

b) Traços específicos dos sistemas de saúde recomendam cautela na comparação internacional de RHS

Da mesma forma que da análise dos diferentes sistemas de saúde sobressaem traços específicos, da análise da respetiva força de trabalho também resultam diferenças. Nem o conteúdo nem os modelos de trabalho, além da formação e competências dos vários grupos profissionais coincidem inteiramente entre os países, fazendo com que as comparações internacionais sobre o número de efetivos respondam de modo insuficiente à pergunta sobre se em cada país esses números são suficientes ou não para satisfazer as necessidades de saúde. Existem ainda aspectos técnicos que limitam a leitura dos números: desde logo a (in)disponibilidade de informação, mas também a utilização de critérios e taxonomias distintas.⁽ⁱ⁾

Esta ressalva é extensiva à interpretação de outros indicadores, tais como os rácios interprofissionais. Embora se saiba que em Portugal alguns destes rácios destoam de tendências internacionais (nomeadamente, o número de enfermeiros face a médicos), na verdade essa questão deve ser posta no plano de uma política de RHS. Importa saber quais os rácios desejáveis – não só de enfermeiros face a médicos, mas também de auxiliares e outros técnicos face a enfermeiros – tendo em conta as tarefas legalmente autorizadas, a formação dos diversos grupos profissionais, a disponibilidade e necessidade de profissionais, os modelos de organização dos cuidados, o orçamento disponível e a aceitabilidade pela população.

c) Falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal (quantos são precisos e onde)

Sem prejuízo de alguns estudos realizados no âmbito do planeamento prospectivo, tarda em formar-se um consenso sobre o número de profissionais considerado adequado e necessário em Portugal nas diversas atividades direta e indiretamente envolvidas na prestação de cuidados, pública e privada. Como se argumentou, este número não pode decorrer apenas de comparações internacionais. Esta dificuldade de entendimento conjuga-se com a necessidade de clarificação do modelo de SNS pretendido para o futuro. Conjuga-se, também, com a necessidade de maior intersetorialidade política, envolvendo a saúde, a educação, a ciência e ensino superior e a economia, na gestão e planeamento prospectivo do stock de RHS, da formação pré-graduada e pós-graduada à absorção pelo mercado de trabalho. Conjuga-se ainda com um certo alheamento político acerca do processo de feminização que os RHS estão a atravessar com a renovação geracional.^(j)

A literatura refere que a ausência de políticas relativas à adaptação das leis de género à especificidade do trabalho em saúde destoa de alguns dos principais países europeus.

⁽ⁱ⁾ Por exemplo, diferenças entre: profissionais habilitados para exercer ou em exercício ativo; com ou sem alunos incluídos nas contagens; apenas os que trabalham na prestação de cuidados ou incluídos também os que trabalham na formação, ensino, investigação e gestão

^(j) Por exemplo, no SNS em 2016, 76,2% dos RHS são mulheres, as quais estão sobrerepresentadas no escalão 30-34 anos e sub-representadas no escalão 50-59 anos.

4.3 Quanto se gasta com RHS em Portugal?

A despesa com recursos humanos face ao total de despesa em saúde em Portugal tem oscilado entre 32-34% (coluna A – tabela 4.1), valores que estão abaixo da média de 38% registada nos países desenvolvidos⁽²⁾.^(k) No SNS, este valor tem-se situado em torno de 38% (coluna B). Percebe-se ainda que a despesa do SNS com recursos humanos tem representado cerca de 65% do total de despesa com RHS no país (coluna C), embora o orçamento do SNS represente uma parcela mais baixa face ao total de despesa em saúde (coluna D). Ou seja: por cada €100 gastos com a saúde em Portugal, pouco acima de €56 são pagos pelo SNS; por cada €100 gastos com recursos humanos na saúde, em torno de €65 são pagos pelo SNS.

O facto de o peso da despesa com RHS no setor privado ser mais baixo do que no setor público é por si só inconclusivo e sugere a necessidade de melhor se entenderem as características da prestação pública e privada em Portugal e a sua articulação. Esta caracterização deve procurar explicar a diferença entre o peso dos gastos com recursos humanos (reflete o tipo de cuidados prestados, as características laborais do emprego em saúde, ou ambas?) por outro lado, importa não esquecer que estes indicadores não incluem o trabalho independente e por conta própria, e sabe-se que a atividade privada em saúde em Portugal, em parte, baseia-se precisamente neste enquadramento laboral. Em suma, a evidência destaca a importância da boa gestão pública dos recursos humanos (pela responsabilidade de empregador e de prestador de cuidados) e o facto de a despesa com o capital humano em Portugal estar abaixo da generalidade dos países desenvolvidos.

Tabela 4.1 – despesa total e em RHS no SNS e em Portugal (2010-2015) – valores %

	COLUNA A DESPESA RHS / DESPESA EM SAÚDE – TOTAL	COLUNA B DESPESA RHS / DESPESA EM SAÚDE – SNS	COLUNA C DESPESA SNS EM RHS / DESPESA TOTAL EM RHS (%)	COLUNA D DESPESA SNS / TOTAL DESPESA SAÚDE (%)
2010	33,2	38,3	67,2	58,1
2011	32,4	36,6	64,6	57,1
2012	32,8	37,4	64,9	56,8
2013	34,2	38,9	65,5	57,5
2014	33,7	38,4	65,9	57,8
2015	*33,1	38,1	*65,0	56,5

Legenda:

Elaboração dos autores.

A seleção dos anos teve por base a disponibilidade de informação.

Coluna A calculada através do indicador “despesa corrente em saúde” (INE, Conta Satélite da Saúde. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018) e do indicador “remuneração dos empregados (ordenados e salários + contribuições sociais dos empregadores)” (exclui trabalhadores por conta própria ou em regime de prestação de serviços. INE, Contas Nacionais 2017. Consultado no dia 14 de março de 2018).* valor calculado com base em projeção para 2015.

Coluna B calculada através do indicador “despesa corrente do SNS” e do indicador “despesa com pessoal” (PPPs excluídas) (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018).

Coluna C calculada através da proporção dos indicadores “despesa com pessoal” referente ao SNS (PPPs excluídas) (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018) “remuneração dos empregados (ordenados e salários + contribuições sociais dos empregadores)” referente ao setor público e privado (INE, Contas Nacionais 2017. Consultado no dia 14 de março de 2018).* valor calculado com base em projeção para 2015.

Coluna D calculada através do indicador “despesa corrente do SNS” (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018) e “despesa corrente em saúde” (INE, Conta Satélite da Saúde. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018).

^(k) Os valores de Portugal e da média internacional excluem a despesa com prestação de serviços.

4.4 O que se conhece sobre cada grupo de RHS em Portugal?^(l)

a) Médicos

Embora seja recorrente a ideia de que, por comparação a valores internacionais, há excesso de médicos em Portugal, na verdade não se sabe exatamente qual o número de profissionais em exercício (total e por especialidade), nem quantos estão disponíveis para exercer no conjunto dos setores público e privado. A contagem nominal diz respeito ao universo de médicos habilitados (internos e especialistas), registados na Ordem dos Médicos, o que não traduz, em cada ano, quantos deles exercem atividade e qual a atividade exercida. Acresce ainda viés causado pela desatualização destes registos por situações de óbito. Além disso, importa salientar que cada país adota o seu próprio critério sobre a inclusão, ou não, de médicos internos dificultando, também por essa via, a comparação internacional da força de trabalho médico.

Se no SNS essa falta de informação é suprida pela ACSS, no setor privado a literatura não tem conseguido apresentar estimativas consensuais do número de médicos em exercício devido à falta de informação confiável e do multiemprego.

Não obstante este problema no diagnóstico de necessidade (quantos médicos são precisos e onde) e disponibilidade (quantos médicos existem e onde), é consensual que a oferta pré-graduada em medicina cresceu desde 2001 por via do aumento do numerus clausus e da abertura de novos cursos, após o desequilíbrio entre a oferta e a procura do SNS nos anos anteriores.^(m)

A literatura consultada insiste na ideia de que o ritmo de crescimento de estudantes de medicina em Portugal e daqueles que estudam no estrangeiro e têm interesse em exercer em Portugal supera muito a oferta de formação pós-graduada (o acesso ao internato médico) e a absorção pelo mercado de trabalho. Ainda que o número de internos tenha aumentado a um ritmo crescente, inclusive nos anos em que a crise económica e financeira mais se fez sentir, o facto é que o ritmo de crescimento de candidatos aumentou a um nível superior, levando a que um crescente número de alunos não tenha acesso ao internato médico.⁽ⁿ⁾

No período mais recente, de 2015 a 2017, o número de médicos no SNS aumentou 7,1%, valor que está acima da variação global dos RHS. Destes, 7,7% são especialistas e 6% internos (tabela 4.2). As horas de trabalho médico também variaram positivamente e esse aumento foi superior à variação do número de profissionais: horas de trabalho dos especialistas variaram 7,8% e dos internos 6,3%. Percebe-se ainda a importância do regime de prestação de serviço, que, somado ao trabalho assalariado, traduz uma variação de 15,5% nas horas de trabalho médico (mais do dobro da variação das horas trabalhadas pelo conjunto de profissionais de saúde que se situou nos 6,3%).

^(l) Para efeitos de organização da informação opta-se pela taxonomia seguida pela ACSS a que acresce a informação sobre os médicos dentistas. A categoria “outros profissionais” é incluída na análise dos técnicos superiores de saúde.

^(m) Em 2015, Portugal foi o 5.º país da OCDE com maior número de licenciados em medicina nesse ano (15,9/100.000 hab) (3).

⁽ⁿ⁾ Entre 2010 e 2017 o SNS registou um crescimento médio anual de 7,4% internos do ano comum e 4,3% internos de especialidade. Contudo, a abertura anual de vagas apresentou oscilações, tendo inclusive variado -0,5% entre 2013/2014 e -2,7% entre 2015/2016. Embora entre 2016 e 2018 o número de novas vagas tenha voltado a crescer em 12%, o número de candidatos que, nesse período, não foram colocados subiu 381% (de 147 candidatos em 2016 a 708 candidatos em 2018)⁽⁴⁾.

