

PRESTAÇÃO

O SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE “AS REFORMAS DE GESTÃO”

A IMPORTÂNCIA DA NOÇÃO DE “SISTEMA PRESTADOR”

O sistema prestador de cuidados de saúde tem evoluído no sentido duma complexidade crescente, dada a especificidade do processo de cuidados, a maior exigência por parte do cidadão, os requisitos impostos pela qualidade do processo de cuidados e a necessidade de introdução de cuidados de proximidade, onde a continuidade, a coordenação e a integração são de grande e vital importância.

Nestas circunstâncias é importante identificar as experiências positivas no terreno – ter a disposição de aprender com aqueles que, no meio das dificuldades conhecidas, encontraram soluções que funcionam. Há bons serviços de saúde em Portugal (ver *Quadro XVI*), como tem sido referido em relatórios anteriores. A reforma da saúde também se faz a partir dos bons exemplos e para isso é necessário conhecê-los e apoiá-los.

A diversificação das modalidades de organização e gestão do sistema prestador, resumidas na *Figura 19* (na horizontal), torna a questão da continuidade e integração entre os diferentes tipos de cuidados de saúde (na mesma figura, na vertical), cada vez mais importante. Definem-se por vezes políticas parcelares para cada um dos diferentes tipos de unidades do sistema prestador de cuidados como se de partes estanques se tratassem. Mas o sistema prestador de cuidados de saúde tem de ser visto como um todo integrado e coerente.

Existem hoje fortes pressões para a diversificação das estruturas prestadoras de cuidados de saúde que surgem das mais distintas proveniências: (i) crenças; (ii) cultura da micro eficiência; (iii) agendas políticas; (iv) contexto europeu e ibérico; (v) líderes da inovação; (vi) “importações” e “modas”; (vii) racionalidade estratégica e, (viii) influência dos agentes económicos para terem acesso ao financiamento público da saúde e à privatização da gestão, ou da gestão e da propriedade dos hospitais.

Tudo isto acontece num contexto de grande limitação dos instrumentos de governação, financiamento e regulação existentes, confrontando-se ainda com a inexistência de uma “cultura de governação” assente em instrumentos de influência que permitam atingir os principais objectivos do sistema de saúde e desenhar o *mix* da prestação que dará melhor resposta às necessidades dos cidadãos.

A diversificação pode perseguir objectivos distintos, e portanto, resultar em misturas de natureza singular: (i) uma mistura de transição, em que coexistirão as novas experiências de gestão com as anteriores modalidades de organização, mas em que o objectivo é passar de um modelo para outro diferente; (ii) uma mistura de experimentação e aprendizagem, que introduzirá uma efectiva responsabilização pelos resultados, centrada numa verdadeira cooperação entre o público e o privado e, (iii) uma mistura de mercado, em que sobreviverá o que resultar do jogo do mercado.

Não é clara ainda a natureza da mistura que resulta das actuais reformas da gestão.

Quadro XVI- O sistema Prestador de cuidados de Saúde – Alguns bons exemplos

Hospital Egas Moni

Células olfactivas ajudam doentes paraplégicos. Uma equipa de especialistas portugueses desenvolveu uma técnica que já ajudou pacientes paraplégicos a recuperar a sensibilidade em algumas zonas do corpo. Até agora já foram operados dez indivíduos, oito portugueses e dois norte-americanos pela equipa do neurologista Carlos Lima.

Portugal e o SRA

A forma como a autoridades de saúde em geral e a DGS em particular têm tratado a SRA, constitui um bom exemplo de capacidade técnica, bom censo e transparência na área da saúde

Portugal tem uma taxa elevada de uso de anticoncepcionais

A presidente da Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF), a colombiana Ángela Gomez, surpreendeu-se com a "elevada prevalência" do uso de métodos anticoncepcionais pela população, actualmente da ordem dos 80 por cento.

Cartão europeu de seguro de doença nasce em 21

Os europeus vão ter um cartão electrónico de seguro de doença que vai substituir os formulários actuais para a obtenção de cuidados de saúde durante as estadias em países membros.

Regime Remuneratório Experimental (RR)

Apesar de tudo vão continuando a prestar mais e melhores cuidados e promovendo a sua avaliação.

S. João da Madeira: Misericórdia cria unidade de cuidados continuados

A unidade funcionará em três vertentes: tratar pessoas com doenças agudas que saiam dos hospitais e não tenham condições de estar em casa; reabilitação, em casos como os acidentes cardiovasculares e receber pessoas que tenham perdido autonomia e dependência.

Boa evolução na Tuberculose

A evolução da prevenção, diagnóstico e tratamento desta grave enfermidade apresenta indicações de que estará controlada, apesar de ainda se verificarem algumas assimetrias regionais.

Análises Clínicas Feitas nos Centros de Saúde

O H. Matosinhos vai utilizar a sua capacidade instalada excedentária para realizar as análises dos Centros de Saúde a um preço mais baixo.

Mortalidade Infantil e Fetal descem em Portugal

Em 2002 verificaram-se 567 óbitos de crianças com <1 ano e 562 mortes fetais o que relativamente a 2001 representa menos 0,9% e 14,7%, respectivamente. A este facto não é alheia a "Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança", recentemente extinta.

Crianças tomam menos antibiótico

Contrariando estudo recente, constatou-se que as crianças têm vindo a reduzir a ingestão de antibióticos, designadamente porque têm recorrido menos às urgências pediátricas.

SINUS- Vacinação

Estratégia redefinida de consolidar e melhorar este projecto de registo informatizado de todo o PNV (Programa Nacional de Vacinação)

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

Iniciou-se já na Sub-Região de Saúde de Setúbal (e alargar-se-á também a Lisboa e Santarém) um projecto de avaliação e monitorização da prescrição de anti-bacterianos nos Centros de Saúde.

Figura 19 - Serviços de Saúde com Financiamento Público

Tipo de Unidades x Tipo de Gestão

The diagram illustrates the spectrum of health service management. At the top, a green arrow labeled 'Empresarialização' points right, and an orange arrow labeled 'Privatização' points right. At the bottom, a blue arrow labeled 'Diversificação/ "Mercado Interno"' points right. The table below shows the distribution of different types of health units across various management models.

| | Ad.Públic Tradicion | Empresa Pública | Parceria Púb./Priv. | S. Privados Contratual | Profission. Convencio. | Coop. Profiss Contrat. | Sect. Social Contrat. |
|---|---------------------|-----------------|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| "Cuid. de Saúde Primários" CENTROS DE SAÚDE | | ? | ? | | | ? | |
| "Cuidados especializados" HOSPITAIS | 66 | 31 | 1+10 | | | | |
| "Cuidados Continuados" | | | ? | | | | |
| "Promoção e protecção de saúde" | | | | | | | |

Fonte: OPSS, 2002.

Uma boa qualidade de cuidados de saúde requer que o processo de cuidados atravessasse sem obstáculos as "fronteiras" dos diferentes tipos de cuidados de saúde. O doente necessita de passar dos centros de saúde para os hospitais, destes para os cuidados continuados, dos cuidados continuados para os centros de saúde, destes para centros de tecnologia de diagnóstico e terapêutica e para as farmácias com a facilidade necessária.

Nos sistemas de saúde europeus é possível encontrar várias estratégias de coordenação ou integração de cuidados de saúde:

- nível local de gestão que integra as estruturas de saúde aí existentes;
- os cuidados de saúde primários como dispositivo integrador "local";
- sistemas locais de saúde como dispositivo de coordenação local;
- coordenação episódica.

Possivelmente devido à prioridade atribuída ao estabelecimento dos hospitais empresa SA, não é evidente o modelo de coordenação/integração subjacente à actual reforma do sistema prestador de cuidados de saúde, no nosso país.

Tanto a falta de clareza sobre a natureza da mistura das modalidades de gestão como aquela que diz respeito ao modelo de coordenação/integração apontam para a necessidade de se aprofundar e divulgar uma visão coerente do sistema prestador de cuidados de saúde.

