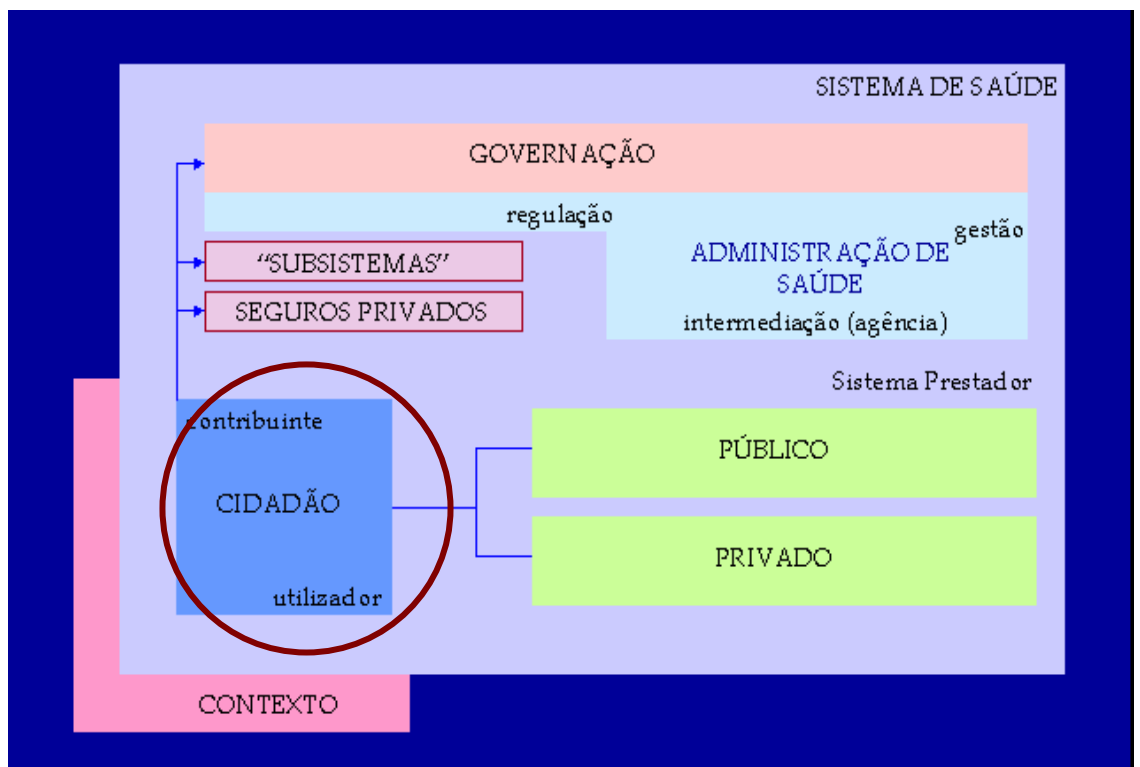


PARTE II - SAÚDE E CIDADÃO



- **Cidadania e informação**
- **Cidadania, representação e escolha**
- **Satisfação do utilizador**

Saúde e cidadão

Não é possível reformar a saúde sem alterar consideravelmente a relação do cidadão com o seu sistema de saúde. Situar “o cidadão no centro do sistema de saúde” constitui uma ideia com um conteúdo objectivo. Esta não é uma questão retórica. Existem instrumentos concretos que permitem realizá-la.

Em relação ao **direito à informação**, esta tem que passar a ser encarada como instrumento de democratização e não numa moda tecnologicamente neutra. A concepção de que a reforma da saúde é essencialmente uma questão de financiamento, organização e gestão dos serviços que permitam uma melhor resposta àquilo que as pessoas necessitam, e que isto é possível sem alterar consideravelmente as relações do cidadão com o seu sistema de saúde, não tem fundamento. O cidadão português tem pouca informação em relação ao sistema de saúde de que é contribuinte e utilizador. No que se refere à informação, os serviços de saúde não lhe reconhecem a propriedade.

O **direito de escolha** nos serviços de saúde é, frequentemente, espartilhado por obstáculos administrativos, muitas vezes desnecessários.

No respeitante ao **acesso** aos cuidados de saúde, e não referindo a falta de resposta do sistema, quantificada pelo número de cidadãos à espera de uma consulta ou de uma intervenção cirúrgica, há a salientar a falta de transparência destas mesmas listas de espera. O cidadão quando entra numa qualquer lista de espera não é informado de qual a sua posição nessa lista ou do tempo de espera previsível. No caso específico do Programa de Promoção do Acesso (1999) e embora esteja previsto um relatório de dois em dois meses a enviar pelo Ministério da Saúde à Assembleia da República sobre a situação das esperas cirúrgicas, isso não tem sido cumprido, sonhando-se uma vez mais, mesmo que de uma forma indirecta, a informação aos cidadãos.