Tabela 4.2 – Evolução do número de médicos (especialistas e internos) e de horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Médicos s/ internos	Nº	17.943	19.323	7,7
	CH (s/prestação serviço)	672.723	725.520	7,8
Médicos internos	Nº	8.758	9.286	6,0
	CH (s/prestação serviço)	349.222	371.305	6,3
Total médicos	Nº	26.701	28.609	7,1
	CH (c/prestação serviço)	3.871.971	4.472.594	15,5
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. No caso do número de trabalhadores (N.º – medida dos contratos) exclui-se o trabalho em regime de prestação de serviço. No caso da carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) inclui-se o trabalho em regime de prestação de serviço para o total de médicos.

Nota: O volume de horas de prestações de serviços médicos para o ano 2015 é constituído por duas parcelas: a) Valores para as entidades EPE, com base em reportes no âmbito da monitorização realizada em 2015, e b) Valores para as entidades SPA, estimados considerando a mesma proporção relativamente às EPE ocorrida em 2016 (primeiro ano com dados de prestações de serviço médicas para todas as entidades).

Não obstante este aumento, que vem acentuar uma tendência já consistente com anos anteriores, a distribuição de médicos – geográfica e por especialidades – é referida na literatura como um dos principais problemas da profissão médica, além do facto de este ser o grupo profissional da saúde mais envelhecido.^(o)

Os sucessivos governos têm mostrado dificuldade em corrigir estas assimetrias. Ao longo dos anos foram seguidas diversas estratégias no SNS, sem que seja clara a base de evidência utilizada para a sua definição. Por outro lado, não se encontraram avaliações do seu impacto, positivo ou negativo, que justificassem a decisão sobre a sua continuidade ou cessação.^(p)

^(o) Medicina Geral e Familiar (MGF) e Saúde Pública estão entre as especialidades que a literatura refere como requerendo maior atenção no sentido de aumentar a sua disponibilidade e de melhorar a distribuição territorial. Apesar do crescimento mais acentuado de vagas em MGF nos últimos anos, o índice de envelhecimento destes especialistas é apontado como particularmente preocupante, fazendo com que, globalmente, os especialistas nos cuidados de saúde primários sejam mais velhos do que os especialistas nos hospitais. Outras especialidades em que tem havido registo de carência: anatomia patológica (sobretudo no interior e sul do país), psiquiatria (sobretudo no sul) e psiquiatria infantil (no território nacional), radiologia (no interior), anestesiologia, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, neurologia (na globalidade do território).

^(p) Algumas dessas estratégias incluem: 1) A contratação de profissionais estrangeiros: Teve início em 2008 e procurou colmatar necessidades imediatas, principalmente de especialistas de MGF, através de memorandos de entendimento com o Governo Cubano. Alguma literatura refere que foi insuficiente para cobrir as graves necessidades, além de nem todos os profissionais terem cumprido os prazos contratuais previstos. Não se encontrou literatura que refira a continuidade deste programa, nem a situação destes profissionais; 2) O regime excepcional de contratação de médicos aposentados pelo SNS: Teve início em 2010 e tem incluído tanto MGF como especialistas hospitalares. Constitui uma medida de curto-prazo com efeitos potencialmente perversos na necessária renovação geracional. De 2014 a 2016 contabiliza-se um aumento de 202 a 292 casos. 3) A contratação de especialistas para áreas carenciadas: Teve início em 2015 e estabeleceu os termos e as condições de atribuição de incentivos aos trabalhadores médicos contratados por estabelecimentos localizados em zona geográfica qualificada como carenciada. O estímulo de recrutamento e mobilidade aplicado pelo atual governo abrangeu 150 vagas com maior oferta em MGF, Medicina Interna, Anestesiologia e Ortopedia.

Apesar de o número de especialistas e de internos no SNS estar a aumentar, importa cruzar essa informação com a população residente para melhor enquadrar estes ganhos à luz da procura potencial de cuidados de saúde. O stock de médicos no SNS face à população residente em Portugal continental cresceu no caso dos especialistas (de 1,8 a 2/1.000 hab) e manteve-se inalterado no caso dos internos (0,9/1.000 hab), embora em ambos os casos as assimetrias regionais tenham aumentado. No caso dos especialistas, este aumento reflete diferenças no ritmo de crescimento, dado que, embora o aumento da disponibilidade tenha ocorrido na generalidade das regiões (à exceção do Alentejo), foi mais acentuado nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve. No caso dos internos, devido à estagnação da disponibilidade nas regiões do Alentejo e do Algarve face ao ligeiro aumento nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo (tabelas 3 e 4).

Em traços gerais, é nas regiões do Alentejo e do Algarve que se regista a menor disponibilidade de médicos no SNS por habitantes, em contraste com a região de Lisboa e Vale do Tejo. As regiões Norte e Centro tendem a estar em linha com a média nacional.

Tabela 4.3 – médicos especialistas
SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	1,8	2,0
Norte	1,9	2,0
Centro	1,8	1,9
LVT	1,9	2,1
Alentejo	1,4	1,4
Algarve	1,4	1,6
Desvio-padrão (5 regiões)	0,25	0,28

Tabela 4.4 – médicos internos SNS/1.000
hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	0,9	0,9
Norte	0,9	1,0
Centro	0,9	1,0
LVT	0,9	1,0
Alentejo	0,6	0,6
Algarve	0,7	0,7
Desvio-padrão (5 regiões)	0,17	0,2

* Inclui serviços centrais do SNS

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Como se observa na tabela 4.2, o trabalho médico contratualizado (de especialistas e internos) cresceu globalmente 15,5% de 2015 a 2017, ainda que se encontrem diferenças regionais significativas (tabela 4.5). Nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, o aumento da disponibilidade de efetivos pela população residente é acompanhado pelo aumento das horas contratualizadas (respetivamente, 12% e 28%).

Em contraponto, nas regiões Centro e Algarve, o aumento da disponibilidade de médicos não tem reflexo no aumento do trabalho médico (diminuiu -0,4% e -35,5%). Na região do Alentejo verifica-se que, não obstante a estagnação da disponibilidade de efetivos face à população, houve um aumento das horas de trabalho (em cerca de 12%).

O que estes dados mostram é que o aumento da disponibilidade de profissionais face à população não se repercute diretamente no aumento das horas contratualizadas, facto que justifica a necessidade de considerar também o peso do trabalho médico realizado por prestação de serviço. De facto, a variação das horas contratualizadas em prestação de serviço representou 69% da variação total do trabalho médico na região Norte, 33% na região Centro, 81% em Lisboa e Vale do Tejo, 85% no Alentejo e 80% no Algarve.

Tabela 4.5 – variação das horas de trabalho médico e peso das horas de trabalho médico em prestação de serviços na variação total das horas de trabalho médico no SNS 2015-2017 (%) *

	Variação do trabalho médico	Peso da prestação de serviços na variação das horas de trabalho médico
Norte	12,1	68,5
Centro	-0,4	33,2
LVT**	28,1	80,8
Alentejo	12,3	85,1
Algarve	-35,5	80,4

* O volume de horas de prestações de serviços médicas para o ano 2015 é constituído por duas parcelas: a) Valores para as entidades EPE, com base em reportes no âmbito da monitorização realizada em 2015; b) Valores para as entidades SPA, estimados considerando a mesma proporção relativamente às EPE ocorrida em 2016 (primeiro ano com dados de prestações de serviço médicas para todas as entidades).

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

b) Médicos dentistas

A tendência nas últimas décadas foi de crescimento acentuado do número de profissionais habilitados para exercer, mesmo durante o período da crise económica e financeira. Este crescimento resultou da apostila realizada no final dos anos 90 de alargamento da oferta pré-graduada, mas também do fluxo de profissionais imigrantes rondar os 10%, valor superior ao registado noutras profissões de saúde.

Os dados sobre a emigração apontam para níveis sem expressão estrutural.

Não se encontraram dados referentes à disponibilidade de dentistas em exercício ativo, pelo que as contagens conhecidas não permitem avaliar a necessidade destes recursos. A leitura possível é que o número de dentistas em Portugal convergiu com a média internacional⁽⁵⁾.

A oferta de médicos dentistas tende a concentrar-se no setor privado, enquanto no SNS continua residual. O reforço desta oferta pelo setor público, principalmente nos cuidados de saúde primários, constitui uma preocupação desde há vários anos, ainda que os avanços políticos nesta matéria tenham sido tímidos. O atual governo tem continuado esta apostila, nomeadamente com a proposta da criação de uma carreira de médico dentista no SNS e com o compromisso de reforço da contratação destes profissionais em 2018 e 2019.

c) Enfermeiros

A contagem do stock de enfermeiros apresenta problemas semelhantes aos já identificados relativamente aos médicos e médicos dentistas, o que impossibilita saber, com rigor, quantos estão em exercício e quantos estão disponíveis para exercer. Em síntese, está em causa a falta de informação sobre a situação face ao emprego e sobre o multiemprego que o registo na Ordem não revela.^(q)

Ainda assim, é possível perceber que, tal como na generalidade dos países, a enfermagem representa o grupo de RHS mais numeroso em Portugal. Fez parte do conjunto de profissões de saúde em que houve um estímulo de reforço dos efetivos após a carência sentida nos anos 90. Este reforço ocorreu por via do aumento do numerus clausus e da abertura de novos cursos de formação pré-graduada em estabelecimentos públicos e privados, fazendo da enfermagem um dos RHS com mais baixo índice de envelhecimento no país.

A literatura coincide na ideia de que, ao longo dos anos, a oferta de enfermeiros tem vindo a superar a procura do SNS, não sendo possível saber o nível de absorção pelo setor privado: em primeiro lugar, porque o valor de 5,4% de enfermeiros que em 2016 declarou trabalhar na atividade privada estará sub-representado considerando que 29,7% não forneceu informação sobre o local de atividade ou se estava em exercício (tabela 4.6); em segundo lugar, novamente porque se desconhece a realidade do multiemprego nestes profissionais.

^(q) Os dados sobre a atividade profissional de 2016 mostra que apenas 45,9% dos enfermeiros registados na OE declarou como atividade a prestação de cuidados (gerais e especializados), enquanto 49,9% não mencionou a sua atividade ou não exercia atividade, 2,6% exerciam cargos de gestão, 1% exercia funções de ensino/investigação, formação e consultoria e 0,6% exercia outras atividades não discriminadas.