OS HOSPITAIS

O hospital, dada a natureza e os problemas que trata, a cultura e as expectativas dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, tem vindo a ser, sobretudo na última década, objecto de grande preocupação, que pode ser evidenciada através da diversidade de diplomas legais que os diferentes governos adoptaram em relação a esta matéria. (ver **Figura 20**).

A REFORMA HOSPITALAR

Ainda no período do anterior Governo, assistiu-se à publicação do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro com duas importantes mudanças ao nível da gestão dos hospitais: (i) nomeação dos titulares dos órgãos de direcção técnica (director clínico e enfermeiro-director, revogando o Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto) e, (ii) possibilidade de efectivação de aquisições de bens e serviços ao abrigo das regras do direito privado. Tratou-se de concretizar medidas desde há muito reclamadas como essenciais a nível da gestão hospitalar. Com a primeira destas medidas visou-se conseguir uma maior coesão à tomada de decisão dos conselhos de administração, com a segunda, pretendeu-se agilizar a contratação de bens e serviços (respeitando, naturalmente, a legislação comunitária).

A 7 de Março de 2002, foi também publicada a resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, que visou generalizar a inovação na gestão dos hospitais através das “experiências inovadoras de gestão”, libertando-os do pendor burocrático-administrativo que constringia a sua actividade (legislação de 1988), privilegiando a maior independência e agilidade num contexto de gestão de tipo empresarial. Passar-se-ia assim, da configuração jurídica de instituto público para entidades típicas do sector empresarial do estado (Entidade Pública Empresarial – EPE), modelo a ser adoptado casuisticamente”.

Não foi essa a solução seguida pelo Governo saído das eleições de Março de 2002.

Tanto os programas eleitorais, como os do Governo para a área da Saúde preconizavam um conjunto de princípios, visando converter os hospitais em empresas públicas. Foi discutida também, como, motivação a necessidade de diminuir o défice público, por exigência do Programa de Estabilidade e Crescimento apresentado à União Europeia, o que se conseguiria por via desta transformação jurídica (dado que os défices de cada uma das instituições “convertidas” deixariam de ser incluídos no do sector público do Estado).

Através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro os hospitais podem assumir quatro distintas naturezas jurídicas: (i) a de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; (ii) a de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; (iii) a de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; e, (iv) a de estabelecimentos privados.

Assim, pretende o actual executivo, através de novas formas de gestão, introduzir mecanismos inovadores para proporcionar melhorias de gestão e acréscimos de eficiência e qualidade de serviço, no âmbito do SNS através da introdução de, pelo menos, três tipos de “experiências”:

- a) Transformação de 34 hospitais públicos em 31 Hospitais – Sociedades Anónimas (SA);
- b) Criação de Parcerias Público/Privado (PPP) para dez hospitais;
- c) Modernização da gestão do restante sector hospitalar público (SPA).

Porquê esta mistura?

De acordo com as orientações definidas pelo Ministério da Saúde o objectivo central e programático da reforma do SNS é a passagem de um sistema público monolítico, de carácter burocrático/administrativo e de tipo monopolista, para um sistema de prestação de serviços orientado para as necessidades do utente, através do desenvolvimento de um sistema em rede de prestação de cuidados de saúde, envolvendo uma pluralidade de prestadores.

Afirma-se ainda que, a empresarialização da gestão hospitalar visa contribuir para a concretização de uma estratégia que permita uma melhor gestão de meios e a centralidade no doente, com a consequente melhoria sustentada da prestação de cuidados de saúde.

HOSPITAIS SOCIEDADES ANÓNIMAS (SA)

ANTECEDENTES DO PROCESSO DE EMPRESARIALIZAÇÃO EM CURSO

O relatório da OCDE (Janeiro, 2003), na sua última análise sobre Portugal, identifica um conjunto de experiências de gestão hospitalar com resultados positivos. Uma delas é a do hospital público de Nossa Senhora do Rosário (NSR), no Barreiro, em que se mostra que é possível obter ganhos de eficiência, através da introdução de níveis intermédios de gestão, sobretudo pela adesão e envolvimento dos profissionais.

Outra das experiências relatada é a do hospital público de São Sebastião (HSS), em Santa Maria da Feira, que pode servir como um exemplo de como os contratos individuais de trabalho podem co-existir com os públicos. Em 1998, quando a experiência começou, os funcionários do hospital puderam optar entre um dos dois estatutos: funcionário público ou contrato individual de trabalho, em que o salário era baseado no desempenho individual, avaliado pelos gestores. Em 2000, aproximadamente 80 por cento do pessoal tinha optado por contratos individuais, permitindo maior flexibilidade na organização dos serviços. Segundo a Administração do Hospital e de acordo com a avaliação de 2002 (realizada pelo INA), a produtividade do pessoal permitiu ao HSS reduzir significativamente a percentagem de absentismo de um ano para o outro, e a despesa com pessoal era abaixo da média dos outros hospitais públicos da mesma dimensão, na mesma região.

De referir a existência de outros trabalhos de avaliação desenvolvidos por entidades externas, a algumas das experiências existentes em Portugal, nomeadamente Hospitais Fernando Fonseca, S. Sebastião, Garcia de Orta e Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que não foram ainda disponibilizados. Esta não divulgação tem impedido profissionais, especialistas e cidadãos em geral de conhecerem e até mesmo discutirem e avaliarem tais experiências ou participarem, com base na informação e conhecimento obtidos, na discussão dos novos modelos de gestão em curso, de uma forma sustentada.

DIFERENTES MODALIDADES DE EMPRESARIALIZAÇÃO – A ADOÇÃO DAS SOCIEDADES ANÓNIMAS (SA)

Segundo Vital Moreira, existem diferentes modalidades de empresarialização de serviços públicos, que de forma sintética se podem analisar no *Quadro XVII*.

A primeira questão que necessita resposta é: porque foi adoptada, de entre todas as possíveis modalidades de empresarialização, a mais autónoma?

Algumas possíveis razões apontadas prendem-se com estratégias de descongelamento do sistema e contribuição para a diminuição formal do défice das finanças públicas.

Quadro XVII - A empresarialização dos serviços públicos

| | "Régie" directa | "Régie" autónoma | Serviço público personalizado | Ente público empresarial (empresa pública) | Sociedade de capitais públicos |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| Personalidade jurídica | Sem personalidade | Sem personalidade | Personalidade de direito público | Personalidade de direito público | Personalidade de direito privado |
| Natureza da gestão | Administrativa | Administrativa | Administrativa | Empresarial | Empresarial |
| Regime jurídico | De direito público | De direito público | De direito público | Predominantemente e de direito privado | De direito privado |
| Regime do pessoal | Função pública | Função pública | Função pública | Direito laboral | Direito laboral |

Fonte: Moreira, Vital “Desintervenção do Estado, privatização e regulação de serviços públicos”, 1999.

Uma das mudanças mais significativas é a transformação da relação de financiamento entre o Estado e os hospitais e a consequente modernização da gestão hospitalar. No anterior governo foi definida e inscrita na lei do orçamento uma verba de aproximadamente 400 milhões de Euros, que neste governo foi aumentada no orçamento suplementar de 2002 (cerca de 0,7 % do PIB) para cerca de 900 milhões de Euros (mais precisamente 897.836) e aproximadamente 400 milhões adicionais na lei do orçamento de 2003, para a transformação de cerca de 1/3 dos hospitais públicos (34 hospitais) em hospitais SA (31), com órgãos de gestão constituídos por gestores públicos.

O Estado será o único accionista, permanecendo os hospitais no domínio público, embora devam ser desenvolvidos incentivos à eficiência e à orientação dos serviços para a procura. O objectivo é simular um mercado para os hospitais onde o SNS será livre de comprar quer no sector público quer no privado.

