

Os Enfermeiros no Centro da Saúde

Fórum Sindical
Internacional

SISTEMA DE SAÚDE

7 DE JUNHO/2002

COM A PARTICIPAÇÃO

- ROYAL COLLEGE OF NURSING
(GRÃ-BRETANHA)
- SATSE (ESPANHA)
- SEP



CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO

Nos últimos anos, vem-se discutindo, aos vários níveis da sociedade portuguesa, como minimizar os constrangimentos detectados no Sistema de Saúde Português com o objectivo de dar respostas mais adequadas às necessidades em Saúde aos cidadãos.

A Direcção do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses tem emitido variadíssimos pareceres e realizado intervenções públicas, apresentando propostas sobre a forma de rentabilizar os recursos existentes e diminuir os gastos aumentando a eficácia, defendendo uma estratégia de Saúde assente nos Cuidados de Proximidade, protagonizados pelos Centros de Saúde, deixando para trás a era da aposta, quase exclusiva ou preferencial, nos Cuidados Curativos e Hospitalares.

Neste contexto, a Direcção do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses considerou útil a organização de um fórum de debate e reflexão sobre esta temática, realizando-o no seguimento do seu 2º Congresso e abrindo-o ao público em geral, a todos os enfermeiros e restantes técnicos da Saúde.

O Fórum terá a participação de duas instituições internacionais de enfermeiros, Royal College of Nursing (Grã-Betanha) e SATSE (Espanha), que trarão até nós as suas experiências, há muito vivenciadas.

Como Comentador do Fórum teremos a honra da participação do Professor doutor Sakellarides, personalidade que há longos anos tem acompanhado de perto os problemas da saúde, quer a nível nacional quer a nível Internacional.



**Mesa abertura do Fórum Sindical Internacional
“ Sistema de Saúde”**



Lynne Young, Community Health Adviser, Royal College of Nursing

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) no Reino Unido passaram por uma grande reviravolta, mudança radical e desenvolvimento desde princípios de 1998.

A maior parte dos enfermeiros comunitários estiveram na vanguarda de muitas e empolgantes iniciativas que desafiaram as bases do poder tradicional e as linhas de demarcação históricas. Os cuidados de saúde no Reino Unido estão basicamente a passar por uma bem-vinda experiência de mudança de poder e influência, e os enfermeiros dos CSP têm novas oportunidades de influenciar e conformar o desenvolvimento do serviço local.

Muitas das mudanças centram-se na melhoria dos serviços de CSP para populações vulneráveis e grupos excluídos com o objectivo de reduzir as actuais inaceitáveis desigualdades de saúde. Os enfermeiros estão igualmente a desenvolver recursos locais para as populações com o objectivo de as ajudar na melhoria das suas próprias condições de saúde e bem-estar. São agora oferecidos novos poderes e oportunidades sem precedentes aos enfermeiros comunitários, e os CSP estão actualmente numa forte posição para apoiar os enfermeiros que estiverem na disposição de influenciar o desenvolvimento de um sistema de cuidados de saúde moderno e eficaz.

A transferência política da saúde para a Escócia, Irlanda do Norte e País de Gales resultou na implementação de diferentes políticas nestes diferentes países, sendo provável ainda mais fragmentação no futuro. No entanto, apesar das diferenças de estrutura, língua e escalas de tempo entre os quatro países, os temas e intenções de mudança são notavelmente semelhantes. Estes temas e intenções da actual política de saúde são os seguintes:

1. Melhoria da saúde pública
2. Redução das desigualdades na saúde

3. Implementação de melhores práticas, normalizadas em todos os sectores através da implementação de administração clínica, Estruturas de Serviço Social, protocolos, linhas directrizes e directivas;
4. Maiores poderes e influência para os enfermeiros, especialmente nos CSP;
5. Melhoria da integração entre as diferentes agencias de saúde e assistência social e o Poder Local. Está implementada em Inglaterra uma política que estabelece um acordo entre o SNS e o sector independente;
6. Alargamento do papel e responsabilidade dos enfermeiros, e.g. prescrição por enfermeiros, serviços chefiados por enfermeiros (especialmente o tratamento de doenças crónicas e doenças menores);
7. Está a tornar-se cada vez mais forte uma agenda sobre o desenvolvimento de novas formas de trabalho, eliminação de hierarquias ultrapassadas e linhas de demarcação entre as diferentes disciplinas. A liderança no SNS é um tema actual e é visto como um catalizador para se conseguir um sistema de cuidados de saúde moderno em vez de uma reconfiguração de organizações. A enfermagem pode ajudar na transformação dos cuidados se estiver na disposição de exercer a prática em formas inovadoras, fortalecer o trabalho em equipa e aceitar o desafio da modernização em vez de lhe resistir.
8. Acabou a subcontratação de serviços de cuidados de saúde e estão a desenvolver-se importantes esforços no desenvolvimento do comissionamento a longo prazo com o objectivo de melhorar estado da saúde comunitária.

A Lei do SNS de 1999, os posteriores Planos do SNS, a Lei da Saúde e Assistência Social de 2001 (só Inglaterra e País de Gales) e o Projecto Lei do SNS e das Profissões (2002) oferecem numerosas e fantásticas oportunidades aos enfermeiros e outros clínicos de "reconceberem" e melhorarem a saúde pública e a assistência aos doentes. As novas estruturas e organização são actualmente diferentes nos quatro países mas, para simplificar, esta apresentação vi centrar-se apenas em Inglaterra.