Tabela 4.6 – Distribuição dos enfermeiros inscritos na OE em 2016 por área de atuação

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº	%
HOSPITAIS	35.809	51,4
CENTROS DE SAÚDE	7.470	10,7
Sub-total	62,1	
ESTABELECIMENTO PRISIONAL/FORÇAS DE SEGURANÇA	148	0,2
SERVIÇO PREVENÇÃO TRATAMENTO TOXICODEPENDÊNCIA	165	0,2
Sub-total	0,4	
CLÍNICAS/ESTAB. PRIVADOS DE SAÚDE	1.450	2,1
INSTITUTOS PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL	593	0,9
LARES/CASA DE SAÚDE	636	0,9
EXERCÍCIO LIBERAL	1.114	1,6
Sub-total	5,4	
ESTABELECIMENTO DE ENSINO DE ENFERMAGEM	711	1,0
APOSENTADOS	647	0,9
OUTROS	253	0,4
DESCONHECIDO	20.686	29,7
Total	69.682	100,0

* O volume de horas de prestações de serviços médicas para o ano 2015 é constituído por duas parcelas: a) Valores para as entidades EPE, com base em reportes no âmbito da monitorização realizada em 2015; b) Valores para as entidades SPA, estimados considerando a mesma proporção relativamente às EPE ocorrida em 2016 (primeiro ano com dados de prestações de serviço médicas para todas as entidades).

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

Apesar de se referir com frequência que a degradação das condições laborais, o desemprego e o aumento da emigração se acentuaram nos últimos anos neste grupo profissional como consequência dos efeitos da crise económica e financeira, não só falta mais evidência sobre o tema, como a origem do agravamento da situação laboral dos enfermeiros deveria, provavelmente, ser remetida para o período após 2002, ano em que se introduziram no setor público os contratos individuais de trabalho.^(r)

^(r) Ver Stoleroff e Correia⁽⁶⁾ e Correia⁽⁷⁾ sobre questões laborais e Pereira⁽⁸⁾ sobre o tema da emigração.

Com efeito, a tentativa de estabilização e dignificação do trabalho em enfermagem que, em 2009, culminou com a revisão das carreiras de enfermagem, rapidamente foi posta em causa pelo momento político associado ao resgate financeiro a Portugal.

Entre 2010 e 2015 registaram-se perdas nos efetivos no SNS. De 2015 a 2017 verificou-se uma tendência de crescimento dos efetivos de enfermagem com um valor superior ao crescimento médio de efetivos no SNS: 7,2% e 4,6% respetivamente (tabela 4.7). Em todo o caso, este aumento não se refletiu proporcionalmente no aumento do trabalho de enfermagem (a variação das horas contratualizadas foi 0,1%), sendo a razão mais plausível a redução do período normal de trabalho aplicável aos profissionais em funções públicas das 40 horas para as 35 horas semanais. Significa, portanto, que o aumento nominal destes profissionais em 2 anos – na ordem dos 3.000 – apenas terá permitido colmatar o efeito da alteração à legislação laboral, não tendo tido reflexo na maior disponibilidade destes profissionais. Este facto deve ser tomado em consideração na avaliação da necessidade de contratação de enfermeiros para o SNS.

A literatura vem sublinhando o facto de o stock de enfermeiros continuar abaixo das necessidades de trabalho, sobretudo nos cuidados de saúde primários (CSP), referindo ainda situações decorrentes da sobrecarga dos profissionais disponíveis (devido à acumulação de trabalho suplementar a compensar em tempo), da necessidade de reforço da progressão das carreiras e da excessiva rotatividade destes profissionais devido a processos de mobilidade e de precariedade laboral.^(s)

Tabela 4.7 – Evolução do número de enfermeiros e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Enfermeiros	Nº	40.615	43.559	7,2
	CH (s/preSTAÇÃO serviço)	1.592.910	1.594.765	0,1
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/preSTAÇÃO serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de enfermeiros (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

^(s) Apesar do crescimento de enfermeiros nos CSP e na RNCCI, a literatura insiste que a disponibilidade continua muito abaixo das necessidades para melhorar estruturalmente o acesso e oferecer a abordagem holística pretendida. Encontra-se indicação de que 30% de enfermeiros no total de 1041 RHS no SNS afetos a cuidados paliativos em 2016 mostraram lacunas de disponibilidade nesta valência.

**Tabela 4.8 – enfermeiros SNS/1.000 hab
(regiões de saúde)**

	2015	2017
Portugal Continental*	4,1	4,5
Norte	3,9	4,2
Centro	4,5	4,8
LVT	4,1	4,4
Alentejo	4,1	4,4
Algarve	4,2	4,5
Desvio-padrão (5 regiões)	0,23	0,21

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011.

A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.9 – Variação das horas de trabalho de enfermagem no SNS 2015-2017 (%) *

Norte	0,8
Centro	-2,6
LVT**	0,8
Alentejo	-1,0
Algarve	0,7

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação.

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

De facto, o aumento de enfermeiros não revela os fluxos internos no SNS, sobretudo entre os cuidados hospitalares e primários. Se a tendência habitual era no sentido da atratividade dos prestadores hospitalares, nos últimos anos encontra-se indicação da maior atratividade dos CSP em virtude do modelo de trabalho das USF-B. Contudo, se por um lado, o argumento é que o stock de enfermeiros nos CSP continua a não ser suficiente, por outro, é que começa a haver falta de stock de enfermeiros nos cuidados hospitalares.

A análise mostra que o crescimento de profissionais ocorrido de 2015 a 2017 se reflete no aumento acentuado da disponibilidade face à população residente em todas as regiões. Em termos médios, o valor cresceu de 4,0 para 4,5 enfermeiros no SNS/1.000 hab (tabela 4.8). Além disso, a dispersão diminuiu, o que significa uma trajetória de correção de assimetrias geográficas na disponibilidade destes profissionais. A maior disponibilidade regista-se destacadamente na região Centro, enquanto a menor disponibilidade regista-se na região Norte. Em Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve os valores estão em linha com a média continental.

A análise regional das horas contratualizadas (tabela 4.9) permite perceber que, não obstante o aumento da disponibilidade de enfermeiros, a região Centro e Alentejo apresentam uma redução do trabalho de enfermagem (-2,6% e -1%, respetivamente), enquanto nas restantes os ganhos foram marginais.

Um outro problema, que recentemente ganhou visibilidade na agenda pública, diz respeito à dificuldade de conhecer a disponibilidade, e a consequente necessidade, de enfermeiros especialistas no país. A Ordem emite o título de especialista em seis áreas e em 2016 e 2017 a percentagem de enfermeiros especialistas foi 22,5% e 23,6% respetivamente, registando-se, nos dois anos, um maior número de enfermeiros na especialização em reabilitação, seguida da especialização médica-cirúrgica, saúde materna e obstétrica, enfermagem na comunidade, saúde infantil e pediátrica e, por último, saúde mental e psiquiátrica (tabela 4.10).

Tabela 4.10 – Enfermeiros especialistas em Portugal

	2016	%	2017	%
Reabilitação	3.350	21,3	3.654	21,5
Médico-cirúrgica	3.135	20,0	3.541	20,9
Saúde Materna e Obstétrica	2.694	17,2	2.788	16,4
Enfermagem na comunidade	2.479	15,8	2.622	15,4
Saúde Infantil e pediátrica	2.291	14,6	2.461	14,5
Saúde Mental e Psiquiátrica	1.747	11,1	1.906	11,2
N.º especialistas	15.696	100,0	16.972	100,0
N.º generalistas	53.986		54.863	
N.º Total enfermeiros	69.682		71.835	
% Enfermeiros especialistas	22,5%		23,6%	

Legenda:

Elaboração dos autores com base nos dados da OE.

Os dados de 2016 dizem respeito aos inscritos a 31/12/2016 (acedido a 21 de março de 2018).

Os dados de 2017 dizem respeito aos inscritos a 31/12/2017 (acedido a 28 de fevereiro de 2018).

Desde a revisão das carreiras de enfermagem de 2009 que os empregadores do SNS deixaram de atualizar, de forma sistemática, a obtenção dos títulos de especialidade nos cadastros de enfermagem, não existindo, de igual modo, a preocupação de registar se a atividade desempenhada se encontra, ou não, a um nível de prática especializada.

Este problema também revela a dificuldade de estimar as necessidades prospetivas de enfermeiros especialistas nas diferentes áreas (qual o número ideal nas várias valências e porquê?), com eventual impacto em desequilíbrios do mercado de trabalho, e sugere uma utilização ineficiente destas competências.

d) Técnicos Superiores de Saúde

Inclui os ramos de engenharia sanitária, física hospitalar, psicologia clínica, veterinária, nutrição, laboratório, genética e farmácia.^(t) A principal evidência diz respeito à quase total ausência de informação sobre a sua disponibilidade e atividade no país de uma forma desagregada.

Nas últimas décadas, segundo a literatura, a oferta destas profissões supera a procura do SNS, não obstante o aumento agregado destes efetivos no SNS e não sendo claro o nível de absorção pelo setor privado. Sabe-se ainda que o crescimento de nutricionistas e psicólogos nos CSP continua longe de permitir cumprir a visão política de reforço deste nível de cuidados. No seu conjunto, este grupo profissional apresenta índices de envelhecimento relativamente baixos, o que significa um processo de renovação geracional constante. Ainda assim, à exceção dos farmacêuticos^(u), não se conhecem caracterizações sociodemográficas de cada profissão, dificultando a compreensão de necessidades prospetivas tanto no SNS como no setor privado.

A literatura refere o tendencial aumento da disponibilidade de farmacêuticos em exercício ativo especificamente na prestação de cuidados, mesmo durante o período da crise, convergindo com a disponibilidade média internacional: em 2000, havia 0,6 farmacêuticos em exercício/1.000 hab na média de países da OCDE, enquanto esse valor em Portugal era 0,4; em 2016, o valor médio da OCDE coincide com o registado em Portugal: 0,9 farmacêuticos em exercício/1.000 hab (OCDE, 2018). Parte significativa dos farmacêuticos (cerca de 2/3) exerciam no setor privado em farmácias comunitárias.