Num momento de mudança, convém aqui referir três das Recomendações do Tribunal de Contas no seu Relatório de Maio de 2003, que podem atestar bem sobre a preocupação e o cuidado a usar:

“O financiamento do SNS, independentemente dos modelos de gestão, público ou privado, deverá garantir a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos (direito constitucionalmente protegido e que lhes garante igualdade no acesso e equidade na prestação dos cuidados de saúde) e potenciar eficácia e eficiência no desempenho das instituições”;

“Deverão ser adoptadas medidas de correcção estrutural de forma a evitar estrangulamentos que conduzam à ocorrência de défices no SNS”;

“Providenciar o desenvolvimento de um adequado sistema de informação que garanta a plenitude e a fidedignidade da informação económico-financeira das instituições e permita, com segurança, a agregação e a consolidação da mesma”.

Este processo de desenvolvimento hospitalar envolve a adopção de um novo estatuto jurídico, de um novo modelo de gestão e de um novo modelo de contratação e financiamento das prestações de saúde, implicando ainda um conjunto complementar, coerente e convergente, de medidas e acções institucionais de reforma, no sentido de estabelecer um enquadramento jurídico-económico e administrativo adequado e favorável ao funcionamento do novo modelo empresarial de gestão hospitalar.

Propôs-se o actual Governo, lançar um amplo e ambicioso programa de reforma da gestão hospitalar, apostando no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, assentes em SA. Consagra-se assim, a autonomia de gestão das unidades hospitalares, em moldes empresariais, pretendendo estabelecer, ao mesmo tempo, a separação funcional entre o financiador/comprador e o prestador de cuidados de saúde, defendendo que tal orientação assegurará sempre a unidade e universalidade do SNS, de acordo com a matriz constitucional.

Os responsáveis do sector, os diferentes agentes profissionais e económicos, a comunidade académica e a opinião pública, em geral, sentem que o modelo burocrático-administrativo de gestão hospitalar está ultrapassado e esgotado, reclamando profundas mudanças, mas a decisão do actual governo em avançar com as SA parece não ter sido suficientemente estudada, nem sustentada em avaliação baseada em evidência que permita avançar para esta modalidade com um tão elevado número de hospitais.

Daqui resulta um conjunto de constrangimentos e problemas por resolver, ligados nomeadamente: *(i)* ao sistema de informação; *(ii)* ao nível do controlo financeiro (operacionalização do processo de contabilização - como podem funcionar os SA com “duodécimos”? como é valorizado o inventário e como passam as contas dos hospitais do modelo tradicional para os SA, tipo de plano de contas a utilizar, regularização de dívidas, normalização de modalidades de financiamento e de cobrança em algumas áreas, tipos de seguros, custas judiciais; *(iii)* ao nível das compras, e *(iv)* ao nível dos recursos humanos (no que se refere aos procedimentos ligados aos contratos, descongelamentos, concursos, provimentos, reconversão e reclassificação de profissionais).

Independentemente das soluções encontradas e do maior ou menor aprofundamento teórico, convém referir que o “potencial de descongelamento” desta solução pode ser efectivamente importante. Foi igualmente colocada uma grande preocupação no acompanhamento, através da criação de um grupo de missão que reúne um conjunto de especialistas que apoiam o processo, o que poderá atenuar eventuais problemas na implementação e desenvolvimento do modelo.

CONSTITUIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS HOSPITAIS SA (2002-2003)

A implementação passou pela selecção de um conjunto de unidades hospitalares a transformar em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e o processo de selecção teve por base um conjunto de critérios, dos quais se destacam: *(i)* dimensão: média dos hospitais, medida pelo número de camas, oscilando, em regra, entre as 150 e as 600 camas; *(ii)* antiguidade dos edifícios ou imóveis: preferencialmente foram seleccionados os hospitais a funcionar em edifícios relativamente mais recentes; *(iii)* critério de ordem económica: hospitais que potencialmente teriam saldo positivo se estivessem a ser financiados pela produção total e não por um valor histórico.

Foram, ainda, tidos em consideração outros factores/critérios anteriormente definidos, tais como: *(iv)* distribuição geográfica: preocupação em envolver hospitais de todo o País; *(v)* manifestação da vontade: sempre que possível, acolhendo as candidaturas apresentadas pelos Conselhos de Administração dos Hospitais e *(vi)* obrigatoriedade dos valores dos défices não ultrapassarem uma percentagem de 30%.

Este modelo pretende garantir que o capital social dos hospitais agora empresarializados seja exclusivamente assumido por entidades de capitais públicos, num total de 897,836 milhões de euros.

Pretendeu-se alterar o modelo de gestão, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde. Esta responsabilidade é entendida como uma imposição constitucional, já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se.

Uma outra alteração introduzida, prende-se com os critérios para as nomeações dos conselhos de administração, que assentou principalmente em pessoas sem qualquer relação profissional anterior com a área da saúde e que, de acordo com alguns dos grupos profissionais da saúde, “não possuíam experiência nem aptidão para o

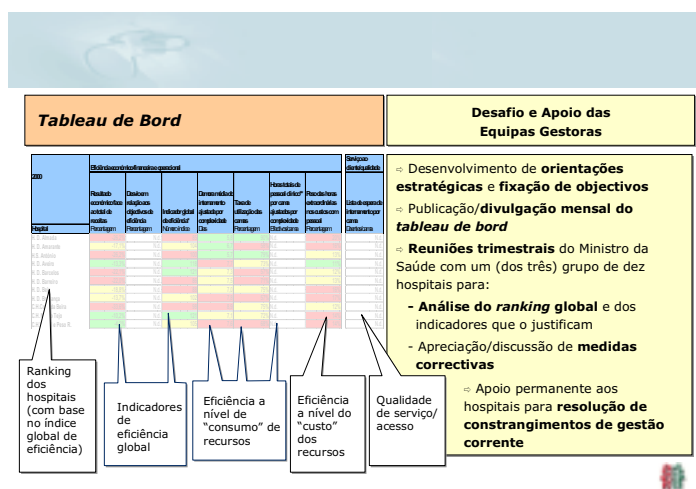
desempenho das funções”. O facto de não se ter estabelecido explicitamente um período de transição, pode resultar numa situação ambígua, não se sabendo quando os hospitais SA passaram a sê-los efectivamente, com a autonomia e responsabilização inerentes.

A EQUIPA DE MISSÃO

A estrutura de missão constituída para acompanhar e apoiar os hospitais SA, teve como objectivos principais para a sua constituição, os seguintes: (i) criar e manter mecanismos de acompanhamento/controlo por parte do accionista; (ii) garantir uniformidade em matérias comuns às várias unidades (nomeadamente na fase de arranque) e, (iii) capturar sinergias entre as unidades, principalmente a nível da sua gestão operacional.

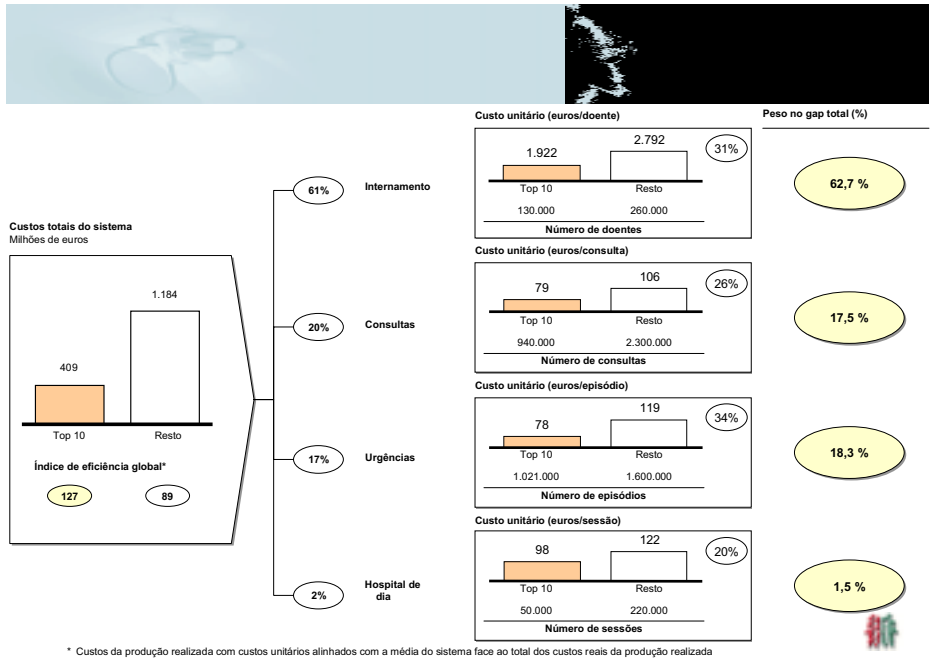
Esta estrutura de missão tem desenvolvido um extenso trabalho de aperfeiçoamento metodológico, do qual se destacam dois exemplos: o Tableau de Bord, desenvolvido com o objectivo de obter uma “fotografia” estática, para o período em análise, comparando os 31 Hospitais SA, e uma “fotografia” detalhada e dinâmica com a evolução dos indicadores ao longo do tempo, por hospital, através, nomeadamente, de indicadores de eficiência global que permitirão medir os desvios nas componentes seleccionadas, tal como se pode analisar nas **Figuras 21 e 22**.