INGLATERRA:

Até 2004 todos os CSP serão prestados por Trusts de Cuidados Primários e temos já implementados os primeiros Trusts de Cuidados. As Autoridades de Saúde foram substituídas por um número muito reduzido de Autoridades de Saúde Estratégicas e a maior parte da orçamentação dos cuidados de saúde foi actualmente devolvida aos Executivos dos CSP. Até 2003 os CSP disporão de fundos para todos os serviços de cuidados de saúde e dado os enfermeiros estarem actualmente representados nos Conselhos de Administração e Executivos dispõem de uma influência real na forma de prestação de cuidados aos doentes na comunidade.

Trusts de Cuidados: Outra nova organização comunitária junta os serviços de CSP e os serviços de assistência social numa unidade. A tendência no Reino Unido para a fusão da saúde e a assistência social é hoje uma realidade.

ADMINISTRAÇÃO CLÍNICA:

A lei do SNS de 1999 dita que todas as organizações do SNS têm de implementar um sistema ou estrutura robusta de administração clínica com o objectivo de assegurar que todos os doentes recebem cuidados seguros de alta qualidade independentemente do ambiente em o tratamento é feito.

Um grande número de enfermeiros dos CSP assumiram a liderança da AC (Administração Clínica), muitas vezes em parceria com os colegas Clínicos Gerais e elementos do público.

A administração clínica eficiente requer empenho da organização no desenvolvimento de uma cultura de aprendizagem ao longo da vida; isto requer investimento em termos de proporcionar um desenvolvimento profissional contínuo de alta qualidade. A formação e treino multidisciplinar estão a ser rapidamente introduzidos e aceites como um meio eficaz de desenvolvimento de equipa e individual.

NOVAS INICIATIVAS DE CSP:

Centros de Convívio Saudáveis

- São recursos e instalações em áreas socialmente desfavorecidas que têm como objectivo ajudar os mais pobres a conseguir um melhor estado de saúde. Os recursos vão de ginásios a fornecimento de Tecnologia de Informação para informação das pessoas sobre questões relacionadas com a saúde. São

muitas vezes colocados enfermeiros nos centros de convívio saudáveis para prestarem aconselhamento, apoio e informação sobre uma variedade de questões relacionadas com a saúde. Os CCS são um belo exemplo de como o Poder Local, os Departamentos de Saúde, o Comércio Local e a Igreja podem trabalhar bem em parceria e ser um recurso inestimável para os pobres que sofrem de pavorosos níveis saúde e bem estar.

Zonas de Acção de Saúde

- São áreas definidas que receberam financiamento suplementar do Governo para atingir as metas de necessidades de saúde de grupos especiais de utentes. Estas áreas tiveram de demonstrar boas relações de trabalho entre o Poder Local, o SNS local e outras agências relevantes, com o objectivo comum de melhorar as vidas das pessoas nas suas comunidades.

Por exemplo, uma ZAS cuidava das necessidades da sua população asiática que tinha uma incidência particularmente elevada de diabetes e doenças coronárias. Outra área dedicava-se aos problemas dos jovens desempregados.

SNS Directo

- É talvez o desenvolvimento de cuidados de saúde mais radical desde 1998. A população inglesa tem agora acesso a um serviço telefónico 24 horas que dá aconselhamento e informação sobre cuidados de saúde. O serviço telefónico é gerido por enfermeiros e dá actualmente acesso inicial ao sistema de cuidados de saúde em caso de necessidade. Este serviço deu provas de ser ao mesmo tempo controverso em termos da profissão médica e popular no seio do público.

Centros de Atendimento Permanente

- São outro desenvolvimento controverso, mas foram bem avaliados pelo público e será interessante ver se o seu número aumenta. São geridos por enfermeiros e a prestam assistência à população local na maior parte dos casos de pequenas lesões e doenças sem gravidade. Os enfermeiros têm a possibilidade de referenciar doentes para outros serviços, mas a avaliação demonstrou que 75% dos doentes podem receber dos enfermeiros todo o tratamento e assistência de que necessitam.

Os Centros de Atendimento Permanente têm as seguintes características:

- Os doentes acorrem ao centro com novos problemas de saúde para os quais já tinham procurado ajuda noutros locais.
- Os doentes não precisam de marcação – basta simplesmente comparecerem.
- Os doentes podem acorrer ao centro fora das horas normais de expediente.
- Os doentes não recebem seguimento de cuidados – são principalmente consultas únicas.
- Os doentes recebem cuidados generalistas, não especializados.
- Os doentes têm de estar em condições físicas suficientes para acorrer ao centro.

Início Seguro

- Foi comprovadamente um espectacular sucesso. O serviço é gerido por enfermeiros sociais, assistentes sociais escolares e parteiras comunitárias, e incide na saúde de mães jovens pobres e dos seus filhos de idades entre os 0 e os 5 anos. A ênfase é colocada no aconselhamento de saúde na alfabetização e nas capacidades parentais permitindo às mães uma vida melhor. Como consequência, os seus filhos tem um início de vida muito melhor. A tónica está no trabalho de perto com os utentes e na capacitação, não fazer por eles. Os resultados foram até ao momento superiores às expectativas originais. O Ministro responsável pelo INÍCIO SEGURO declarou recentemente na imprensa nacional que este tinha sido o seu maior sucesso.