Especificamente no SNS, a leitura da disponibilidade dos técnicos superiores de saúde (TSS) deve ser agregada à categoria “outros profissionais”, em virtude de a estagnação da revisão das carreiras profissionais ter obrigado à contratação destes profissionais através daquele grupo. O stock agregado de técnicos superiores de saúde e outros profissionais registou um aumento de 6,9% entre 2015 e 2017, que está acima do aumento agregado de RHS no SNS, ainda que os ganhos de carga horária tenham sido marginais (0,8%). Por outras palavras, o aumento nominal destes recursos humanos não se traduziu diretamente no aumento do tempo de trabalho (tabela 4.11). Como já referido, a explicação plausível para esta diferença reside na alteração da lei laboral para os trabalhadores em funções públicas (passagem das 40h para 35h semanais), o que deve ser tomado em consideração na avaliação da necessidade futura de contratação destes profissionais para o SNS.

Quanto à disponibilidade face à população, os dados apontam para a estagnação com um reflexo marginal na atenuação da dispersão geográfica. A menor disponibilidade verifica-se na região Norte e a maior nas regiões do Alentejo e Algarve. No conjunto do continente, que inclui os serviços centrais do SNS, o aumento destes profissionais cresceu marginalmente face à população residente: de 0,8 para 0,9 técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS/1.000 habitantes (tabela 4.12).

^(t) No dia 1 de setembro de 2017 entraram em vigor dois decretos-leis que estabeleceram o regime legal da carreira especial farmacêutica na Administração Pública e os requisitos de habilitação profissional para integração nessa carreira (Decreto-Lei n.º 108/2017 – Diário da República n.º 167/2017, Série I de 30.08.2017), assim como o regime da carreira farmacêutica nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde integradas no SNS (Decreto-Lei n.º 109/2017 – Diário da República n.º 167/2017, Série I de 30.08.2017). Desde essa data que os farmacêuticos hospitalares passaram a ter uma carreira específica.

^(u) Idem nota de rodapé anterior.

A análise regional da variação das horas contratualizadas volta a refletir os impactos da redução do tempo normal de trabalho para as 35h/semana: diminui nas regiões Algarve (-7,7%), Alentejo (-6,2%), Centro (-4,5%) e LVT (-0,5%) (tabela 4.13).

Tabela 4.11 – Evolução do número de técnicos superiores de saúde e outros profissionais e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Técnicos Superiores de Saúde (TSS)	Nº	1.706	1.713	0,4
	CH (s/prestação serviço)	66.506	61.196	-8,0
Outros	Nº	6.615	7.178	8,5
	CH (s/prestação serviço)	251.849	259.663	3,1
TSS + Outros	Nº	8.321	8.891	6,9
	CH (s/prestação serviço)	318.355	320.858	0,8
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de TSS e outros profissionais (N.º – medida dos contratos) e as suas cargas horárias (CH – medida das horas contratualizadas) excluem o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.12 – Número de técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	0,8	0,9
Norte	0,6	0,6
Centro	0,7	0,7
LVT	0,7	0,7
Alentejo	0,8	0,8
Algarve	0,8	0,8
Desvio-padrão (5 regiões)	0,10	0,09

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011.

A estimativa de variação foi aplicada às 5 regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015.

A estimativa de variação foi aplicada às 5 regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.13 – Variação das horas de trabalho de técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS 2015-2017 (%)^{*}

Norte	2,9
Centro	-4,5
LVT**	-0,5
Alentejo	-6,2
Algarve	-7,7

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação
 ** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa). Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

e) Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica^(v)

Inclui as profissões de técnico de análises clínicas e de saúde pública, técnico de anatomia patológica, citologia e tanatologia, técnico de audiologia, técnico de cardiopneumologia, técnico de farmácia, fisioterapeuta, higienista oral, técnico de medicina nuclear, técnico de neurofisiologia, ortoptista, ortoprotésico, técnico de prótese dentária, técnico de radiologia, técnico de radioterapia, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e técnico de saúde ambiental. A principal evidência diz respeito à quase total ausência de informação sobre a disponibilidade e atividade no país. Uma vez mais, a questão prende-se com o facto do universo de profissionais habilitados não refletir a disponibilidade para exercer nem o exercício ativo. A contabilização da atividade no SNS é relativamente fácil de obter, o que contrasta com o trabalho no setor privado.

Entre a pouca informação fornecida pela literatura inclui-se a referência à inconsistência da contagem dos fisioterapeutas em exercício ativo e à diminuição dos técnicos de farmácia como resultado da contração desta indústria após 2008. Sabe-se que o grupo das tecnologias de diagnóstico e terapêutica foi incluído no leque de profissões de saúde relativamente ao qual, no final dos anos 90, se alargou a formação pré-graduada, tanto pela oferta pública como privada, embora este alargamento não tenha tido em conta a capacidade de absorção no mercado de trabalho.

Entre 2002 e 2009, registou-se um aumento no conjunto destes profissionais no SNS, embora com oscilações. No período da crise houve uma diminuição, voltando a verificar-se alguma recuperação entre 2015 e 2017: +3,2%. O ritmo deste crescimento esteve abaixo do crescimento global de RHS e não terá sido suficiente para refletir um aumento do trabalho destes profissionais: as horas contratadas diminuíram -4% (tabela 4.14). À semelhança dos demais grupos profissionais, a explicação mais plausível para esta diferença reside na redução para as 35h/semana dos trabalhadores em funções públicas, o que deve estar presente na avaliação imediata das necessidades destes recursos humanos no SNS.

^(v) Através do Decreto-Lei n.º 110/2017, de 31 de agosto, foi estabelecido o regime legal da carreira aplicável aos técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica, em regime de contrato de trabalho nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde integradas no SNS e os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. Através do Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, foi estabelecido o regime legal da carreira especial de técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica e os requisitos de habilitação profissional.

Tabela 4.14 – Evolução do número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	Nº	7.955	8.206	3,2
	CH (s/prestação serviço)	310.602	298.188	-4,0
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de TSDT (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.15 – Número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	0,8	0,8
Norte	0,6	0,7
Centro	0,8	0,8
LVT	0,9	0,9
Alentejo	0,9	0,9
Algarve	0,9	1,0
Desvio-padrão (5 regiões)	0,13	0,13

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011.

A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.16 – Variação das horas de trabalho de técnicos de diagnóstico e terapêutica no SNS 2015-2017 (%) *

Norte	-2,1
Centro	-5,0
LVT**	-4,5
Alentejo	-3,0
Algarve	-3,5

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação.

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa). Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

Percebe-se que o aumento do stock de TSDT no SNS não teve expressão significativa em relação à população residente: manteve-se a 0,8/1.000 hab. A maior disponibilidade encontra-se no Algarve, que registou um crescimento marginal, e a menor na região Norte, embora também tenha registado crescimento (tabela 4.15). A análise das horas contratualizadas mostra, por sua vez, uma evolução negativa nas cinco regiões: -5% na região Centro, -4,5% em LVT, -3,5% no Algarve, -3% no Alentejo e -2,1% na região Norte (tabela 4.16).

A conflitualidade em torno do processo de revisão destas carreiras especiais esteve bastante presente na agenda pública até meados de 2017, situação que, entretanto, parece ter sido ultrapassada, pese embora não seja ainda conhecida a regra de transição que permitirá aos profissionais que já se encontravam em exercício a integração no novo regime. Não se conhece a situação laboral nos prestadores privados. Estas profissões no seu conjunto apresentam índices de envelhecimento relativamente baixos no SNS, enquanto no setor privado também não se conhece qualquer caracterização sociodemográfica dos ativos.

f) Assistentes técnicos

São exemplos de funções que se inserem nesta categoria as de secretário clínico e de administrativo. A principal evidência a que a literatura se refere diz respeito à falta de informação sobre disponibilidade e atividade destes profissionais. A contabilização da atividade no SNS é relativamente fácil de obter, o que contrasta com o trabalho no setor privado.

Não se conhecem caracterizações sociodemográficas destes ativos no SNS nem no setor privado, não sendo, por isso, possível antever qual a necessidade de renovação geracional. Alguma literatura tem reportado a falta destes RHS nos CSP cujos efeitos são sentidos no funcionamento administrativo das organizações. De 2015 a 2017 o número de efetivos registou uma diminuição de -0,5%, que se torna ainda mais significativa percebendo que as horas de trabalho diminuíram -8,5% (tabela 4.17). A redução marginal dos efetivos associada à alteração da lei laboral para as 35h/semana traduz-se na necessidade imediata de reforço do stock destes profissionais.

Face à população residente, a distribuição geográfica destes efetivos permaneceu inalterada (ocorreu um ligeiro aumento no Algarve). As regiões do Alentejo e Algarve apresentam a maior disponibilidade em relação à população residente, por contraste à região Norte e Lisboa e Vale do Tejo (tabela 4.18). A análise regional das horas de trabalho mostra reduções nas cinco regiões (tabela 4.19).

Tabela 4.17 – Evolução do número de assistentes técnicos e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Assistentes Técnicos	Nº	16.496	16.416	-0,5
	CH (s/prestação serviço)	648.782	593.536	-8,5
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de TSDT (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.18 – Número de assistentes técnicos no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	1,7	1,7
Norte	1,5	1,5
Centro	1,7	1,7
LVT	1,6	1,6
Alentejo	1,9	1,9
Algarve	1,8	1,9
Desvio-padrão (5 regiões)	0,18	0,17

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (calculada pelo INE – medida central) apurada nos Censos 2011 (-0,2%), a qual foi aplicada às cinco regiões. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (calculada pelo INE – medida central) (-0,1%), a qual foi aplicada às cinco regiões.

Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.19 – Variação das horas de trabalho de assistentes técnicos no SNS 2015-2017 (%) *

Norte	-6,3
Centro	-8,7
LVT**	-7,5
Alentejo	-9,4
Algarve	-6,5

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT) em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa)

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

g) Assistentes Operacionais

São exemplos de funções que se inserem nesta categoria as de apoio à prestação de cuidados e as de apoio geral (condução de viaturas, transporte de mercadorias, vigilância, etc.). A principal evidência diz respeito à ausência de dados sobre a relação entre a disponibilidade (incluindo o total de efetivos no país, a sua distribuição por prestadores, os processos e ritmos de entrada e de saída da profissão) e necessidade, tanto no SNS como no setor privado.