Figura 21- Mecanismos de acompanhamento dos hospitais



Embora se trate de um conjunto de indicadores de aparente simplicidade, implicará o adequado funcionamento dos frágeis e pouco fiáveis sistemas de informação dos hospitais, a alteração de alguns dos “outputs” e a integração e consistência dos dados constantes das demonstrações financeiras das instituições integradas no SNS.

Figura 22- Decomposição da estrutura de custos do hospital SA e identificação do grau de desempenho.



COMENTÁRIOS

A tentativa de conhecer a base de evidência que fundamentou a decisão relativa à empresarialização, mostrou-se inexequível.

Na pesquisa de evidência internacional sobre o tema foram identificados alguns casos, não sobreponíveis com a situação portuguesa, em Espanha e Reino Unido. Nessas experiências é referido que carecem de avaliação constante, tempo para desenvolvimento (existem experiências concretas que indicam cinco e seis anos como o tempo útil para implementar, consolidar e avaliar algumas pequenas experiências, antes de disseminar os resultados e abranger um maior número de instituições), vontade política e capacidade gestionária, para além da implementação dum adequado sistema de informação que permita um bom conhecimento do processo e uma boa governação.

Em síntese, as principais críticas ao modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão em curso prendem-se com o elevado número de instituições envolvidas no processo e com a inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança, o que pode dificultar o adequado acompanhamento às mudanças, dada ainda a fragmentação da informação existente e a ausência duma adequada gestão do sistema de informação da saúde.

Por outro lado, parece não estar explicitado o período de transição, o que poderá implicar a manutenção dum sistema coordenado directamente pelo poder central, sujeito às oscilações decorrentes das mudanças políticas.

Outras das questões que se têm colocado no processo de implementação das SA, são as que se prendem com a falta de transparência do processo, dado que não são conhecidos quaisquer tipos de análises previsionais, nem tão pouco estimativas de impacto sobre o acesso, a qualidade, ou a eficiência, entre outros.

A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como por exemplo,

a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho.

Essa mesma falta de comunicação é grandemente responsável pelas inseguranças, especulações e até mesmo medo que se têm instalado, tornando o processo pouco transparente, quer para os profissionais, quer para os cidadãos em geral. Não estão respondidas questões fundamentais sobre como vão ser garantidas a acessibilidade e a equidade com as restrições orçamentais impostas, ou como se garante que os Hospitais SA não vão “incentivar/repelir” doentes de acordo com as conveniências. A circulação de utentes pelos diferentes prestadores não pode ser acompanhada com rigor, pois o Cartão de Utente não está em vigor na maioria dos hospitais, bem como no sector privado, convencionado, contratualizado ou protocolado.

PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS (PPP)

As parcerias entre os sectores público e privado (Parcerias Público-Privadas - PPP), segundo a abundante bibliografia internacional disponível, poderão constituir um importante instrumento estratégico de modernização dos serviços públicos.

A nível europeu, as Orientações da Comissão Europeia sobre os Fundos Estruturais, para o período 2000-2006, preconizam o envolvimento crescente do sector privado através do incremento das Parcerias Público-Privadas, dando ênfase à necessidade de, no âmbito da modernização e expansão dos serviços públicos, favorecer o recurso a fontes de financiamento privado e a inovadoras formas de “engenharia financeira”.

Reflectindo essas orientações, o Banco Europeu de Investimentos, enquanto instituição financiadora da União Europeia, tem vindo a assumir um envolvimento crescente no desenvolvimento da fórmula PFI. A carteira de projectos PFI/PPP, excluindo o Eurochannel, ascende a mais de 6.000 milhões de euros, abarcando os sectores: rodoviário, das telecomunicações, dos caminhos-de-ferro, da energia, da água e resíduos sólidos, da educação e saúde.

Os PPP são projectos de iniciativa pública, tendo em vista lançar um novo empreendimento público ou renovar, expandir e reconverter um serviço público anteriormente existente. Assim, a via PFI constitui primordialmente uma forma de aquisição ao sector privado da prestação de um serviço público, numa óptica de longo prazo.

ANTECEDENTES EM PORTUGAL

Em Portugal já existem importantes experiências de PPP, particularmente em obras públicas de grandes dimensões.

Na área da saúde o contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), Amadora/Sintra é uma forma particular de parceria público privada.

A forma como esta parceria se tem desenvolvido proporciona seguramente importantes ensinamentos para o futuro que não foram devidamente sistematizados e aprofundados. No entanto alguns destes ensinamentos já são evidentes com os elementos disponíveis:

- a inexistência de mecanismos de regulação e acompanhamento por parte do Estado que assegurem a monitorização rigorosa dos prestadores, criam suspeições indesejáveis;
- o não ter sido negociado um contrato programa, claro e objectivo, leva à existência de diferenças significativas nos resultados apurados, que em nada beneficiam a transparência do processo e introduzem grandes desconfiças sobre as virtualidades do modelo;
- de acordo com o relatório do INA, o HFF, o único exemplo mitigado, de parceria público/privada em Portugal (o investimento inicial é público), é certamente mais lucrativo por assentar numa gestão de pessoal mais eficiente (emprega menos pessoas para os mesmos serviços), mas os preços dos serviços

que fornece são apresentados como não competitivos, embora estejamos perante uma avaliação de experiências muito incipiente e pouco discutida nos meios técnicos, o que não permite, com segurança, retirar conclusões convincentes.

OPÇÕES POLÍTICAS E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS PPP

O Governo anunciou que planeia o lançamento de concursos para dez novos hospitais (oito dos quais de substituição) nos próximos três anos. Estes terão o estatuto de PPP. A posse permanecerá no sector público, mas a gestão será totalmente privada. A expectativa do Governo é a de deslocar parte dos riscos do investimento para o sector privado, embora retenha os benefícios dum serviço privatizado.

Foi dada continuidade a algumas iniciativas do anterior executivo nesta matéria. Em Janeiro de 2002, através do despacho n.º 1997/2002, foi constituído o grupo de trabalho para lançamento de projectos hospitalares de PPP, denominado Estrutura de Missão:

“A Estrutura de Missão tem como principal responsabilidade desenvolver um enquadramento legal apropriado ao lançamento de projectos de parceria público/privados no sector da Saúde, mas tem, também, a responsabilidade de identificar projectos e prepará-los para serem lançados sob a forma de parcerias; de organizar e conduzir os concursos públicos relativos a cada projecto; de acompanhar a experiência internacional e incorporar as melhores práticas e ainda de apoiar o MS no desenvolvimento de instrumentos e dispositivos de regulação económica.”

Já com o actual governo, em **20 de Agosto de 2002**, foi estabelecido o ***Regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados*** (Decreto-Lei n.º 185/2002 e Despacho n.º 19 946/2002, de 29 de Agosto).