Não se assegura a possibilidade de **reclamação** sem sofrer consequência indesejáveis e a escolha em relação ao acesso aos serviços de saúde continua a sofrer obstáculos administrativos desnecessários. Os mecanismos de intervenção do cidadão, a título individual, seja através do Gabinete do Utente (1986), do Livro de Reclamações (1996) ou outras, consubstanciam uma componente importante na auscultação do sentir da população decorrente do contacto com os serviços e envolvem quer o Estado e instituições prestadoras, quer as próprias Autarquias, também por força de diploma de defesa do consumidor (1996).

A **participação** dos cidadãos, através da realização da democracia económica, social e cultural e do aprofundamento da democracia participativa (Art. 2º da Constituição da República Portuguesa) é um marco importante na concepção do Estado de Direito. Este desiderato assume-se, não só como simples objectivo constitucional, mas como elemento essencial ao próprio conceito global de Estado de democracia plena ou de direito democrático e social. Surge como uma ferramenta que se insere numa vasta mudança da governação, como resultado de preocupações económicas, de necessidades e exigências diferentes dos cidadãos, bem como da quebra de confiança na Administração Pública, não sendo ainda indiferente às consequências da globalização da economia.

É considerada como um dos elementos fundamentais da concepção actual da gestão dos serviços de saúde, é a materialização da centralidade no cidadão, numa aproximação estratégica multidimensional.

As várias instâncias de participação dos cidadãos previstas pela Lei de Bases da Saúde (1990) e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993) distribuem-se segundo os níveis nacional, regional, concelhio e das instituições prestadoras: a nível nacional, existe o Conselho Nacional de Saúde, um órgão de consulta do Governo (Base VII); a nível regional, o Conselho Regional de Saúde que se constitui como um órgão consultivo das ARS (Art. 10º do ESNS); a nível concelhio, as Comissões Concelhias de Saúde são órgãos de consulta das ARS (Base XXVI e Art. 11º do ESNS); finalmente, a nível das instituições prestadoras, há nos hospitais os Conselhos Gerais, órgãos de participação e consulta (Art. 1º, 2º e 25º a 27º do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro) e, nos Centros de Saúde, os Conselhos Consultivos (Art. 19º, 28º e 29º do DL n.º 157/99).

No entanto, não são conhecidos do grande público, em geral, os resultados do funcionamento destas instâncias, as matérias alvo de debate e as respectivas consequências.

Ainda no que respeita à participação dos cidadãos, foram criados os Sistemas Locais de Saúde (1999) onde se prevêem funções, de novo, consultivas do Conselho Geral (Art. 7º, 11º e 12º), existindo mesmo a integração de um elemento do poder local no Conselho Coordenador (Art. 8º). Este poderia ser um passo decisivo na alienação democrática do poder burocratizado da Administração Pública, partilhando-o com os cidadãos. Todavia, o congelamento, na prática, desta iniciativa concorre para manter o encerramento do âmbito da esfera pública nos seus profissionais.

No direito de **representação** pode-se citar os pequenos avanços seguidos de recuos a que assistimos nos últimos anos, principalmente no que respeita à função de agência e às comissões de acompanhamento. Uma das funções atribuídas às Agências de Contratualização foi a de entidades intermediárias entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados, desenvolvendo instrumentos de contratualização que se constituem como modelos de desintervenção do Estado, ainda que na sua própria esfera (Moreira, V, Marques, M, 1998).

Também no âmbito da implementação das Agências, foi criada uma instância onde a vontade dos cidadãos fosse decisiva e que se constituísse como uma faceta da desejável participação do cidadão no sistema. Foi o caso das Comissões de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde (CAESS), unidades que englobavam representantes da Agência com funções de negociadores com as instituições de cada unidade de saúde e elementos representativos da população dessa mesma área, sejam as autarquias, sejam organizações de adesão voluntária: de defesa do consumidor, Ligas dos Amigos dos Hospitais, Misericórdias, etc.

O esvaziamento do processo de contratualização e das Agências tem estado a colocar em risco o próprio direito de representação dos cidadãos. De entre estes, os doentes crónicos mantêm-se organizados em associações de doentes, apresentando-se mais como instrumentos de pressão para a obtenção de benefícios fiscais ou de tratamento, do que como organizações de incentivo à participação dos cidadãos na área da saúde da sociedade portuguesa. Paralelamente, o voluntariado está a dar passos muito firmes, especialmente quando ligado a hospitais centrais ou oncológicos.

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Para além disto, metodologias desenvolvidas e validadas sobre estudos de **satisfação** só muito recentemente, com o apoio de algumas regiões e sub-regiões de saúde e com a actuação do Instituto da Qualidade em Saúde, começaram a ser implementadas, embora ainda não de uma forma sistemática. Nas restantes estruturas do Ministério, este direito dos cidadãos de serem ouvidos relativamente à qualidade dos cuidados prestados continua a ser ignorado.