Não se conhecem caracterizações sociodemográficas destes ativos a partir da literatura, quer no SNS quer no setor privado, não sendo possível antever qual a necessidade de renovação geracional. Este facto é por si só relevante e merece a devida atenção política na medida em que este grupo constitui cerca de 20% dos RHS no SNS. Não só se sabe que houve alguma redução dos efetivos durante o período da crise, como a sua contratação tende a ocorrer por via de outsourcing e/ou através da prestação de serviços o que dificulta o diagnóstico das características sociodemográficas destes recursos humanos, assim como as suas necessidades e expectativas.

De 2015 a 2017 estes efetivos aumentaram 0,7% no SNS, abaixo da variação média dos RHS (tabela 4.20), o que tem expressão na redução das horas de trabalho (na ordem dos -4,8%). Face à população residente, a disponibilidade manteve-se em 2,7 profissionais no SNS/1.000 hab no território continental, ainda que tenha tido reflexo na diminuição ligeira das assimetrias regionais. A disponibilidade é mais expressiva no conjunto das regiões à exceção da região Norte (tabela 4.21). As horas de trabalho diminuíram em todas as regiões (tabela 4.22).

Tabela 4.20 – Evolução do número de assistentes operacionais e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Assistentes Operacionais	Nº	26.124	26.317	0,7
	CH (s/prestação serviço)	1.026.225	976.552	-4,8
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de AO (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.21 – Número de assistentes operacionais SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	2,7	2,7
Norte	2,4	2,4
Centro	2,7	2,8
LVT	2,8	2,8
Alentejo	2,8	2,8
Algarve	2,8	2,8
Desvio-padrão (5 regiões)	0,18	0,17

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (calculada pelo INE – medida central) apurada nos Censos 2011 (-0,2%), a qual foi aplicada às cinco regiões. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (calculada pelo INE – medida central) (-0,1%), a qual foi aplicada às cinco regiões.

Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.22 – Variação das horas de trabalho de assistentes operacionais SNS 2015-2017 (%) *

Norte	-4,4
Centro	-6,0
LVT**	-4,1
Alentejo	-6,1
Algarve	-7,8

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

4.5 Características do emprego público na saúde^(w)

O trabalho clínico na saúde é especialmente complexo e desgastante devido à natureza intrínseca das atividades (a ameaça constante da vida e o facto de se lidar com o sofrimento do outro), mas também devido ao funcionamento e dinâmicas organizacionais (o trabalho por turnos; a necessidade dos fluxos de informação serem partilhados por diversos profissionais, serviços e instituições; a possibilidade dos recursos humanos poderem não ser suficientes para assegurar a melhor qualidade do trabalho realizado). Não obstante este entendimento ser amplamente partilhado no contexto académico – ainda que seriam úteis mais estudos sobre o tema em Portugal – a atenção política parece finalmente ter tomado em linha de conta a preocupação de melhor compreender a exposição dos RHS a problemas físicos e/ou psicológicos e a encontrar as estratégias para melhorar a qualidade do trabalho em saúde no SNS.^(x)

^(w) O facto de se analisar apenas no SNS traduz, desde logo, a indisponibilidade dos dados analisados no setor privado.

^(x) https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/114924995/details/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2018-03-27&date=2018-03-01&dredId=114926071

A comparação da evolução do número de profissionais e de remunerações no SNS permite perceber os efeitos das respostas políticas à crise na diminuição, ainda que marginal, de efetivos e na diminuição mais acentuada das remunerações: entre 2010 e 2015: a soma da variação salarial no SNS foi na ordem de -9% e do número de profissionais em cerca -1% (tabela 4.23).

Este dado é relevante considerando a tendência encontrada na generalidade dos países desenvolvidos a respeito da política de RHS durante a crise económica e financeira:

- 1) em traços gerais a despesa com RHS não diminuiu;
- 2) embora os gastos públicos em saúde tenham aumentado face à criação de riqueza, o nível de despesa com RHS manteve-se relativamente estável;
- 3) o aumento do peso da despesa com RHS é menor na despesa pública em saúde do que é na despesa privada⁽²⁾. Em 2016 parece haver uma inversão de ciclo, dado o crescimento de efetivos no SNS (2,93% face a 2015) mas, sobretudo, de despesa com remunerações (5,40% face a 2015), fazendo situar a soma da variação dos dois indicadores, respetivamente em 1,98% e -6,44%, entre 2010 e 2016.

Tabela 4.23 – variação anual do número e de despesa com RHS no SNS (2010-2015)

	RHS no SNS (nº)	Variação anual (%)	Despesa com RHS no SNS (€)	Variação anual (%)
2010	127.493		3.935.000	
2011	126.297	-0,94	3.507.900	-10,85
2012	127.213	0,72	3.345.800	-4,62
2013	124.364	-2,24	3.467.000	3,62
2014	123.205	-0,93	3.465.100	-0,05
2015	126.212	2,44	3.467.500	0,07
2016	129.915	2,93	3.654.700	5,40
	Soma	1,98	Soma	-6,44

Legenda:

Elaboração dos autores

Pro = projeção

Valores a preços correntes.

Os anos foram selecionados em função da disponibilidade de informação em ambos os indicadores.

Indicador: "despesa com pessoal" (PPPs excluídas) (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018).

Outra questão prende-se com os vínculos laborais. O emprego no SNS organiza-se em torno de dois mecanismos principais de contratação além da prestação de serviços: trabalho em regime de contrato de trabalho em funções públicas e no âmbito do código do trabalho.

O trabalho em funções públicas continua a ser dominante no SNS, ainda que, entre 2015 e 2017, se identifique o seu decréscimo por conta do crescimento da contratação por via do código do trabalho e o aumento marginal do trabalho em regime de prestação de serviço (inclui tarefas e avenças) (tabela 4.24).

Uma questão que a literatura vem sinalizando diz respeito à temporalidade dos vínculos laborais, nomeadamente que a precariedade e/ou limitação temporal dos vínculos conduz a níveis mais elevados de rotatividade dos recursos humanos. O argumento é que elevados níveis de rotatividade dos profissionais prejudica a estabilidade necessária às características do trabalho em saúde: o imediatismo da ação, o envolvimento interprofissional e interinstitucional e a organização do trabalho por turnos. Cerca de 87% dos vínculos laborais no SNS são por tempo indeterminado e ligeiras reconfigurações fizeram-se sentir, entre 2015 e 2017, pela passagem de contratos a termo certo a termo incerto (tabela 4.25).

Em termos globais, o recurso ao trabalho suplementar no SNS foi reduzido em -10,2% entre 2015 e 2017, sobretudo por conta da diminuição do trabalho em horas-extra (-24,6%) (tabela 4.26). A análise desta tendência deve-se conjugar com a evidência de aumento das horas de trabalho (6,3% no conjunto dos RHS incluindo a prestação de serviços), o que mostra que a redução da sobrecarga dos profissionais em exercício pode não ter sido compensada pelo aumento das horas de trabalho contratualizadas. Por outras palavras, que o aumento das horas contratualizadas devia ter sido maior para permitir a redução da sobrecarga dos RHS sem limitar a disponibilidade aos utentes.^(y)

O absentismo manteve-se durante este período: cada profissional faltou, em média, 28 dias por ano. Os motivos dizem respeito à situação de doença, proteção na parentalidade, acidentes ou doenças profissionais, por adesão a greves e outras situações (tabela 4.27).

A produção estatística desenvolvida não permite a comparação com outros países sabendo-se, no entanto, que a literatura tem reportado este problema na generalidade dos países. As razões estão relacionadas com aspectos intrínsecos ao trabalho em saúde⁽⁹⁾, mas também não podem ignorar a crescente feminização dos RHS e, consequentemente, as situações associadas à gravidez e maternidade. Importa monitorizar os valores aqui obtidos ao longo do tempo.

Em termos globais, entre 2015 e 2017, os dias de ausência dos profissionais para formação aumentou cerca 3,4%.^(z)

^(y) Nota importante: não é possível estabelecer uma comparação numérica linear entre os dois indicadores (horas contratualizadas e horas realizadas em trabalho suplementar) devido a diferenças metodológicas nos seus apuramentos (ver as legendas nas respetivas tabelas).

^(z) Não se apresenta uma tabela com a informação desagregada em virtude da classificação das atividades não permitir a correspondência linear com as categorias profissionais usadas neste capítulo. Opta-se por apenas referir o valor global e confirma-se que em nenhum grupo profissional essa variação foi negativa.

Tabela 4.24 - Modalidade de vinculação dos RHS no SNS (%)

	2015	2017
Trabalho em funções públicas	62,9	59,4
Código do trabalho	34,8	38,1
Prestação de serviços (tarefas + avenças)	1,7	1,9
Mandato/Comissão de serviço	0,6	0,6
Nomeação	0,0	0,0
Total	100,0	100,0

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS (Balanço Social). Os valores anuais foram calculados com base na média dos valores mensais. PPP não incluídas por indisponibilidade da informação.

Tabela 4.25 - Tipo de contrato dos RHS no SNS (%)

	2015	2017
Termo certo (C. Funções Públicas + CIT)	2,3	1,6
Termo incerto (C. Funções Públicas + CIT)	8,3	8,8
Tempo indeterminado (C. Funções Públicas + CIT)	87,0	87,1
Prestação de serviços (tarefas + avenças)	1,7	1,9
Mandato/Comissão de serviço	0,6	0,6
Nomeação	0,0	0,0
Total	100,0	100,0

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS (Balanço Social). Os valores anuais foram calculados com base na média dos valores mensais. PPP não incluídas por indisponibilidade da informação.