Estão já em curso as medidas tendentes à implementação das dez experiências anunciadas. O Governo pretende lançar até ao final do ano o concurso internacional para a construção e exploração do primeiro hospital de parceria público/privado, que deverá ficar em Loures. É, disso exemplo, o acordo estratégico de colaboração entre o Município e o Ministério da Saúde (MS) com vista ao lançamento do Hospital, assinado em 9 de Abril de 2003, nos Paços do Concelho de Loures.

O caso do Hospital de Loures

Segundo o Município de Loures, o Hospital vai ser construído numa parceria público-privada, integrado no SNS e disporá das valências de Obstetrícia e Pediatria e ainda de Serviço de Urgência e irá servir cerca de 300 mil utentes, residentes na área dos concelhos de Loures, Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

Foram já também aprovados os procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão que envolvem concepção, construção, financiamento e exploração de estabelecimentos hospitalares, considerando o Governo que concluiu o capítulo do enquadramento jurídico dos futuros contratos de gestão.

VANTAGENS E INCONVENIENTES, OPORTUNIDADES E RISCOS DAS PÚBLICO/PRIVADO, EM SAÚDE

A primeira constatação importante na análise das vantagens e inconvenientes das PPP está no facto de existirem vários tipos de parcerias que é indispensável distinguir. Existem parcerias para a construção de instalações e para o equipamento de serviços públicos (de longe a modalidade onde existe maior experiência) e existem outras parcerias para a gestão de serviços públicos (onde a experiência é muito mais limitada e bem mais controversa). Por outro lado há que considerar as parcerias com o sector privado social (não lucrativo), onde existe uma certa preocupação em que as vantagens económicas obtidas através da parceria sejam reinvestidas no sector e as parcerias com o sector privado lucrativo onde isto não acontece.

Não é intenção deste relatório apresentar um estudo exaustivo sobre as vantagens e inconvenientes das PPP no contexto específico da saúde em Portugal. São no entanto evidentes os argumentos de que ele é muito necessário.

Se consideramos em primeiro lugar as vantagens e inconvenientes das PPP entre o sector público da saúde e o sector privado lucrativo para o desenvolvimento de infraestruturas e equipamentos encontraremos, num clima de considerável controvérsia, essencialmente o seguinte:

VANTAGENS

A literatura disponível aponta como principais vantagens as seguintes: (i) o “*value for money*”. Este conceito abrange a ideia de que embora seja mais dispendioso para os governos usarem financiamento privado do que contrair empréstimos directamente, os ganhos da eficiência no sector privado compensam os do sector público. Tal facto anula, os custos adicionais dos empréstimos e, explica, as diferenças inerentes à motivação nos sectores público e privado; (ii) é esperado, que através dos PPP, o sistema beneficie da gestão e perícia do sector privado o qual, sob a pressão das forças de competição no mercado, conduzirá a novas ideias positivas e inovadoras e, (iii) um argumento adicional na sustentação dos PPP é a transferência do risco do sector público para o privado. Os riscos transferidos incluem quer os de projecto, quer os de construção. Tal é visto como vantajoso, dado que se considera que o sector privado possa ser mais eficiente na gestão de determinados riscos.

INCONVENIENTES:

Alguns estudos, nomeadamente do Institute for Public Policy Research e de Fox, L., 2002, defendem que os PPP não proporcionam “*value for money*”, não rentabilizam o investimento e são demasiado caros. Um outro argumento é o de que os consórcios privados envolvidos com os projectos de PPP podem obter empréstimos a taxas mais baixas, o que sugere que há um risco muito pequeno associado ao empréstimo. Consequentemente, isto indica que não há nenhum risco real que seja transferido do sector público para o privado.

A abordagem dos PPP é ainda muito criticado pela confidencialidade comercial, que é dominada pelos consórcios privados porquanto obscurece a responsabilização e torna difícil a comparação entre esquemas de financiamento público e privado. Outro argumento contra os PPP, é que é indesejável para o sector da saúde participar em contratos a longo prazo. As mudanças na procura e acontecimentos imprevistos no futuro, podem introduzir graves restrições nos recursos se as autoridades de saúde ficarem condicionadas por contratos de PFI.

Se considerarmos agora as PPP que incluem tanto o desenvolvimento das infra-estruturas e equipamento como a gestão dos serviços pode dizer-se que a experiência existente é não só muito mais limitada, mas bastante mais controversa.

O exemplo mais conhecido que é normalmente utilizado é o do Hospital La Ribera – Alzira, em Espanha – Valência, cujo pagamento é baseado em capitação (224,58 € ao ano por habitante), que serve uma população de 230 000 habitantes e que funciona desde 1 de Janeiro de 1999. Não se conhecem trabalhos de avaliação, independentes dos interesses, sobre esta experiência, e até agora esta não foi replicada em Espanha ou em qualquer outro sistema de saúde de características similares.

Esta é uma das modalidades de PPP que o governo pretende pôr a concurso para dez novos hospitais para os próximos 3 anos.

COMENTÁRIO FINAL

No actual estado do conhecimento sobre PPP para o desenvolvimento das infra-estruturas e para a gestão de unidades hospitalares, considerando as fragilidades dos dispositivos de regulação e governação, amplamente documentadas neste relatório, não parece tecnicamente legítimo implementar as dez PPP anunciadas para o sector hospitalar sem a publicitação e discussão de uma análise detalhada da fundamentação na base do conhecimento existente sobre esta matéria e sem uma estimativa elaborada sobre o seu previsível impacto no sistema de saúde português.

Sabe-se que a maior parte das experiências descritas não se situam na área da saúde; as que existem são maioritariamente na área hoteleira e na construção/remodelação, mas as opiniões dividem-se sobre os resultados alcançados, como já ficou descrito. Sabe-se igualmente que as poucas experiências que envolvem a área clínica, não estão suficientemente documentadas e que os resultados apresentados são fortemente contestados.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Na análise da nova legislação sobre Centros de Saúde recentemente aprovada há que salientar alguns aspectos fundamentais: *(i)* os antecedentes, contexto para a reforma e base de evidência *(ii)* o processo de preparação e adopção da nova legislação; *(iii)* o seu conteúdo, *(iv)* conclusões.

ANTECEDENTES, CONTEXTO PARA A REFORMA E BASE DE EVIDÊNCIA

Os cuidados de saúde primários têm uma lógica organizacional diferente dos hospitais - não dependem tanto de infra-estruturas dirigidas a suportar tecnologias elaboradas, mas com comportamentos intensamente relacionais entre profissionais e indivíduos são ou doentes, com as suas famílias e outros componentes do ambiente onde se integram.

O Relatório da Inspeção-Geral da Saúde relativo às inspeções temáticas realizadas nos Centros de Saúde sobre “Atendimento e Humanização”, divulgado em 2002, identifica um conjunto de factores organizacionais e de recursos humanos, dos quais se destacam

- “Inexistência de cultura de trabalho em equipas multidisciplinares de saúde”;
- “Deficiente sistema de marcação e gestão das consultas”;
- “O número de Médicos de Família é insuficiente para responder satisfatoriamente às necessidades dos utentes”;
- “O número de enfermeiros disponível não possibilita uma actividade estruturada em equipas multidisciplinares de saúde”;
- Esta carência de enfermeiros “condiciona as possibilidades de desenvolver programas de apoio domiciliário e outros de natureza diversa”;
- “O número de administrativos não possibilita um apoio organizacional mais eficaz”;
- Um número significativo de Centros de Saúde caracteriza-se, precisamente, por “carências ao nível da formação profissional” por parte destes profissionais.