Prescrição por enfermeiros

Embora os novos desenvolvimentos em CSP tenham como principal objectivo a prestação de melhores e mais rápidos cuidados, isto não poderá ser atingido se os enfermeiros não tiverem a capacidade de prescrever uma vasta gama de medicamentos. Estão já implementados planos para dar à maior parte dos enfermeiros do SNS poderes para prescrever no futuro.



Escolas Saudáveis

As escolas são vistas como o ambiente ideal para encorajar as crianças a viver bem e não iniciarem comportamentos destrutivos. As assistentes sociais escolares são actualmente consideradas como um recurso valioso e essencial para o trabalho em parceria com pais e professores na orientação para a prevenção de gravidez indesejada na adolescência, tabagismo e abuso de drogas.

Foram designadas algumas escolas como escolas saudáveis pelo sucesso no seu trabalho de promoção da saúde.

O projecto UM JOVEM DE CORAÇÃO foi recentemente desenvolvido para ajudar na prevenção de contracção de doenças cardíacas por jovens no futuro.

Espera-se presentemente uma epidemia de diabetes e são necessários grandes esforços para minimizar esta catástrofe de saúde. A melhoria dos hábitos alimentares e o incentivo da juventude para uma maior actividade são essenciais para o sucesso.

Trabalho Integrado

Aceita-se actualmente que a resposta para melhorar a saúde nacional não é apenas o desenvolvimento de um excelente SNS. Temos de trabalhar mais na prevenção da doença e envolver todas as agências relevantes num trabalho em colaboração para que se possam prestar serviços mais modernos e eficientes. Os portadores de doenças crónicas necessitam da prestação de serviços por uma equipa devidamente integrada. O aconselhamento consistente e os cuidados devem ser prestados por menos e não mais pessoas.

Embora os cuidados integrados sejam uma filosofia e não uma estrutura, é importante que todos os elementos da equipa de saúde acreditem que é possível trabalhar desta forma em vez de trabalharem isolados de outras disciplinas de igual importância para os cuidados dos doentes.

O trabalho integrado em equipa está actualmente a ser positivamente incentivado e muito do trabalho dos líderes governamentais é centrado em conseguir esta forma de trabalho.

Piloto de Serviços Médicos Pessoais

É uma experiência que tem em vista diferentes vias de prestação de serviços generalistas. Os enfermeiros deram mais uma vez provas de serem capazes de desafiar o status quo e desenvolver novas e, por vezes, melhores formas de prestação de cuidados.

Nestas experiências piloto os enfermeiros trabalham em parceria com Clínicos Gerais sem Clínicos e Gerais e, em dois casos, empregando os Clínicos Gerais. Os enfermeiros deram forma a serviço que provaram ser populares entre o público. As características dos pilotos de SMP chefiado por enfermeiros têm sido uma maior parceria com o público, a prestação de cuidados a doentes não populares, tais como refugiados, e permitir aos doentes um acesso mais flexível aos cuidados de saúde.

Os pilotos estão ainda em avaliação e podemos antecipar que a aprendizagem feita irá ajudar a alimentar e incentivar mais mudanças no sistema.

Os enfermeiros deram provas de ser pioneiros arrojados nesta iniciativa mesmo quando confrontados com algumas “vacas sagradas” – tais como “o doente quer sempre ser consultado pelo médico”, “Clínicos Gerais assalariados não são uma opção” e “os enfermeiros não podem gerir um negócio”.

A avaliação liderada pela universidade dos postos piloto chefiados por enfermeiros demonstrou que os enfermeiros são perfeitamente capazes de gerir clínicas, pedir exames complementares de diagnóstico e proceder às referências apropriadas.

Mas o mais importante é o facto dos enfermeiros estarem a demolir as demarcações tradicionais entre cuidados primários e secundários, entre medicina e enfermagem, e entre profissionais e doentes. Estão a desenvolver novos papéis, mas também a prestar um estilo diferente de serviço de cuidados primários.

Houve uma revolução nos CSP desde 1998 que aparentemente continua – o governo está determinado a ter um SNS moderno por altura das próximas eleições. Em grande parte foram os profissionais de

enfermagem que lideraram o caminho da busca de novas vias para ajudar as pessoas a usufruir de vidas mais saudáveis.

Para alguns enfermeiros foram decididamente tempos difíceis porque nem sempre é confortável ser-se um pioneiro que acredita ser do interesse público romper com os moldes tradicionais e desafiar atitudes históricas. Mas, pelo menos, o SNS está a encaminhar-se para uma cultura mais iluminada, e nós estamos orgulhosos de muitos enfermeiros talentosos e determinados que ajudaram a que isto pudesse acontecer.



Fórum Sindical Internacional



PARCERIA, DESEMPENHO, SALÁRIOS E O SECTOR PRIVADO – O PARTIDO TRABALHISTA E O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DESDE 1997



Howard Catton, Policy Adviser, Royal College of Nursing

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores do sector público, incluindo enfermeiros, foram apanhados pela onda de optimismo que varreu o Reino Unido com a eleição do Partido Trabalhista em 1997, após 18 anos de governo Conservador. Durante os 20 anos anteriores os enfermeiros tinham sido gradualmente marginalizados da tomada de decisões, as ascensões na carreira tinham sido cortadas, os salários estavam 10% a 20% abaixo dos de outros grupos comparáveis, as cargas de trabalho tinham aumentado significativamente e os doentes tinham listas de espera de dois a três anos para alguns tratamentos de rotina e intervenções cirúrgicas. Não é de surpreender que os empregadores se vissem confrontados com grandes dificuldades de recrutamento e retenção de grupos de pessoal chave.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) do Reino Unido é predominantemente financiado pelos impostos pagos pelos contribuintes, a grande maioria dos tratamentos clínicos são grátis no posto de prestação de cuidados e o acesso é determinado pela necessidade clínica e não pela capacidade financeira do utente. Como instituição goza de um grande apoio público; no entanto, antes da subida ao poder do Partido Trabalhista em 1997, havia o crescente receio de que este modelo de prestação de serviços de saúde pudesse estar ameaçado.