Tabela 4.26 - Variação das horas realizadas em trabalho suplementar no SNS 2015-2017 (%)

Trabalho noturno suplementar		-8,9%	
Trabalho em folgas e feriados	Trabalho em dias descanso semanal complementar	2,9%	6,5%
	Trabalho em dias descanso semanal obrigatório		-9,9%
	Trabalho em feriados		12,2%
Horas-extra	Trabalho suplementar diurno	-24,6%	-38,91%
	Trabalho suplementar noturno		-10,3%
Total RHS			-10,2%

Tabela 4.27 - Média dias de ausência por profissional por motivo (valores em dias)

	2015	2017
Doença	13	13
Proteção na parentalidade	9	10
Outros	3	3
Acidentes em serviço ou doença profissional	2	1
Greve	1	1
Falecimento familiar	0	0
Assistência à família	0	0
Trabalhador-estudante	0	0
Casamento	0	0
Por conta do período de férias	0	0
Injustificadas	0	0
Com perda de vencimento	0	0
Cumprimento pena disciplinar	0	0
Total	28	28

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS (Balanço Social). Os valores anuais foram calculados com base na média dos valores mensais. PPP não incluídas por indisponibilidade da informação.

4.6 Conclusões

1. Existe fragilidade na informação sobre os profissionais em exercício e sobre a disponibilidade daqueles que, estando habilitados, não exercem. Esta dificuldade abrange a generalidade dos grupos profissionais, à exceção dos farmacêuticos.
2. O diagnóstico de necessidades de RHS não pode bastar-se com as comparações internacionais. Desde logo, porque as necessidades em RHS são função das necessidades assistenciais da população servida – que, por sua vez, justificam as necessidades em serviços – e estas têm de ser aferidas em cada contexto específico. Depois também porque as comparações não são sensíveis a aspetos relacionados com as qualificações dos grupos profissionais, os modelos de organização do trabalho, as questões laborais ou a integração técnica e tecnológica nos processos de trabalho.
3. O nível de despesa com RHS do país está abaixo da média dos países desenvolvidos (variou entre 32-34%, no período de 2010 a 2015, enquanto o valor internacional de referência está estimado em 38%). Nesse período, a despesa com remunerações no SNS registou uma variação na ordem dos -9%, enquanto o número de profissionais variou cerca de -1%. Em 2016 parece haver uma mudança de ciclo, dado o número de efetivos no SNS ter variado 2,9% face a 2015 e a despesa com remunerações 5,4%.
4. A análise dos RHS presentes no SNS exige dinâmica, que capte as entradas e saídas de profissionais ao longo do ano. Os dados habitualmente usados pela ACSS para medir a evolução de RHS no SNS têm por base a situação a 31 de dezembro. Os autores deste estudo tiveram que fazer uso dessa informação sempre que não conseguiram apurar outros números, mas chamam a atenção que este tema exige uma análise diferente.
5. Entre 2015-2017 o número de RHS no SNS variou 4,6% e as horas contratualizadas 6,3%. Ou seja, mais profissionais estão disponíveis e o volume de trabalho cresceu a um nível superior.
6. O trabalho suplementar variou -10,2% no mesmo período. Embora este indicador, por si só, revele menor sobrecarga dos profissionais em exercício no SNS, o facto de a sua diminuição ter sido superior ao aumento das horas contratualizadas pode significar a diminuição do trabalho realizado (deve-se ainda retirar o tempo de ausência para formação dos profissionais, que aumentou 3,4%, e o absentismo que se manteve inalterado).
7. Mais importante: estes dados não devem basear a interpretação sobre se as necessidades de profissionais no SNS estão ou não a ser corrigidas. Essa leitura carece de uma análise integrada dos indicadores aqui apresentados com os tempos de acesso aos cuidados, o número de camas disponível, a organização da rede cuidados, a qualidade do emprego e sobrecarga dos profissionais em exercício, alterações técnicas e tecnológicas nos processos de trabalho, etc.
8. O crescimento do número de profissionais no SNS foi assimétrico: médicos – internos e especialistas – enfermeiros e técnicos superiores de saúde (incluindo outros profissionais) cresceram a um nível superior à média do crescimento do conjunto dos profissionais (respectivamente 7,1%, 7,2% e 6,9%). O número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais cresceu abaixo da média (3,2% e 0,7%) e o dos assistentes técnicos diminuiu em -0,5%.

9. O crescimento das horas contratualizadas no SNS também apresenta assimetrias: o trabalho médico aumentou significativamente (15,5%), o trabalho de enfermagem e dos técnicos superiores de saúde praticamente estagnou (respetivamente 0,1% e 0,8%) e o dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais diminuiu (respetivamente -4%, -8,5% e -4,8%). Isto significa que o aumento nominal de enfermeiros (cerca de 3 000) e de técnicos superiores (a contabilização é indefinida porque muitos deles estão a ser contratados como "outros profissionais") não teve reflexo no aumento real do trabalho. Existem diversos fatores que podem explicar a diferença entre a tenência de evolução do número de profissionais e do número de horas contratualizadas, sendo a mais plausível a redução do período normal de trabalho aplicável aos profissionais em funções públicas das 40 horas para as 35 horas semanais. Estes dados parecem traduzir a necessidade de reforço do ritmo de contratação de todos os grupos profissionais, à exceção dos médicos, num contexto de procura crescente de cuidados. Acrescerá ainda a necessidade de se equacionar a consequência da aplicação deste período normal de trabalho aos profissionais vinculados ao abrigo do código do trabalho.

10. Os vínculos contratuais mostram a preponderância do trabalho em funções públicas e o gradual crescimento da contratação ao abrigo do código do trabalho (de 34,8% a 38,1% entre 2015-2017). O tipo de contrato maioritário é a tempo indeterminado (87%), havendo alguma substituição de contratos a termo certo por contratos a termo incerto. A prestação de serviço aumentou marginalmente em número de contratos.

11. A análise integrada da disponibilidade regional de efetivos e de horas contratualizadas permite a interpretação de necessidades de curto-prazo, que abaixo se apresenta. Sublinha-se que os números disponíveis sugerem a possibilidade da prestação de cuidados revelar iniquidades na rede pública, ao longo do território continental. Estes dados obrigam à devida discussão política tendo em conta os princípios constitucionais a que o SNS está obrigado e as expectativas que a população nele deposita.

Região norte

Médicos: O crescimento da disponibilidade de médicos internos e especialistas e das horas de trabalho não indica necessidades imediatas de novas contratações. Em todo o caso, importa não ignorar que parte significativa do crescimento do trabalho médico ficou a dever-se à prestação de serviços, o que deve ser equacionado na avaliação prospectiva das necessidades destes profissionais.

Enfermeiros: Apesar da disponibilidade face à população ter aumentado continua abaixo da média nacional, o que, associado ao aumento marginal do tempo de trabalho, parece sugerir a necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: Não obstante o aumento das horas contratualizadas, o facto de a disponibilidade face à população ser a mais baixa do país e de ter estagnado parece sugerir a necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Embora com uma tendência crescente, o facto de a disponibilidade de profissionais face à população continuar abaixo da média nacional, a par da diminuição das horas contratualizadas, parece sugerir a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Além de ter estagnado, a disponibilidade de profissionais face à população é das mais baixas, o que, associado à diminuição das horas contratualizadas, parece sugerir que deverá ser dada prioridade ao reforço deste grupo.

Assistentes operacionais: Além de ter estagnado, a disponibilidade de profissionais face à população é das mais baixas, o que, associado à diminuição das horas contratualizadas, parece sugerir que deverá ser dada prioridade ao reforço deste grupo.

Região Centro

Médicos: Não obstante a evolução positiva da disponibilidade de médicos internos e especialistas face à população, a ligeira diminuição das horas de trabalho indica a necessidade de reforço da disponibilidade, sobretudo de especialistas, para estar em linha com a média nacional.

Enfermeiros: A redução das horas de trabalho não traduz o facto de a disponibilidade de profissionais face à população ser das mais elevadas. Poderá haver necessidade de corrigir esta redução, embora a prioridade deva estar no reforço da disponibilidade noutras regiões.

Técnicos Superiores de Saúde: O facto de a disponibilidade face à população ter estagnado ligeiramente abaixo da média nacional, associado à diminuição das horas contratualizadas, sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar em linha com a média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, podendo sugerir a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Não obstante a disponibilidade face à população estar em linha com a média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, sugerindo a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Poderá haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Lisboa e Vale do Tejo

Médicos: O crescimento da disponibilidade de médicos internos e especialistas e das horas de trabalho não parece suscitar necessidades imediatas de novas contratações. Em todo o caso, importa não ignorar que parte significativa do crescimento do trabalho médico ficou a dever-se à prestação de serviços, o que deve ser equacionado na avaliação prospectiva das necessidades destes profissionais.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado e estar em linha com a média nacional, o aumento marginal do tempo de trabalho sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: O facto de a disponibilidade face à população ter estagnado ligeiramente abaixo da média nacional, associado à diminuição das horas contratualizadas sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar acima da média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, sugerindo a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Além de ter estagnado, a disponibilidade de profissionais face à população é das mais baixas, o que associado à diminuição das horas contratualizadas sugere que reforço de profissionais deve ser prioritário.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Poderá haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Alentejo

Médicos: Não obstante o aumento das horas contratualizadas, a disponibilidade de profissionais face à população estagnou e é das mais baixas do país. Suscita-se a necessidade de avaliação dos riscos desta tendência de aparente dependência do trabalho médico em prestação de serviços, visto que se trata da região do país onde este traço é mais vincado.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado e estar em linha com a média nacional, a diminuição do tempo de trabalho sugere a necessidade de reforço de novos profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: Embora a disponibilidade face à população esteja em linha com a média nacional, a sua estagnação reflete-se na redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar acima da média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, sugerindo a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Algarve

Médicos: Não obstante o aumento da disponibilidade de especialistas face à população, o valor continua abaixo da média nacional. Além disso, as horas contratualizadas também caíram como resultado da elevada dependência do trabalho assegurado pela prestação de serviços. O reforço da disponibilidade de profissionais indica-se como prioritário.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado e estar em linha com a média nacional, o aumento marginal do tempo de trabalho sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: Embora a disponibilidade face à população esteja em linha com a média nacional, a sua estagnação reflete-se na redução acentuada das horas de trabalho. Há necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar acima da média nacional e de ter aumentado, as horas contratualizadas diminuíram. Sugere-se a necessidade de corrigir esta redução, embora a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Assistentes técnicos: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas e tenha crescido, registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

4.7 Recomendações

Planejar a força de trabalho necessária em Portugal daqui a 5, 10 ou 15 anos é fundamental para alcançar o objetivo de responder às necessidades de saúde da população de um modo efetivo e eficiente. Para este planeamento racional é importante, primeiro, saber que sistema de saúde se pretende em Portugal, em concreto, que valências de cuidados se deseja que sejam asseguradas no SNS e como os serviços serão organizados. Pode parecer difícil definir as necessidades futuras de serviços sabendo que elas dependem de mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e organizacionais que o país ainda vai conhecer. Contudo, é possível desenvolver cenários baseados na informação disponível sobre as tendências hoje observáveis.