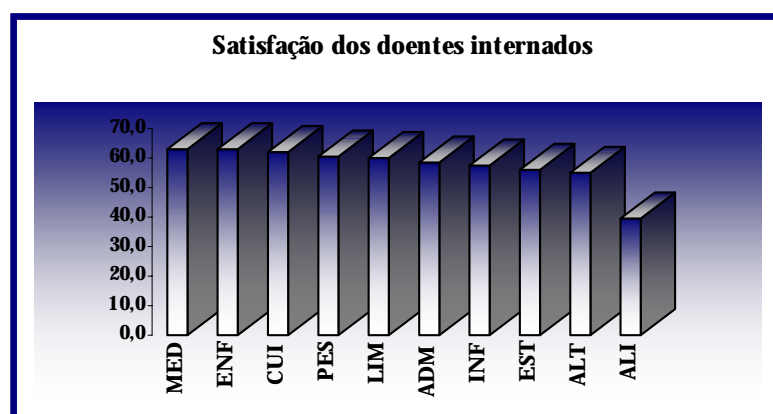
Para os referidos estudos de satisfação e de uma forma conceptual, há que ter em conta três grupos diferentes de fontes de informação (UE e OMS Europa). São elas (i) o cidadão em geral – o público – de quem se espera uma perspectiva mais global do sistema de saúde e da respectiva prestação de cuidados, (ii) o cidadão doente utilizador dos serviços de saúde e que, como consequência da sua experiência, possui uma perspectiva mais próxima da realidade em relação aos cuidados prestados e, finalmente, (iii) o cidadão utilizador frequente, doente crónico, que tem maiores preocupações de gestão da sua doença, de autonomia e que recorre ao sistema e aos serviços de saúde com grande regularidade. Por isso, tem uma maior dependência dos serviços e faz um outro tipo de exigências.

Analisando o primeiro grupo de cidadãos – o público – os últimos dados disponíveis (Mossialos E, 1997) colocam-nos a par da Itália, com a pior satisfação dos países da União Europeia face ao sistema de cuidados de saúde, com 59,3% da população a considerar-se muito ou ligeiramente insatisfeita. Provavelmente por esta mesma razão, 38,3% consideram haver necessidade de alterações fundamentais e 31,8% acham que o sistema deve ser completamente reconstruído.

No entanto, já em relação aos cidadãos utilizadores dos serviços de saúde e tendo em conta o perfil dos portugueses que recorrem aos serviços de saúde, a visão que podemos ter é ligeiramente diferente. Assim, há uma clara distinção entre a satisfação dos portugueses face à relação que esperam e conseguem estabelecer com os prestadores directos de cuidados, nomeadamente os médicos, e as condições físicas, de organização e gestão segundo as quais os cuidados são prestados. Nesta última categoria incluem-se condições de marcação e de espera de consultas e de intervenções cirúrgicas, tão penosas para os cidadãos.

Assim, na área do internamento hospitalar (ver Figura 1), os médicos (MED), os enfermeiros (ENF) e os cuidados diários (CUI) são as áreas às quais estão associados valores mais altos de qualidade. Por fim, a área menos associada à qualidade é a da alimentação (ALI) (Ferreira PL, Raposo V, 2000). Há ainda, no entanto, muito espaço para melhoria e para os benefícios que é possível esperar de uma reestruturação e de uma melhor organização dos serviços.

Figura 1 - Satisfação dos doentes internados

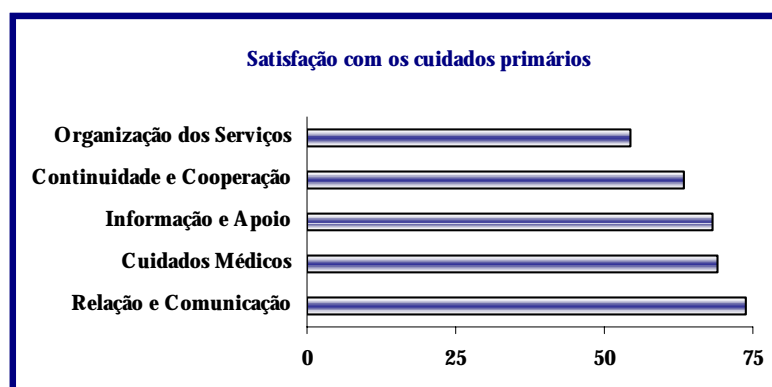


Fonte: Ferreira PL (1999)

Não podendo ignorar que a satisfação também depende das expectativas dos cidadãos e que estas expectativas estão relacionadas com o nível de participação, os utentes dos centros de saúde têm avaliações particularmente positivas acerca da interação com o seu médico de família, quer em termos humanos, quer em termos técnicos.

É interessante, no entanto, ver que os aspectos relacionados com a gestão e organização dos serviços obtiveram, de novo, avaliações mais negativas, como é o caso dos tempos de espera, da acessibilidade, da disponibilidade e da organização dos serviços, como se pode ver na Figura 2.

Figura 2 – Satisfação com os cuidados primários



Fonte: Ferreira PL (1999)

Sem atribuir mais **poder ao cidadão** – informação sobre a realização dos objectivos do sistema de saúde e sobre o acesso e a qualidade de cuidados de saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação face aos resultados – a reforma da saúde em Portugal será difícil de realizar.