O Governo Conservador, liderado por Margaret Thatcher, tinha introduzido um Mercado interno no sector da saúde, separando a aquisição da prestação de cuidados, de forma que houvesse uma percepção de que o dinheiro estava onde estava o doente, criando, conseqüentemente, incentivos financeiros no sistema que se esperava virem a melhorar a eficácia. No entanto, o resultado foi que organizações que

deveriam estar a trabalhar em conjunto ficavam frequentemente em concorrência, havia diferença na gama de tratamentos disponíveis em diferentes partes do país e a ronda anual de contratações levou a um enfoque no curto prazo. O efeito cumulativo para os enfermeiros foi o de aparentemente o sistema estar mais preocupado com o custo que com a qualidade, mais preocupado com os resultados financeiros que com os cuidados prestados.

A retórica da "nova" filosofia Trabalhista da "terceira via" punha a ênfase nas parcerias por oposição à concorrência, sub-contratação e não contratação, e dava igual importância à qualidade e ao custo. Além disso, o pessoal de enfermagem era identificado como um grupo crítico para o sucesso da reforma do SNS, eram devolvidos maiores poderes de tomada de decisão ao pessoal de primeira linha e seriam tomadas medidas urgentes para tratar do problema da falta de efectivos na força laboral do sector da saúde. Em resumo, o pessoal era parte da solução e não o problema.

Até que ponto é que a retórica do novo Partido Trabalhista se traduziu em realidade e, transcorridos cinco anos, até que ponto é que o programa de reforma foi bem sucedido? Vou tentar abordar esta questão relativamente a quatro áreas que, na minha opinião, são fundamentais no programa de reforma – trabalho em parceria, gestão de desempenho, a estratégia de pagamento e a expansão do papel do sector privado.

TRABALHO EM PARCERIA

À semelhança do proverbial petroleiro, o SNS vai demorar a dar a volta. O calendário realista para a reforma será provavelmente de quinze a vinte anos. No entanto, do ponto de vista político são necessárias algumas "vitórias rápidas" para manter a confiança do público, e são necessárias evidências concretas de uma melhoria geral do sistema. A solução Trabalhista para esta charada foi o trabalho em parceria e a gestão do desempenho.

Para desenvolver um plano a longo prazo para o SNS que iria estabelecer as reformas chave necessárias e que permitiriam a monitorização do progresso na sua realização, o Governo constituiu um Conselho de Modernização. Este Conselho era formado por cinco accionistas chave do SNS, organizações de voluntários, caritativas e de doentes e, também, os sindicatos. O Conselho, presidido pelo Secretário de Estado da Saúde, foi um método muito visível de construção de apoio e desenvolvimento de consensos quanto ao trabalho que era necessário realizar a curto e a longo prazo. Publicou o Plano do SNS em Julho de 2000 e as assinaturas dos membros do Conselho apareciam no prefácio do documento. Foram também publicados os relatórios das reuniões do Conselho que davam conta dos progressos feitos.

Após 20 anos "no congelador", o convite feito aos sindicatos para novamente desempenharem um papel na elaboração de políticas não deve ser minimizado. Além dos nomes dos líderes sindicais fazerem parte novamente das listas de convidados do 10 de Downing Street, a abordagem da parceria foi também desenvolvida e promovida a nível local. Houve algumas iniciativas para aumentar o envolvimento do pessoal e para incentivar o trabalho conjunto de pessoal e gestores. Na Escócia foram criados lugares para directores trabalhadores nos Conselhos de Saúde.

Há vastas oportunidades nítidas para os sindicatos que têm a capacidade de exercer influência ao mais alto nível, e para o Governo há também vantagens políticas na incorporação de potenciais dissidentes no processo político. No entanto, foram expressas algumas preocupações, especialmente entre alguns membros sindicais tradicionais, de que esta abordagem possa diminuir a eficácia dos sindicatos. A questão que está actualmente a trazer grande tensão a esta relação é a promoção activa por parte do Governo da expansão do papel do sector privado na prestação de serviços de saúde. A fricção causada em alguns sindicatos foi de tal ordem que foram feitos cortes de fundos que tradicionalmente têm sido atribuídos ao Partido Trabalhista para apoio ao seu trabalho. Voltarei a abordar esta questão mais tarde.

GESTÃO DE DESEMPENHO

Antes das eleições gerais em 1997, tinha-se tornado cada vez mais óbvio que havia variações significativas no desempenho dos hospitais ao longo do país. O Partido Trabalhista tomou conta desta situação e viu o potencial de reduzir rapidamente as listas de espera se fosse possível aumentar o desempenho de todos os hospitais ao nível do melhor. Isto era particularmente importante para o Governo uma vez que Tony Blair tinha feito publicamente a promessa específica de reduzir os tempos de espera.