Do lado dos recursos necessários para produzir os serviços planeados, definir a futura força de trabalho em saúde consiste em estimar quantos trabalhadores das várias categorias profissionais serão necessários e com que competências. Essa informação deve permitir estimar a diferença entre a força de trabalho hoje em dia disponível e a desejada no futuro. Ainda assim, importa não esquecer que cabe aos decisores políticos escolher as medidas e estratégias para corrigir essa diferença.

Como este capítulo mostra que o problema que Portugal apresenta, à semelhança de outros países da OCDE, é que a informação sobre a disponibilidade e acessibilidade atual dos RHS não permite definir de modo absolutamente confiável a força de trabalho que o país tem, logo qual a que necessita a médio e longo prazo. Na base das observações feitas a partir de nosso esforço para caracterizar os RHS em Portugal, podemos formular algumas recomendações para melhorar o conhecimento da sua situação atual e, assim, informar melhor o processo de planeamento em saúde.

Recomendação 1: garantir o cumprimento do disposto na Lei N.º 104/2015, de 24 de agosto, relativamente à criação do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde. Importa avaliar os motivos pelos quais, dois anos volvidos, o Inventário ainda não existe. Importa igualmente perceber se no cenário da completa implementação desta Lei o resultado alcançado permitiria obter os dados necessários. Nessa medida, urge ponderar a pertinência de se requerer informação de RHS de todos os prestadores privados (incluindo trabalho por conta própria) para corresponder a situação de exercício/não exercício face às cédulas profissionais emitidas.

Recomendação 2: mandatar um organismo independente, existente ou novo, para refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização dos indicadores que compõem o Inventário Nacional de Profissionais de Saúde.

Recomendação 3: desenvolver e implementar um sistema estandardizado de recolha de dados de características demográficas e profissionais sobre todas as categorias dos RHS existentes de modo desagregado. Isto significa utilizar as mesmas divisões territoriais, a mesma periodicidade, as mesmas definições (horas trabalhadas, tipo de atividade, etc.).^(aa) O objetivo é produzir dados comparáveis por profissão, sem os quais avaliações periódicas do impacto das intervenções para reforçar a força de trabalho não são exequíveis. É crítico documentar o stock total de RHS no país, ou seja, os dos sectores público e privado (evitando a dupla contagem devida ao duplo emprego). O mesmo princípio aplica-se aos dados da produção de futuros trabalhadores de saúde pelas instituições de formação.^(bb)

^(aa) A utilização das definições e categorias do "Joint questionnaire" desenvolvido pela OMS, OCDE e Eurostat constitui uma referência para os indicadores mais básicos (<https://www.oecd.org/statistics/data-collection/Health%20Data%20-%20Guidelines%202.pdf>).

^(bb) A Direção Geral do Ensino superior, tem dados sobre o número de vagas e o número de candidatos para cada curso. Os dados são incompletos para as instituições privadas (<http://www.dges.gov.pt/guias/indcurso.asp?curso=9500>).

Recomendação 4: além das características demográficas e profissionais dos RHS, recolher informações sobre a atividade efetuada, as modalidades de contração, absentismo, mobilidade dos trabalhadores empregados por prestadores públicos e privados. Para perceber melhor a dinâmica do mercado de trabalho, inquéritos regulares (por exemplo a cada 2 anos) permitiriam recolher informações sobre intenção dos trabalhadores de reduzir/aumentar as horas de trabalho, de mudar de trajetória profissional, de duplo emprego, mudar de região, de emigrar. Outros inquéritos periódicos aos utentes sobre a aceitabilidade e a qualidade percebida dos RHS podem informar sobre possíveis deficiências a corrigir do ponto de vista da formação e competências dos vários profissionais de saúde.

Recomendação 5: não é por via dos dados atualmente (in)disponíveis que não se pode tornar a força de trabalho em saúde mais efetiva e eficiente na resposta às necessidades assistenciais da população. Urge uma definição política para a estratégia de recursos humanos desejada em Portugal que seja partilhada por decisores políticos e demais atores do sistema de saúde.

4.8 Bibliografia

1. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C. A universal truth: no health without a workforce. Third Global Forum on Human Resources for Health. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013. 104 p.
2. Hernandez-Peña P, Poullier JP, Van Mosseveld CJ, Van de Maele N, Cherilova V, Indikadahena C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bull World Health Organ. 2013 Nov; 91(11):808-15.
3. OECD. Health at a Glance 2017. Paris: OECD; 2017.
4. Ministério da Saúde. Portal da Transparência do SNS. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
5. OECD. OECD Statistics. Paris: OECD; 2018.
6. Stolerooff A, Correia T. A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. CIES e-Forcing Papers n.º 47/2008; 2008; 18 p.
7. Correia T. Medicina: o agir numa saúde em mudança. Lisboa: Mundos Sociais; 2012. 211 p.
8. Pereira C. Vidas Partidas: enfermeiros portugueses no estrangeiro. Lisboa: Lusodidacta; 2015. 194 p.
9. Kisakye AN, Tweheyo R, Ssengooba F, Pariyo GW, Rutebemberwa E, Kiwanuka SN. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. Journal of Healthcare Leadership. 2016 Nov; 8: 81-94.

Anexo: Notas metodológicas

Tendo em vista o objetivo do capítulo, optou-se pela realização de uma scoping review de modo a mapear, compilar e analisar a informação disponível referente aos RHS em Portugal, bem como identificar eventuais lacunas de informação existentes.

Para tal, foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dado Pubmed, Scielo, Science Direct e Scopus seguida de uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo. Posteriormente foi realizada uma pesquisa avançada, nas mesmas 4 bases de dados, mediante utilização de cada um dos seguintes descritores (utilizados individualmente): Healthcare Workforce Portugal, Health Workforce Portugal, Healthcare Personnel Portugal, Human Resources for Health Portugal, Healthcare Workers Portugal e Recursos Humanos em Saúde Portugal. Esta análise foi realizada por dois investigadores, de forma independente e análoga, tendo em vista a validação dos resultados obtidos. A metodologia utilizada por ambos diferiu na utilização da expressão AND na dimensão de pesquisa com o objetivo de captar diferenças nos resultados da pesquisa.

Dado o elevado número de artigos que emergiram optou-se por, logo na primeira fase, eliminar todos os artigos que não fizessem menção à situação dos RHS em Portugal. A segunda fase compreendeu a leitura, análise e resumo dos artigos selecionados mediante a aplicação de critérios de inclusão/ exclusão, sendo que se obteve um total de 76 artigos após eliminação de repetições. Quanto à tomada de decisão relativamente à inclusão/exclusão dos artigos teve-se em consideração a abordagem das dimensões disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos RHS, ainda que numa perspetiva de comparação internacional, o que resultou na listagem final de artigos recolhidos abaixo apresentada.

Relativamente à literatura cinzenta, procedeu-se à recolha pelo método de “bola de neve” a partir dos artigos consultados.

A análise em questão abrange documentos desde o ano de 2001 até 2017, detalhando-se na tabela abaixo os documentos incluídos.

	INVESTIGADOR 1		INVESTIGADOR 2	
Base bibliográfica	1ª FASE	2ª FASE	1ª FASE	2ª FASE
PUBMED	86	59	39	23
SCIENCE DIRECT	16	13	40	19
SCOPUS	33	26	s/ resultados	s/ resultados
SCIELO	13	8	16	6
Total	148	106	95	48
Total após Eliminação de Repetições e Aplicação de Critérios de Inclusão / Exclusão	76 ARTIGOS			

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
1 Policy and management of human resources in the health care system of Portugal [Politique et gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé au Portugal. Controverses et problématiques actuelles]	Biscaia A, et al.	2003	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales. 43(3): 379
2 Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal-Controvérsias	Biscaia A, et al.	2003	Revista Portuguesa de Clínica Geral. 19: 281-289
3 Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector.	Ferrinho P, et al.	2003	Human Resources for Health. 1(1):11
4 Oral healthcare systems in the extended European union	Widström E, Eaton KA	2004	Oral Health & Preventive Dentistry. 2(3): 155-194
5 Nondecision making and inertia in Portuguese health policy	Oliveira, MD, Magone JM, Pereira JA	2005	Journal of Health Politics, Policy and Law, 30(1-2):
6 Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study	BisCavaco AM, Dias JP, Bates IP, Caia A, et al.	2005	Pharm World Sci. 27(1): 54-60
7 Health care reform in Portugal: An evaluation of the NHS experience	Oliveira MD, Pinto CG	2005	Health Economics, 14(Suppl. 1): S203-S220
8 Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists.	Morais A, et al.	2006	European journal of anaesthesiology. 23(5): 433
10 Reforming the Portuguese health services system: key human resources for health issues.	Conceição C, Lima C, Ferrinho P	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
11 The state of the health workforce in Portugal.	Biscaia A, Martins J, Carrolo M	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
12 Professionals entering and leaving the Portuguese health services system	Martins J, Biscaia A, Antunes AR	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
13 Multiple employment in the health sector in Portugal	Ferrinho P, et al.	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
14 The health status of Portuguese healthcare professionals..	Fronteira I, Biscaia A	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
15 Determinants of violence against health workers in Portugal..	Craveiro I, Fronteira I, Coelho A	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
16 Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres	Amado CA, Santos SP	2009	Health Policy. 91(1): 43-56
17 Migration as a form of workforce attrition: A nine-country study of pharmacists	Wuliji T, Carter S, Bates I	2009	Human Resources for Health. 7;32
18 Geographic distribution of physicians in Portugal	Isabel C, Paula V	2010	European Journal of Health Economics. 11 (4): 383-393
19 A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England.	Attree M, et al	2011	Journal of nursing management. 19(6): 786-802
20 Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional	Poeira A, Mamede RP	2009	Revista de Enfermagem Referência. III(4): 107-114
21 Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos	Castro J, et al.	2011	Revista Portuguesa de Saúde Pública. 29(2): 157-172
22 From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal.	Lapão LV, Dussault G.	2012	International Journal of Health Planning and Management. 27(4): 295-307
23 What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal.	Russo G, et al.	2012	Human Resources for Health. 10:12.
24 Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020	Gregório J, Lapão LV	2012	Revista Portuguesa de Saúde Pública. 30(2): 125-142
25 Qualidade e formação como fatores importantes na reestruturação da administração pública portuguesa: o exemplo do setor da saúde	Costa N, Patrício JZ	2012	Revista de Administração Pública. 46(1): 271-290
26 State of the art in telemedicine - concepts, management, monitoring and evaluation of the telemedicine programme in Alentejo (Portugal)	Oliveira TC, Branquinho MJ, Gonçalves L	2012	Studies in Health Technology and Informatics. 179: 29-37