Apesar destas dificuldades, os centros de saúde, no seu conjunto, têm conseguido resultados que não podem deixar de ser valorizados. Num documento publicado pelo Ministério da Saúde no primeiro trimestre de 2002, são resumidos os principais indicadores de actividade dos serviços de saúde, relativamente aos Centros de Saúde, verifica-se entre 1985 e 2000, um claro aumento de produtividade e ganhos de eficiência sustentados, apesar da progressiva diminuição dos recursos humanos no sector (ver **Quadro XVIII**): *(i)* mais de 8,4 milhões de consultas não urgentes; *(ii)* mais de 5,3 milhões de consultas urgentes; *(iii)* aumento superior ao dobro das consultas de Saúde Materna; *(iv)* aumento superior ao triplo das consultas de Planeamento Familiar e *(v)* aumento superior ao triplo das consultas de Saúde Infantil.

Quadro XVIII – Evolução do número de consultas, de urgências e de médicos nos Centros de Saúde

| | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| Total de Consultas | 18.338,7 | 22.790,5 | 24.584,6 | 26.734,3 |
| Total de Urgências | 1.485,7 | 3.324,9 | 4.383,9 | 5.470,2 |
| Médicos | 8.172 | 8.358 | 7.504 | 7.017 |

Fonte: MS – DGS/INE (unidade – 1000)

O Regime Remuneratório Experimental (RRE) para a Medicina Familiar, em vigor desde 1998, contando com 20 grupos em funcionamento, é seguramente um exemplo de inovação no caminho certo. Os médicos envolvidos neste projecto realizaram uma auto-avaliação do ano 2001, tendo como instrumentos uma adaptação do MoniQuOr e um conjunto de indicadores de actividade. Os resultados foram apresentados no final de 2002, com discussão no 1º trimestre de 2003. Em relação ao MoniQuOr os RRE apresentam uma taxa de cumprimento dos critérios superior a 70%, exceptuando a área de Educação Contínua e Avaliação da Qualidade. Os indicadores e taxas de actividade, quando comparados com os disponíveis a nível regional (SRS Porto, pelo número de RRE existentes nessa sub região), apresentam melhores resultados tanto na produtividade como na acessibilidade, eficiência e qualidade.

No inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde (M. Villaverde Cabral, 2002), já atrás referido, podem destacar-se os seguintes aspectos:

- 83,7% dos portugueses têm acesso ao seu Médico de Família;
- 52,8% estão a menos de 10 min. do Centros de Saúde e 32,6% a menos de 20 min.;
- 50% dos utilizadores têm consulta no próprio dia e 25% em menos de 5 dias;
- 68,3% (cerca de 2/3) considera que a espera pela consulta não é demorada ou excessiva;
- 75% dos utilizadores dos Centros de Saúde estão satisfeitos e 75% dos não utilizadores não estão satisfeitos;
- cerca de 50% considera o funcionamento dos Centros de Saúde como Bom ou Muito Bom;
- 78% dos portugueses avalia como positivo o desempenho do Médico de Família;
- 73,7% considera como Boa ou Muito Boa a relação com o seu Médico de Família;
- mais de 2/3 (67,3%) das mães com filhos menores de 18 anos doentes vão ao CS;
- 66,3 % destas consideram os cuidados como bons ou muito bons.

Para dar sentido àquilo que se analisa e sustentar propostas de mudança é importante estar-se atento à evolução da base de conhecimentos em cuidados de saúde primários. A nível internacional, três referências recentes merecem algum destaque: (i) a iniciativa da *American Academy of Family Physicians (AAFP)* – “*Future for Family Medicine*”, projecto que tem como objectivo “*Develop a strategy to transform and renew the specialty of family practice to meet the needs of people and society in a changing environment.*” (www.futurefamilymed.org); (ii) a publicação, pela *World Family Doctor Caring for People (WONCA)*, de dois importantes textos frutos da discussão internacional dos últimos anos: “*The European definition of General Practice/Family Medicine*” e “*Improving Health Systems: The contribution of Family Medicine. A guidebook*”; (iii) a discussão, no Reino Unido, entre as estruturas médicas e o governo de um novo sistema retributivo dos Médicos de Família caracterizado pela existência de um componente de 50 a 60% da retribuição dependente de indicadores de desempenho clínico (www.bma.org.uk)

Nos últimos anos, o envolvimento dos profissionais dos cuidados de saúde primários e das suas associações, particularmente a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), na análise da organização e gestão do seu exercício profissional tem sido muito substancial - uma extensa literatura sobre esta matéria tem sido produzida nas duas últimas décadas e a APMCG tem realizado com regularidade debates sobre estes temas com assinaláveis interesse e níveis de participação. A renovação que se tem verificado na enfermagem de cuidados de saúde primários tem contribuído para estabelecer neste sector lideranças técnicas e culturais de elevada qualidade. Não parece ser possível proceder a uma reforma dos cuidados de saúde primários sem um envolvimento forte e precoce das suas lideranças profissionais.

O PROCESSO DE PREPARAÇÃO E ADOÇÃO DA NOVA LEGISLAÇÃO

Em meados de Julho de 2002, os órgãos de comunicação social divulgaram uma versão de um projecto de decreto-lei que visava criar uma “rede” de prestação de cuidados primários de saúde. Como finalidades a atingir com esse novo diploma legal foram anunciadas as seguintes: (i) “dar um médico assistente a todos os portugueses” uma vez que, segundo os dados disponíveis, haveria mais de 1 milhão de cidadãos sem esta possibilidade; (ii) “acabar com as listas de espera de madrugada à porta dos centros de saúde”, (iii) “permitir a marcação de consultas pelo telefone”; (iv) “aumentar a disciplina e o rigor no funcionamento do sector” e, ainda, (v) “atribuir um maior protagonismo ao sector privado, social e cooperativo na área dos cuidados de saúde primários”.

Quando o Ministério da Saúde anunciou que abandonava liminarmente o projecto dos “centros de saúde de 3ª geração” não teria seguramente a informação que os componentes técnicos essenciais mais importantes desse projecto (pequenas equipas multiprofissionais, sistemas de remuneração, informação, informação e qualidade adaptados à especificidade dos cuidados de saúde primários) tinham sido idealizados, discutidos, desenhados e ensaiados por um importante núcleo de profissionais dos cuidados de saúde primários. Estes surgiram neste papel pela capacidade de liderança, reconhecida pelos seus pares, e não por terem ligações especiais com qualquer agenda política.

Teria sido possível ao Ministério da Saúde introduzir na legislação dos cuidados de saúde primários aspectos que considerassem essenciais na prossecução da sua agenda política sem desperdiçar o capital de experiência e os conhecimentos acumulados, evitando dar a impressão que este trabalho lhe é indiferente ou desconhecido, sem *“deitar fora o bebé com a água do banho”*.

A partir daqui enraizou-se nos profissionais de saúde a ideia de que a nova legislação de cuidados de saúde primários ia evoluindo - em múltiplas versões - sem integrar a sua experiência ou envolve-los efectivamente. Este processo foi-se agravando, aparentemente, sem o Ministério de Saúde se aperceber das suas causas.

Assim, acabou por se constituir, pela primeira vez em mais de uma década, uma ampla “plataforma comum” de oposição a uma iniciativa legislativa na área da saúde onde é possível identificar três níveis distintos: (i) acção concertada das organizações profissionais - Ordem dos Médicos, os dois sindicatos médicos do sector, das Associações de médicos de clínica geral e de saúde pública, que levou à convocação de uma greve com considerável adesão; (ii) apreciações técnicas negativas por grande parte daqueles que têm competência técnica reconhecida em questões de organização e gestão de cuidados de saúde primários e, (iii) manifestações de desacordo por parte de personalidades políticas de vários quadrantes.

O diploma acabou por ser promulgado pelo Presidente da República em 27 de Fevereiro de 2003 e publicado no Diário da República do dia 1 de Abril, com o número 60/2003. O seu Artigo 31º condiciona a entrada em vigor do diploma à entrada em vigor de outro diploma que aprove a criação de uma entidade reguladora, aliás prevista pelo Programa de Governo, que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho.