O Governo passou rapidamente à implementação de um novo sistema de gestão do desempenho no SNS. Em primeiro lugar foi estabelecido um novo National Institute for Clinical Effectiveness (NICE) [Instituto Nacional para a Eficácia Clínica] encarregado de avaliar a eficácia clínica e do custo de novos fármacos e tratamentos, e foi formada uma nova Comissão para a Melhoria da Saúde [Commission for Health Improvement (CHI)] com a finalidade de instituir normas para os prestadores de cuidados de saúde e supervisionar a sua aplicação. Além disso, foram estabelecidas Estruturas de Serviço Nacional que estabelecem os percursos de cuidados e tratamentos para condições específicas como, por exemplo, doenças coronárias. O sistema dita de forma crua quais são os objectivos, quais são os tratamentos que podem ser usados para os atingir e prevê uma inspecção a curto prazo para monitorização dos resultados conseguidos pelos prestadores de cuidados.

Para motivar os gestores hospitalares a melhorar o desempenho das suas organizações, o Governo decidiu atribuir “estrelas” a todos os hospitais dependendo, tanto dos resultados da inspecção como da rapidez com que conseguem reduzir os tempos de espera para determinadas operações. No entanto, em caso de falta de entusiasmo por parte de alguns responsáveis relativamente à atribuição de zero, uma, duas ou três “estrelas” aos seus hospitais, acrescentou-se um condimento final ao sistema. Se o desempenho do hospital for considerado tão baixo que não mereça a atribuição de qualquer estrela a sua gestão pode ser concedida a outro fornecedor, pondo, de facto, parte da actual equipa de gestão no desemprego. Contudo, no extremo oposto, se o hospital atingir o estatuto de três estrelas, ser-lhe-ão concedidas mais liberdades na gestão das suas actividades, sem intervenção ministerial e com menos inspecções.

Qual foi a experiência e reacção do pessoal a estes desenvolvimentos? Grosso modo, o estabelecimento do NICE e da GHI foi bem acolhido por operarem com transparência e terem aumentado a importância da questão da qualidade e do processo da administração clínica num hospital. Além disso, estas novas organizações empregam um determinado número de pessoal de enfermagem e outros profissionais de saúde, e dão grande importância à comunicação com o pessoal como parte do processo de inspecção. No entanto, o pessoal e as organizações que o representa salientaram que para que este sistema de gestão do desempenho funcione com eficácia é necessária a adopção de uma abordagem de colaboração, apoio e desenvolvimento. Apesar disso, a experiência dos enfermeiros empregados nos hospitais considerados de baixo desempenho e a que não foram atribuídas quaisquer estrelas foi a de serem “apontados e envergonhados” publicamente.

Como seria de esperar, os meios de comunicação nacionais fizeram extensas reportagens sobre os resultados das primeiras classificações por estrelas quando estes foram anunciados. Para o pessoal que estava a trabalhar nos hospitais de baixo desempenho isto teve um impacto negativo, e a confiança e moral dos doentes tratados nestes hospitais foram também abaladas. O facto desse pessoal estar a trabalhar muitas vezes em condições difíceis e com poucos recursos para melhorar o desempenho não foi reconhecido, e os doentes assumiram que zero ou 1 estrela era sinónimo de cuidados de má qualidade. No entanto, o verdadeiro factor de que influenciou o número de estrelas atribuído foi a rapidez com que eram reduzidos os tempos de espera e a forma como as finanças eram geridas, e não a qualidade dos cuidados que os doentes recebiam.

O trabalho em parceria e a gestão de desempenho foram elementos importantes da “terceira via” do

governo de Blair mas, por outro lado, puseram em evidência o único grande obstáculo à reforma – a insuficiente capacidade em termos de pessoal, camas e edifícios.

PAGAMENTO

O Plano do SNS reconheceu estas dificuldades de capacidade e assumiu o compromisso de aumentar o número de pessoal de enfermagem em 20.000 elementos em 4 anos. Isto foi conseguido e estabeleceu-se um novo objectivo de 35.000 enfermeiros, um aumento de mais 15.000 efectivos. No entanto, dada a necessidade imediata de mais pessoal de enfermagem, o recrutamento internacional foi um aspecto essencial da estratégia de recrutamento. Houve numerosos exemplos muito publicitados de práticas de recrutamento sem escrúpulos e exploradoras, e alegações de que o Reino Unido está a despir os países em desenvolvimento dos seus tão necessários recursos de profissionais de saúde. Em consequência, o Governo está a controlar mais de perto as agências privadas de recrutamento e desenvolveu conjuntamente com organizações de enfermagem nacionais e internacionais um guia de boas práticas. O Secretário de Estado da Saúde anunciou também recentemente que o RU não vai recrutar directamente dos países em desenvolvimento. No entanto, dado o movimento de enfermeiros na Europa continuar a ser relativamente pequeno, principalmente devido às barreiras linguísticas, e o RU continuar a precisar de enfermeiros, esta questão vai continuar a estar em foco, podendo ainda tornar-se mais complicada com a falta de enfermeiros prevista nos Estados Unidos nos próximos anos.

A retenção é, obviamente, tão importante como o recrutamento na resolução dos problemas de falta de pessoal. O Governo fez um esforço concertado para melhorar as práticas e políticas de recursos humanos através de uma variedade de medidas conhecidas colectivamente como a iniciativa Melhorar as Vidas Trabalhadoras. Esta iniciativa inclui, por exemplo, a promoção de sistemas flexíveis de turnos, políticas “amigas da família” e instalações para assistência aos filhos dos funcionários (“creches”), e medidas para lidar com o problema da intimidação, assédio e violência no local de trabalho. É de louvar o facto do Governo ter afirmado publicamente que quer que o SNS seja o empregador modelo. No entanto, na opinião da vasta maioria do pessoal, para que o Governo demonstre a veracidade das suas intenções em relação ao SNS e às pessoas que nele trabalham, terá de “vender o que apregoa” e produzir efeitos nos salários.