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
27 An ecological study on the geographic patterns of ischaemic heart disease in Portugal and its association with demography, economic factors and health resources distribution	Ferreira-Pinto LM, Rocha-Gonçalves F, Teixeira-Pinto A	2012	BMJ Open. 2(4):e000595
28 Health policy reform in tough times: The case of Portugal.	Barros P	2012	Health Policy. 106(1): 17-22
29 The strength of primary care in Europe: an international comparative study.	Kringos D, et al.	2013	British Journal of General Practice. 63(616): e742-50
30 Patient's access to healthcare and treatment in rheumatoid arthritis: the views of stakeholders in Portugal.	Laires PA, et al.	2013	BMC musculoskeletal disorders. 14:279
31 From constraints to opportunities? Provision of psychosocial support in Portuguese oncogenetic counselling services.	Mendes A, et al.	2013	Journal of Genetic Counselling. 22(6): 771-783
32 Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain	Leone C, et al.	2013	Human Resources for Health. 11:36
33 Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal.	Buchan J, et al.	2013	Revista latino-americana de enfermagem. 21:38-46
34 Meanings of quality of care: perspectives of Portuguese health professionals and patients	Silva S, et al.	2013	Br J Health Psychol. 18(4): 858-873
35 On evaluating health centers groups in Lisbon and Tagus Valley: Efficiency, equity and quality	Ferreira C, Marques RC, Nicola P	2013	BMC Health Services Research. 13(1):529
36 A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal.	Gregório J, Cavaco A, Lapão LV	2014	Human Resources for Health. 12:58.
37 Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals	Brazinha I, Fernandez-Llimos F	2014	International Journal of Clinical Pharmacy. 36(5): 1031-1038
38 Demography of physicians in Portugal: prospective analysis	Santana P, Peixoto H, Duarte N	2014	Acta Médica Portuguesa. 27(2): 246-251

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
39 Health professionals moving to... and from Portugal	Ribeiro J, et al.	2014	Health Policy. 114(2-3): 97-108
40 Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança.	Temido M, Dussault G	2014	Revista Portuguesa de Saúde Pública. 32(1): 45-54
41 Experiences of motherhood: Unmet expectations of immigrant and native mothers, about the Portuguese health system	Coutinho E, et al.	2014	Atencion Primaria. 46(S5): 140-144
42 Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees and newly qualified GPs across Europe: a seven countries cross-sectional survey.	Roos M, et al.	2014	Education for Primary Care. 25(4): 202-210
43 Preventive health services implemented by family physicians in Portugal-a cross-sectional study based on two clinical scenarios	Martins C, et al.	2014	BMJ Open. 26;4(5):e005162.
44 Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal	Leone C, Dussault G, Lapão LV	2014	Cadernos de Saúde Pública. 30(1):149-160
45 Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study.	Leone C, et al.	2015	Health Policy. 119(12): 1584-92
46 The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries	Correia T, Dussault G, Pontes C	2015	Health Policy. 119(12): 1600-1605
47 How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England.	Temido M, Dussault G	2015	Health Policy. 119(4): 475-87
48 Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research	Kroezen M, et al.	2015	Health Policy. 119(12): 1517-1528
49 Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal	Craveiro I, et al.	2015	Ciência & Saúde Coletiva. 20(10): 2985-2998
50 Occupational stress and user satisfaction with primary healthcare in Portugal	Craveiro I, et al.	2015	Ciência & Saúde Coletiva. 20(10): 2985-2998

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
51 Influence of community pharmacists' attitudes on antibiotic dispensing behavior: a cross-sectional study in Portugal	Ribeiro J, et al.	2015	Health Policy. 114(2–3): 97-108
52 Performance indicators for clinical practice management in primary care in Portugal: Consensus from a Delphi study	Basto-Pereira M, et al.	2015	European Journal of General Practice. 21 (1): 52-57
53 Policies to sustain the nursing workforce: An international perspective	Buchan J, et al.	2015	International Nursing Review. 62(2): 162-170
54 Bedside healthcare rationing dilemmas: a survey from Portugal	Pinho M, Borges A	2015	International Journal of Human Rights in Healthcare. 8(4): 233-246
55 The impact of economic recession on health-care and the contribution by nurses to promote individuals' dignity	Nunes S, Rego G, Nunes R	2015	Nursing Inquiry. 22(4): 285-295
56 Quality supply of nonprescription medicines in Portuguese community pharmacy: An exploratory case study	Veiga P, et al.	2015	Research in Social & Administrative Pharmacy. 11(6): 880-890
57 Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region	Centeno C, Bolognesi D, Biasco G	2015	Journal of Pain and Symptom Management. 49(5): 861-870
58 Factors influencing tuberculosis screening in healthcare workers in Portugal	Meireles JM, Gaio R, Duarte R	2015	European Respiratory Journal. 45(3): 834-838
59 Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal	Legido-Quigley H, et al.	2016	Health Policy. 120(7): 833-839
60 A tale of loss of privilege, resilience and change: the impact of the economic crisis on physicians and medical services in Portugal.	Russo G, et al.	2016	Health Policy. 120(9): 1079-1086
61 Finding the "right-size" physical therapy workforce: International perspective across 4 countries	Jesus, TS, et al.	2016	Physical Therapy. 96(10): 1597-1609
62 Implications of dual practice for universal health coverage.	McPake B, et al.	2016	Bull World Health Organ. 94(2): 142-146
63 Relationship of health workers with their organization and work: a cross-cultural study	Yepes-Baldó M, Romeo M, Berger R	2016	Revista de Saúde Pública. 50:18.

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
64 Forecasting the medical workforce: a stochastic agent-based simulation approach	Lopes MA, Almeida AS, Almada-Lobo B	2016	Health Care Management Science. 21(1): 52-75
65 Patient Satisfaction in Relation to Nursing Care at Home	Chaves C, Santos M	2016	Procedia - Social and Behavioral Sciences. 217: 1124-1132
66 The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal.	Correia T, et al.	2017	Procedia - Social and Behavioral Sciences. 217: 1124-1132
67 Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal.	Oliveira AP, Dussault G, Craveiro I	2017	Human Resources for Health. 15(1):24
68 Organizational commitment and job satisfaction: an exploratory study in family health units in Portugal	Pereira I, Veloso A, Silva IS, Costa P.	2017	Cadernos de Saúde Pública. 33(4): e00153914
69 Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century.	Jesus TS, et al.	2017	Human Resources for Health.15(1):8
70 Migration intentions among Portuguese junior doctors: Results from a survey	Ramos P, Alves H	2017	Health Policy. 121(12): 1208-1214
71 Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city area	Russo G, et al.	2017	BMC Health Services Research. 17:207
72 Processes and experiences of Portugal's international recruitment scheme of Colombian physicians: Did it work?	Masanet E	2017	Health Policy. 121(8): 929-935
73 Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care	Félix J, et al.	2017	BMC Health Services Research. 17(1);606
74 How to best manage time interaction with patients? Community pharmacist workload and service provision analysis.	Gregório J, Cavaco AM, Lapão LV	2017	Research in Social & Administrative Pharmacy. 13(1): 133-147
75 To which countries do European psychiatric trainees want to move to and why?	Pinto da Costa M, et al.	2017	European Psychiatry. 45: 174-181
76 The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: An exploratory study.	Hvalič-Touzery S, et al.	2017	Nurse Education Today. 60: 161-169

LISTA NOMINAL DA LITERATURA CINZENTA INCLUÍDA

TÍTULO	AUTORES	ANO
1 Migration of health personnel in the WHO region	Gilles Dussault e outros	2009
2 Human resources for health - Plan component of National Health Plan 2011-15	Gilles Dussault e outros	2010
3 WHO evaluation of National Health Plan of Portugal	OMS e outros	2010
4 Portugal health system performance assessment	OMS e outros	2010
5 Atuais e futuras necessidades previsionais de médicos	ACSS	2011
6 Portugal - Mobility of health professionals	Associação para o desenvolvimento da Medicina Tropical e outros	2011
7 Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde	Entidade reguladora da saúde	2011
8 Portugal health system review (em progresso)	Pedro Pita Barros e outros	2011
9 15 Propostas para melhorar a eficiência no SNS	Ordem dos Enfermeiros	2013
10 An universal truth - no health without a workforce	OMS	2013
11 Um futuro para a saúde	Fundação Calouste Gulbenkian	2014
12 O sistema de saúde no tempo da troika: a experiência dos médicos	Tiago Correia e outros	2015
13 Relatório social do Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	2016
14 Recursos humanos estrangeiros na saúde - atualização de dados	Ministério da Saúde	2016
15 Portugal health system review	Jorge Simões e outros	2017
16 Portugal - Human resources	Observatório Europeu Sistemas Políticas Saúde	2017
17 State of the health in the EU - Portugal	UE e outros	2017
18 Relatórios de Primavera	Observatório Português Sistemas de Saúde	2001-2017
19 Relatórios de Primavera	ACSS	S/D
20 Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança	Grupo técnico reforma hospitalar - Ministério Saúde	S/D