Figura 23- Evolução política nos cuidados de saúde primários

| | | | | | | | | | | |
|------------------------|------|------|---|---|---|---|--|---|---|--|
| | | | | | Regime de Convenções | | | | | |
| | | | | | Instituto Qualidade Saúde | Centros Saúde 3ª Geração | | | | |
| | | | | Sistema de Verificação Incapacidades ("Baixas") | Novo Horário Centros Saúde | Criação Centros Regionais Saúde Pública | | Regime Incentivos (Saúde XXI) | Rede de Cuidados Continuados | |
| | | | | Avaliação Centros Saúde (MoniQuor) | Regime Remuneratório Experimental (RRE) | Regime Remuneratório Experimental (RRE) | Prorrogação (2 anos) Regime Remuneratório Experimental (RRE) | Regime Remuneratório Experimental (RRE) | Regime Remuneratório Experimental (RRE) | Prorrogação (1 ano) do Regime Remuneratório Experimental (RRE) |
| | | | | MoniQuor | MoniQuor | MoniQuor | MoniQuor | MoniQuor | MoniQuor | |
| | | | Criação das Agências Contratualização Regionais | Orçamentos Programa | Orçamentos Programa | Orçamentos Programa | Orçamentos Programa | Orçamentos Programa | Orçamentos Programa | Rede CSP |
| | | | SINUS | SINUS | SINUS | SINUS | SINUS | SINUS | SINUS | SINUS |
| Aprovação Projecto RIS | | RIS | RIS | RIS | RIS | RIS | RIS | RIS | RIS | RIS |
| | | | Cartão de Utente | Cartão de Utente | Cartão de Utente | Cartão de Utente | Cartão de Utente | Cartão de Utente | Cartão de Utente | Cartão de Utente |
| 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |

Fonte: Diários da República de 1990-2003

A forma relativamente invulgar como se processou a promulgação deste diploma por parte do Presidente da República não deverá possivelmente ser interpretada “sensu strictu”, mas mais como uma manifestação de incomodidade pela natureza e amplitude do desacordo expresso em relação a esta iniciativa legislativa ser de facto pouco habitual. Aliás, não é previsível que uma “entidade reguladora” por mais necessária que ela seja e por mais apropriado que o seu desenho possa ser, consiga suprir por si só o considerável défice dos dispositivos de regulação e governação ilustrado neste relatório.

O CONTEÚDO DA NOVA LEGISLAÇÃO SOBRE OS CENTROS DE SAÚDE

Em 20 de Dezembro é anunciada a aprovação do Decreto-Lei em Conselho de Ministros.

No essencial o conteúdo da nova legislação sobre os centros de saúde pode resumir-se da seguinte forma:

- reconhece-se que as actividades de gestão e de coordenação têm um valor intrínseco e específico que deve ser financeiramente recompensado
- reforça-se a responsabilização pelo seu desempenho e estabelece-se o princípio da publicitação dos indicadores de desempenho.
- introduz-se a figura do “médico assistente”
- introduz-se o contrato individual de trabalho
- acentua a possibilidade de se adoptarem nos actuais centros de saúde fórmulas de gestão privada – de carácter lucrativo ou social
- opta-se por “regressar” a um modelo organizacional tradicional (1983)

A reacção das organizações profissionais do sector, particularmente dos médicos e dos enfermeiros, com destaque para os primeiros, foi muito crítica. A ideia de que se queria criar a figura do médico assistente pessoal, substituindo o conceito já enraizado da figura do “médico de família”, enquanto médico com formação especializada e qualificação específica na área da medicina geral e familiar, admitindo recrutar médicos indiferenciados ou com outros tipos de formação para os centros de saúde foi particularmente sensível para as organizações do sector. Também se apontou para a pouca clareza do enquadramento e das regras para a participação das entidades privadas na referida Rede. Do ponto de vista dos sindicatos médicos e de enfermagem, o documento pretendia a “precarização dos vínculos laborais”, “o desmantelamento das carreiras profissionais” e a desqualificação dos cuidados primários e dos centros de saúde.

O Ministro da Saúde responde à contestação desta legislação no DN (25/2/2003) em quatro pontos: (i) a figura do médico de família como um especialista em medicina geral e familiar é para manter e as carreiras profissionais não estão em causa. Não havendo médicos de família suficientes continuar-se-á a contar, como até agora, com médicos sem especialização, designados “clínicos gerais” para colmatar essas lacunas. Poder-se-á contratar especialistas em outras áreas que libertarão o médico de família de algumas tarefas; (ii) a opção pela existência de um director do centro, em vez da direcção actual com três elementos, visa dar uma maior eficiência de gestão, ficando salvaguardada a autonomia profissional e técnica de cada médico; (iii) a gestão dos centros de saúde poderá ser atribuída a entidades públicas ou privadas, designadamente cooperativas de profissionais que a queiram assumir, desde que sejam contratualizados objectivos a atingir que satisfaçam as necessidades dos utentes e, (iv) em relação aos direitos dos profissionais, a adopção da figura do contrato individual de trabalho pode apenas ser aplicado a quem entra de novo no sector ou a quem opte por este regime.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contrário do que aconteceu com o sector hospitalar não foi introduzido na gestão dos centros de saúde, com esta legislação, a reforma da organização e gestão que há muito os profissionais de cuidados de saúde primários vêm reclamando, e sem a qual é improvável que se verifiquem mudanças substanciais na prática dos centros

de saúde se: (i) não é flexibilizado o seu modelo organizacional - existem centros de saúde com 20 profissionais e outros com quase 300; (ii) a estrutura continue a assentar em blocos ou unidades segmentadas por grupos profissionais e não em pequenas equipas multiprofissionais, tal como vem sendo proposto por diversas organizações e entidades; (iii) o “Serviço de Cuidados Personalizados de Saúde”, da legislação de 1983, não é desmontado em unidades multiprofissionais de pequena dimensão - apenas tendo sido mudado o nome deste serviço para “Unidade de Cuidados Médicos”; (iv) não é instituída uma Direcção Técnica/Clínica, com atribuições na área da gestão clínica e da qualidade técnico-científica dos cuidados; (v) não é conferido aos centros de saúde um estatuto jurídico que lhes permita verdadeira autonomia de gestão (administrativa e financeira), uma vez que, na prática, vão ficar na mesma situação de dependência tutelar das ARS/“Sub-regiões”, em que se encontram actualmente.

As organizações profissionais do sector, em especial a APMCG, têm declarado insistentemente que, para evitar a degradação e agonia lenta dos cuidados de saúde primários, será necessária uma intervenção excepcional, prioritária e urgente que requer:

uma visão estratégica sobre o futuro dos cuidados de saúde primários, partilhada pelos principais agentes da mudança, designadamente os profissionais dos centros de saúde;

reforço em quantidade e qualificação dos recursos humanos nos cuidados de saúde primários;

competências técnicas intermédias para a condução dos necessários e complexos processos de mudança organizacional a nível local;

lideranças motivadoras e um clima de confiança e envolvimento a todos os níveis do sistema;

mudança organizacional profunda para uma estrutura e dinâmica de equipas multiprofissionais enquadradas técnico-cientificamente por uma direcção técnico-clínica;

instalação generalizada de sistemas de informação adequados que facilitem e enriqueçam o trabalho dos profissionais e simplifiquem a relação dos cidadãos com os serviços de saúde.

Se os centros de saúde não evoluírem do modelo burocrático tradicional para um espaço organizacional de apoio a um conjunto de pequenas equipas funcionais, não poderão deixar de involuir para uma redução progressiva dos seus recursos e capacidades com uma previsível perda acentuada de efectivos nos próximos anos.