Os sindicatos da saúde do RU estão actualmente empenhados na maior negociação de sempre para o estabelecimento de um sistema nacional de salários, termos e condições que abrangerá a grande maioria do pessoal empregado no SNS. A experiência de outros sectores sugere que este tipo de exercício vai acrescentar pelo menos 5% à folha de salários global. No entanto, na minha opinião, o facto de o Governo ter aceite seguir esta via tem pouco a ver com os argumentos morais ou éticos sobre os níveis salariais relativos dos enfermeiros e outros profissionais de saúde em comparação com outros grupos profissionais. Isto pode ser especialmente uma ferramenta chave para despoletar reformas nas práticas profissionais e, conseqüentemente, tratar de alguns dos problemas de capacidade criados pelos reduzidos números de pessoal. Para os enfermeiros isto é uma espada de dois gumes.

Ao longo dos últimos 10 anos os enfermeiros estiveram na vanguarda da ampliação do seu próprio papel e do desenvolvimento de novas formas de prestação de serviço através, por exemplo, da extensão da prescrição feita por enfermeiros, do desenvolvimento de novos papéis, tais como o dos enfermeiros clínicos e enfermeiros consultores que assumem mais responsabilidades de diagnóstico e tratamento. Novos serviços, tais como o SNS Directo, um serviço de saúde telefónico 24 horas, e centros de atendimento do SNS situados em ruas principais de cidades são ambos dirigidos por enfermeiros.

Os gestores, políticos e sindicalistas concordaram em como o antigo sistema de classificação de enfermeiros estava ultrapassado devido a não poder fazer face a este novos papéis. No entanto, em virtude destas novas funções se enquadrarem na interface da enfermagem tradicional e das funções médicas, dão também origem ao princípio de salário igual para trabalho de igual valor. O novo sistema



está, portanto, alicerçado num sistema de avaliação de funções especificamente desenvolvido para o serviço de saúde. Existe aqui um grande potencial óbvio de reconhecimento total e compensação da variedade e complexidade dos papéis assumidos pelos enfermeiros, embora também existam riscos. No recente orçamento de estado, o Governo aumentou a tributação com a finalidade específica de financiar melhorias na saúde na ordem dos 40 mil milhões de Libras nos próximos cinco a seis anos. Esta medida faz parte das aspirações do RU de elevar o financiamento da saúde ao nível médio europeu. No entanto, não seria politicamente aceite que a fatia de leão destes novos fundos fosse directamente para os bolsos do pessoal. Consequentemente, o Governo deixou claro que o investimento nos salários do sector público tem de ser acompanhado de uma reforma, que eu interpreto como código para práticas profissionais mudadas que vão desafiar as demarcações tradicionais.

Usando o sistema de avaliação de funções, os empregadores locais terão a possibilidade de conceber novas funções. Existem aqui oportunidades de inovação e imaginação, mas também o risco de que os papéis se fragmentem e criem funções que deliberadamente sejam mal remuneradas. A orientação por tarefas e a lógica da linha de montagem automóvel podem ser atractiva para os planeadores de força de trabalho mas situam-se diametralmente opostas ao conceito de cuidados holísticos centrados no doente que está no seio da prática e educação dos enfermeiros.

Além disso, a ênfase colocada em atingir resultados e melhorias visíveis significa que estão a ser tidos em activa consideração sistemas de remuneração de desempenho e de bónus. No início dos anos 90 os sindicatos da saúde do RU travou uma dura mas bem sucedida luta contra as tentativas Conservadoras de introduzir negociações salariais locais. A grande maioria do pessoal permaneceu vinculada a um sistema de remuneração nacional e quaisquer movimentos no sentido de questionar esse modelo iria gerar significativa resistência.

O SECTOR PRIVADO

A outra questão chave relacionada com a capacidade tem a ver com as instalações e camas hospitalares. Em resultado de uma política de transição dos cuidados de saúde para a comunidade, até 1997 tinha havido uma redução significativa do número de camas do SNS, e muitos dos seus hospitais necessitavam urgentemente de obras e renovações. O investimento de capital necessário para os melhoramentos nos edifícios do SNS era uma verdadeira dor de cabeça para o recém eleito Governo Trabalhista que queria desesperadamente mostrar que podia gerir a economia com prudência, e que podia evitar o rótulo de ser um partido de "imposto cobrado, imposto gasto" que foi uma das razões chave para ter passado quase 20 anos na oposição. Como também devem saber, para considerar a hipótese de adesão ao Euro os empréstimos do sector público têm de ser rigorosamente controlados. Ironicamente foi uma política desenvolvida pelos Conservadores conhecida por Iniciativa de Financiamento Privado (IFP), e que foi criticada pelo Partido Trabalhista na oposição, a escolhida por este como solução para este dilema.

Na essência, um consórcio do sector privado tem a capacidade de concorrer a concursos públicos para a concepção, construção e financiamento de hospitais e explorar alguns serviços não clínicos por um prazo contratual de 20 a 30 anos. O que as IFP's têm de atraente para o Governo é o facto de em vez de terem de arranjar o financiamento inicial de capital, os custos poderem ser distribuídos por um período de 20 a 30 anos, mais a vantagem do consórcio ser responsável pela manutenção do activo durante o prazo de vigência do contrato. No entanto, esta política tem sido muito controversa e criticada com argumentos de que se trata essencialmente de uma hipoteca que resulta mais cara para o contribuinte a longo prazo em virtude do sector privado não poder contrair empréstimos tão baratos como o Governo. Além disso existe a preocupação de que se esteja a pôr o lucro à frente dos cuidados e de que este dispositivo seja inflexível, porque se os cuidados de saúde precisarem de uma mudança em, digamos, 10 ou 15 anos, já existe um compromisso a fazer reembolsos ao sector privado durante 30 anos.

Houve também implicações significativas para o pessoal resultantes do desenvolvimento de uma "força de trabalho dual". Grupos de profissionais a trabalhar lado a lado podem ter diferentes termos e condições de emprego dependendo de terem sido contratados directamente pelo sector privado ou transferidos do sector público para o sector privado. Isto é uma manifestação muito pública das eficiências do sector privado, sendo os lucros aparentemente resultantes das reduções salariais, termos e condições. Consequentemente, talvez não seja de surpreender que este tenha sido um dos poucos aspectos da IFP que o Governo tenha estado pronto a negociar.

Os empregos do pessoal clínico não foram transferidos ao abrigo deste dispositivo mas, no entanto, fizemos um inquérito aos membros do RCN a trabalhar nesses hospitais no ano passado e encontrámos problemas significativos, especialmente nos hospitais de IFP de maior escala. Não houve grandes oportunidades de envolver o pessoal clínico no processo de planeamento e concepção e, como consequência encontramos muitos exemplos de edifícios que estão simplesmente desadequados para o fim a que se destinam. Por exemplo, sistemas de iluminação e ventilação inadequados, disposição de enfermarias que impedia a boa observação de doentes, com espaço inadequado para levantar e mobilizar doentes e equipamento. Houve evidências de melhoramentos de instalações em algumas estruturas de IFP, mas nós, juntamente com algumas outras organizações, requeremos uma avaliação urgente, consistente e independente destas unidades que tivesse em conta as implicações económicas e para os cuidados prestados deste método de dotação de novas instalações do SNS. Para a maior parte dos comentadores, relativamente às IFP's "o veredicto ainda não foi pronunciado". No entanto, o Governo continua firmemente empenhado nestas iniciativas, as quais continuam a ser "a única alternativa em campo" para o fornecimento de novos hospitais.

O entusiasmo do Governo na expansão do papel do sector privado no SNS, e também noutros sectores, tais como os Transportes Ferroviários, é a única questão que gera maior tensão no trabalho em parceria com os sindicatos. No entanto, em vez de voltar as costas a esta política o Governo continuou a promover a expansão do papel do sector privado. Foi assinado um acordo com a associação de prestadores de cuidados de saúde privados e independentes para permitir a subcontratação dos seus membros para a execução de trabalhos do SNS, e uma equipa governamental procura activamente atrair fornecedores privados dentro e fora do RU para o estabelecimento de novas instalações exclusivamente para o trabalho do SNS.

Isto demonstra o absoluto empenhamento do Governo em reduzir listas de espera e melhorar a rapidez e o acesso aos serviços de saúde independentemente do prestador de cuidados. Sim, há um grande capital investido para que se atinjam melhoras significativas e visíveis no SNS antes das próximas eleições gerais. No entanto, o insucesso do Governo nesta tentativa poderia ditar o fim do SNS, o que constitui um verdadeiro dilema para os sindicatos. Os opositores do Governo falam já do "canto do cisne" do SNS. O argumento é que se o investimento e as reformas não produzirem resultados então as falhas estarão nos princípios em que assenta o SNS. Deste argumento ao de que precisamos de um modelo de cuidados de saúde totalmente diferente vai um passo de anão com lógica, o que poderia abrir totalmente o sistema ao sector privado.

CONCLUSÃO

Então, a retórica correspondeu à realidade? Se há 5 anos se dissesse aos sindicalistas do RU que o próximo Governo não só se ia empenhar em princípios colectivos e equalitários do SNS como também ia aumentar os impostos especificamente para o financiar, isso pareceria tão provável como a Inglaterra ganhar a taça do mundo. No entanto isso aconteceu e foi acompanhado por uma série de reformas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e as vidas profissionais do pessoal do SNS. Estamos, sem dúvida, na direcção certa mas temos no sector privado um companheiro de viagem incómodo. Na estrada, à nossa frente existe um risco salarial que tem de ser negociado à nossa maneira. Talvez não estejamos a ter a mais confortável das viagens mas podemos ajudar na leitura de mapas, e se tivesse de haver uma mudança de condutor, talvez esta fosse acompanhada de uma curva em U muito apertada.



EVOLUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ESPANHOL



**Javier Sebastián Pacheco, Secretario de Estudios y Formación,
SATSE- Sindicato de Enfermería**

1. CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE ESPANHÓIS

Os Sistemas de saúde de qualquer país representam uma fonte de interesse político muito importante devido às repercussões eleitorais inerentes aos mesmos. Constituem um pilar básico do Estado de Bem-estar e do Sistema de Protecção Social. Hoje em dia, os Sistemas de Saúde bem como os Centros Sanitários transformaram-se em novas áreas de negócio com um interesse económico crescente.

2. EVOLUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ESPANHOL

O Sistema de Saúde Espanhol esteve ligado ao desenvolvimento da Segurança Social desde os anos 40.

Em 1978, com a promulgação da Constituição Espanhola, é reconhecido no artigo 43 o direito à protecção da saúde. No desenvolvimento da Constituição, a “Lei Geral de Sanidade” de 1986 criou o Sistema Nacional de Saúde, considerado um bom Sistema de Saúde tendo em conta os principais indicadores de saúde e económicos com os quais é avaliado qualquer Sistema de Saúde.

3. COBERTURA E PRESTAÇÕES

O Sistema Nacional de Saúde não está formalmente separado do conceito de Segurança Social. Actualmente o S.N.S. cobre 99% da população espanhola e estende-se por todo o território espanhol, independentemente do lugar de residência dos cidadãos. As prestações de saúde estão ordenadas mediante um Real Decreto Legislativo do ano 1995.

4. OBJECTIVOS DO S.N.S. EM COBERTURA E PRESTAÇÕES.

- Atingir uma cobertura de 100% da população espanhola;
- Vincular a protecção da Saúde à condição de cidadão;
- Título que acredita o direito à assistência sanitária;
- Implementar novas prestações utilizando a avaliação de tecnologias sanitárias;
- Melhorar a assistência sócio-sanitária em função da evolução demográfica;
- Limitar a introdução de novos medicamentos potenciando os genéricos;
- Manter a contribuição do utente relativamente ao preço do medicamento.

1. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento é um elemento fundamental em qualquer Sistema de Saúde. Em Espanha, até 1999, o financiamento da Saúde fazia-se através das contribuições sociais (empresários e trabalhadores) e as contribuições do Estado. Actualmente, o financiamento é público e realiza-se através da via impositiva.

Dado que o Sistema de Saúde Espanhol é formado pelos Sistemas de Saúde regionais, o financiamento das regiões baseia-se no critério de "população protegida", isto é, o financiamento realiza-se em função do número de habitantes de cada uma das regiões.

Actualmente, a despesa com o sistema de saúde espanhol situa-se à volta de 8% do PIB, embora se observe uma tendência para o aumento da despesa. Isto deve-se fundamentalmente a três factores: evolução demográfica da população, inovação tecnológica muito acelerada e pressões do sector farmacêutico.

2. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SAÚDE.

Para melhorar a gestão e organização qualquer Sistema de saúde deve propor-se três objectivos: obter melhores resultados em saúde (efectividade), conseguir um custo razoável (eficiência) e melhorar a qualidade da assistência recebida pelo utente.

No entanto, no Sistema de Saúde Espanhol, os problemas de gestão burocrática nos Centros tradicionais, a procura da população exigindo um aumento da qualidade e a tentativa de realizar uma melhor utilização dos recursos financeiros do Sistema, levaram o Parlamento Espanhol a aprovar no ano 1996 uma série de modificações legais do Sistema Sanitário entre as quais se destaca a extensão de novas formas de gestão nas Instituições de Saúde tais como: Empresas Públicas, Consórcios de Saúde, Fundações de Saúde, Cooperativas de Profissionais e Consórcios Administrativos.

Embora estas novas formas de gestão já existissem em algumas regiões espanholas, como é o caso da Catalunha, foram desenvolvidas outras a partir de 1997 sobretudo nos novos Centros Hospitalares. E mesmo que a avaliação não seja simples, pelo facto de existir certa opacidade no fornecimento de dados sobre a actividade desenvolvida e os resultados obtidos, na verdade estão a ter uma série de repercussões tanto no Sistema de Saúde como nos utentes e nos profissionais.

Repercussões das novas de Gestão no Sistema de Saúde:

- Competitividade e não cooperação entre os centros sanitários;
- Não aumento da eficiência;
- Introdução de critérios empresariais;
- Prevalência da rentabilidade económica sobre a qualidade assistencial;
- Fragmentação dos centros e do Sistema de Saúde;

As repercussões mais importantes assinaladas para os utentes são as seguintes:

- A concorrência interna pode derivar em riscos de não solidariedade e falta de cooperação;
- A competitividade não regulamentada pode originar desigualdade na dotação de recursos aos centros;



- E conseqüentemente: podem verificar-se diferenças no acesso às prestações em Saúde em quantidade e/ou qualidade;

E por último, as repercussões a mencionar nos profissionais são:

- O objectivo único de rentabilidade económica afecta as condições laborais dos profissionais de Saúde;
- A redução dos orçamentos está relacionada com a diminuição do pessoal;
- Diversificação de formas de contratação de profissionais;
- Perda de intervenção sindical;
- Desprofissionalização dos gestores da saúde;
- A jornada de trabalho costuma ser maior com menos períodos de descanso;
- Os períodos de férias costumam ser mais amplos;
- As retribuições têm mais peso na parte variável (subsídios);
- Os ratios dos quadros são menores;
- A participação dos profissionais na gestão em saúde é muito escassa;

7. MODELO TERRITORIAL DO SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Saúde Espanhol transferiu a gestão da assistência sanitária para as 17 regiões em que esta dividida Espanha (Comunidades Autónomas). O mecanismo mais importante de coordenação entre as diferentes regiões autonómicas e a Administração do Estado em matéria sanitária é o Conselho Inter-territorial de Saúde, presidido pelo Ministro de Saúde e formado pelos máximos responsáveis sanitários das Comunidades Autónomas e pelos altos cargos da Administração do Estado.



Mesa do Fórum Sindical Internacional