Para restabelecer o necessário clima de confiança entre o Ministério da Saúde e os profissionais de cuidados de saúde primários seria porventura necessário tornar clara a convicção comum que uma rede, gerida pelo sector privado lucrativo, de “médicos assistentes” de diferente nível de diferenciação dificilmente proporcionará ao

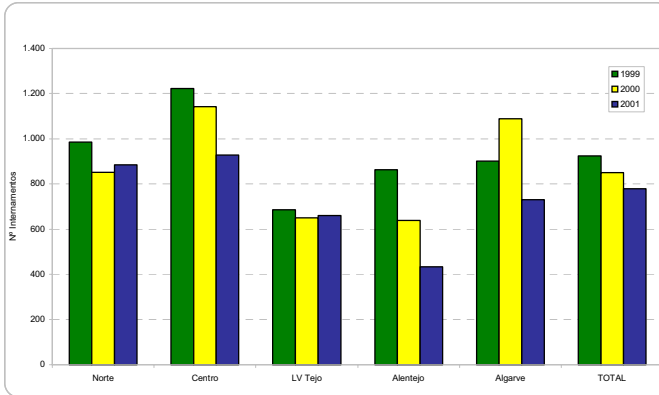
conjunto da população portuguesa cuidados de saúde primários de qualidade.

RESULTADOS

Os serviços de saúde existem para proporcionarem cuidados de qualidade susceptíveis de melhorar o estado de saúde da população portuguesa. As reformas de gestão interessam se forem capazes de contribuir para essa melhoria de resultados no sentido de acentuar este princípio. Incluem-se aqui referências específicas à diabetes mellitus, à tuberculose pulmonar, ao diagnóstico pré-natal e aos acidentes vasculares cerebrais.

DIABETES MELLITUS

Figura 24 - Número de internamentos por ceto-acidose sem coma ceto-acidótico e coma hiper-osmolar em



diabéticos por 100.000 diabéticos

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Com a melhoria de acesso aos materiais de auto-vigilância implementada desde 1998 ainda não se verifica diminuição do número de amputações major dos membros inferiores, mas constata-se uma tendência decrescente do número de internamentos hospitalares por descompensação diabética. Tal poderá permitir inferir, se essa tendência se mantiver, que os diabéticos estarão a ser melhor controlados.

Tanto num caso como no outro os dados disponíveis mostram importantes diferenças regionais que é necessário

investigar.

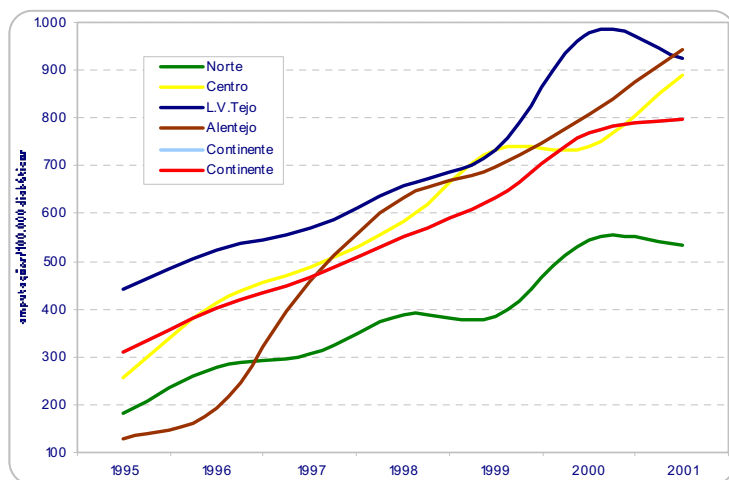


Figura 25 – Número de amputações em diabéticos por 100.000 diabéticos

Fonte: IGIFS, Novembro 2002

TUBERCULOSE

O desempenho do programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNT) registou importantes melhorias nos últimos 5 anos, na redução das taxas de cura e detecção (ver **Quadro XIX e XX**), na adaptação dos regimes de tratamento directamente observado (aumento superior a 50%) e na redução do tempo médio de tratamento (de 13,4 para 8,0 meses).

Uma diminuição das assimetrias locais destes desempenhos permitiria assegurar uma descida mais acentuada da incidência da tuberculose pulmonar no país.

| 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|-------|------|-------|-------|-------|
| 73,8% | 82% | 83,3% | 85,3% | 85,3% |

Quadro XIX - Taxa de cura dos casos de tuberculose pulmonar, bacilíferos (evolução nas coortes, analisadas, de 1997 a 2001)

Fonte: DGS, Programa nacional de luta contra a tuberculose, 2002

| 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 |
|------|------|------|------|------|
| 73% | 67% | 83% | 77% | 83% |

Quadro XX- Taxa de detecção da tuberculose pulmonar bacilífera (evolução nas coortes, analisadas, de 1996 a 2000)

Fonte: DGS, Programa nacional de luta contra a tuberculose, 2002

DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Segundo o relatório divulgado pela Divisão de saúde materna infantil e dos adolescentes da Direcção Geral da Saúde (Diagnóstico pré-natal, actividades realizadas em 2001), assiste-se, nos últimos anos, ao aumento progressivo de actividades de diagnóstico pré-natal.

Em 2001, verifica-se que, em relação a anos anteriores, mais mulheres grávidas residentes fora dos grandes centros tiveram acesso a técnicas invasivas. No entanto, se se tiver em conta o número de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos, 46% acederam ao cariótipo fetal (39,7% em 1999), mas com variações regionais que oscilaram entre 69,9% na região Centro e 39% no Norte e Algarve. Por outro lado, continua a ser necessário melhorar o acesso a exames ecográficos rigorosos e de qualidade. Isso é importante devido à elevada percentagem de anomalias fetais e nomeadamente doença genética que podem ser detectadas dessa forma.

AVC

Apesar de se assistir a um decréscimo das taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) estes continuam a constituir a principal causa de morte e de incapacidade nas pessoas idosas.

Em 2001 foram estabelecidas as recomendações para o desenvolvimento de unidades de AVC da Direcção Geral da Saúde, criadas Unidades de AVC em 5 hospitais (4 em Lisboa e 1 no Porto) e começou a funcionar a “via verde AVC” (que visa melhorar a assistência pré hospitalar na fase aguda do AVC e otimizar o acesso destes doentes à unidade de saúde adequada e accionada pelo 112).

No entanto, a par destes importantes acréscimos de meios para o tratamento agudo do AVC, a que acresce a recente aprovação, pela Agência Europeia do Medicamento, da utilização da trombólise nas três primeiras horas da fase aguda do AVC, observam-se importantes limitações na qualidade do processo de cuidados a estes doentes (ver **Quadro XXI**):

- um estudo realizado pela Direcção Geral da Saúde a doentes internados por AVC, no ano de 1996, durante um mês, em hospitais do Continente, mostrou que: (i) menos que 26% dos doentes referem ter recebido, os próprios ou a família, ensino sobre mobilização; (ii) somente 28% dos doentes receberam reabilitação formal durante a estadia no hospital e, (iii) menos de 20% tiveram apoio nos cuidados de saúde primários, depois da alta hospitalar.
- um outro estudo, realizado em doentes internados por AVC, durante um mês, num hospital distrital, em 2002, corrobora estes dados: 98% realizaram TAC nas primeiras 24 horas de internamento e 93% não referiram dificuldade em obter consulta no Centro de Saúde, mas (i) apenas 33% dos doentes, familiares ou cuidadores receberam ensino formal; (ii) nenhum doente teve consulta de fisioterapia nas primeiras 72 horas de internamento; (iii) 95% dos doentes não receberam reabilitação formal; (iv) mais de metade destes doentes não tinham consulta marcada de fisioterapia na altura da alta e, (v) após a alta só 29% dos doentes não tiveram dificuldade em iniciar reabilitação.

Do ponto de vista dos doentes, o tratamento do AVC continua a denunciar a falta de articulação entre serviços, a

| Doentes internados por AVC | Estudo DGS, 1996 | Estudo Hospital Distrital, 2001 |
|--|------------------|---------------------------------|
| Reabilitação formal durante internamento | 28% | 5% |
| Ensino formal durante internamento | < 26% | 33% |
| Continuidade de cuidados: hospital-centro de saúde | <20% | - |
| Continuidade de cuidados: hospital-reabilitação | - | <29% |

Não parece haver melhoria da situação desde 1996. O investimento na reabilitação e na capacitação das pessoas e famílias para se auto cuidarem continua a ser baixa. De salientar também a descontinuidade de cuidados após a alta.