

SISTEMA DE SAÚDE – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: QUE DESAFIOS PARA OS ENFERMEIROS?



Mesa trabalho - Sistema de Saúde

Os serviços de saúde são objecto de especial interesse por parte dos cidadãos, ainda que, nem sempre, esse interesse redunde em políticas adequadas e concretas por parte de qualquer Governo. Por outro lado constituem uma parte importante de um estado de bem-estar, cuja extensão e gestão, no contexto da globalização da economia, está a ser questionada.



**Guadalupe Simões,
Vice-Coordenadora Nacional do SEP**

A área da saúde é, também, uma área de interesse económico crescente, quer pelo seu volume, quer pela possibilidade inédita de se constituir como uma nova área de negócio, no contexto da terciarização das economias desenvolvidas.

Assente numa necessidade efectiva de minimizar os constrangimentos detectados no Sistema de Saúde e com o objectivo de dar as respostas mais adequadas às necessidades em cuidados de saúde por parte dos cidadãos, de rentabilizar os recursos existentes aumentando a eficiência, iniciou-se, no nosso país, um caminho sustentado, em várias vertentes. Falamos no conjunto de diplomas legais, o SNS 21 enquanto quadro jurídico-legal que consubstancia a estratégia "Saúde - Um Compromisso" como um dispositivo organizacional e instrumental sistémico, em que as partes valiam sobretudo pelas conexões que

estabeleciam entre si e com o todo, ao qual não se deu continuidade.

Foi a partir da 2ª legislatura do Governo PS que se interrompeu esta reforma, passando a estratégia de mudança a centrar-se, quase exclusivamente, na alteração dos modelos de gestão dos hospitais, com o argumento da ineficiência da gestão pública. A razão foi, contudo, outra! No âmbito da necessidade da

redução da despesa pública, imposta pelo pacto de estabilidade e pelos critérios de convergência, foi assumido como fundamental travar a despesa proveniente do funcionamento dos hospitais, pelo que a solução foi mascarar esses gastos: continuando os hospitais a pertencerem à rede pública dos serviços prestadores de cuidados, o Estado continua a pagar pelo seu funcionamento, ainda que essa despesa/gasto não apareça na rubrica da despesa pública. Na Era do "pensamento único", inseridos numa Europa em que uma das características fundamentais são as preocupações sociais, estamos hoje a viver uma época em que os aspectos da igualdade, os direitos sociais e as pessoas foram relegadas para segundo plano.

As consequências serão aquelas que, também, nós permitirmos e essa é a nossa responsabilidade. O debate sobre a saúde não se pode confinar aos políticos, médicos e indústria farmacêutica. A complexidade e a importância que o sector assume na sociedade deve-nos impelir para uma forma de estar mais proponente e actuante, tomando consciência dos desafios para a profissão, consciencializando outros e fazendo opinião.

Sendo importante perceber a forma como os cuidados de saúde se foram organizando em Portugal, importa que deste congresso se reafirme as decisões do 1º Congresso Nacional do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de apostar de forma clara na área dos cuidados de saúde de proximidade, a partir dos Centros de Saúde, com um aumento gradual do financiamento destas instituições, onde o enfermeiro deverá assumir o papel determinante de ser o gestor das necessidades das populações em cuidados de saúde, dando corpo à resolução do Tratado de Munique que Portugal ratificou e que preconiza ser o enfermeiro a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde.

Desafios para os enfermeiros

É no conjunto das alterações já previstas em lei de reorganização do sistema de saúde português e, concretamente, do serviço nacional de saúde que temos que perspectivar o futuro da profissão ainda que, actualmente, se continue a viver uma fase de indefinição sobre a forma como os diferentes serviços se vão articular e quais os seus modelos de gestão.

Ainda assim, compete-nos discutir e reflectir sobre como se deverão organizar os enfermeiros tendo em conta o pressuposto acima referido, o enfermeiro de família, e os objectivos de prestar mais e melhores cuidados de saúde à população de acordo com as suas necessidades.

Perceptível, é que todas as alterações que impliquem novos modelos de gestão colocam os enfermeiros perante situações e conceitos diferentes daqueles que existem no sector público: a empresa, o cliente, o contrato individual de trabalho, o acordo de empresa que consubstancie uma perspectiva diferente de desenvolvimento profissional, a produtividade, o mérito, o trabalho por objectivos e outros.

Na área dos Cuidados de Saúde Primários perspectiva-se dar continuidade à implementação dos Centros de Saúde de 3ª Geração e, mais recentemente, perspectivou-se a criação de Cooperativas de Saúde responsáveis por assumir a gestão de Centros de Saúde. A estas cooperativas de saúde também lhes é dada a possibilidade de gerirem partes funcionalmente autónomas dos hospitais.

Na nossa opinião, independentemente de todas e quaisquer alterações que possam vir a acontecer, elas só poderão ser concebidas no pressuposto que o Serviço Nacional de Saúde continue a ser o vector estruturante do sistema de saúde, isto é, deverá continuar a caber ao Estado a função prestadora de cuidados, porque só assim dará cumprimento à sua outra função de regulação do sistema.

Apesar do reconhecimento de que o Serviço Nacional de Saúde encerra uma filosofia potenciadora de uma organização dos serviços capaz de dar respostas de acordo com as necessidades em cuidados de saúde das populações, o que se constata na realidade é que tal não aconteceu.

Portugal descurou uma estratégia de saúde assente nos cuidados de saúde de proximidade, protagonizada pelos Centros de Saúde, para apostar de forma clara e inequívoca no segmento curativo, nos hospitais, de que é exemplo o investimento feito nos últimos 15 anos nestas instituições em detrimento dos centros de saúde.

Esta realidade reflecte-se quer na insatisfação dos cidadãos face à dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, quer na sua forma de organização e no crescente aumento da despesa Orçamento do Ministério da Saúde.



As outras vertentes a ter em conta nesta problemática e que estão detectadas como efectivos constrangimentos no Sistema de Saúde são: um modelo de funcionamento fortemente centralizado e burocratizado, não se vislumbrando uma efectiva descentralização de poderes, a inexistência de uma articulação entre Centros de Saúde, Hospitais e outras entidades ou organizações e, ainda, o modelo de administração e organização dos serviços de saúde fortemente fechado, onde a população continua sem ser consultada nem informada. Os Conselhos Gerais na maioria dos hospitais não funcionam e as autarquias continuam a demonstrar um forte desinteresse na exigência da sua participação enquanto legítimos representantes dos munícipes.

Na continuidade das orientações do 1º Congresso do SEP deveremos manter uma posição de defesa do Serviço Nacional de Saúde direccionado para uma maior valorização dos cuidados de proximidade (Cuidados de Saúde Primários), da promoção da saúde e da prevenção da doença.

A forma de operacionalizar passa pela exigência da implementação e incremento dos Sistemas Locais de Saúde.

A desconcentração do poder é uma premissa importante para o desenvolvimento da saúde das populações em função das suas necessidades e, neste sentido, defendemos o desenvolvimento das agências de contratualização nos espaços geográficos das actuais Administrações Regionais de Saúde. A criação e desenvolvimento dos Centros de Saúde de 3ª Geração, e dentro destes a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), poderá ser o motor de desenvolvimento e um desafio à actual forma de organização dos enfermeiros, que possibilite uma maior intervenção na comunidade e um primeiro passo para o reconhecimento do "enfermeiro de família".

Na continuidade de um pensamento sustentado na defesa de que são, e serão, os enfermeiros os que mais de perto acompanham os doentes, utentes, famílias e comunidades, devemos exigir a participação dos enfermeiros nos espaços de decisão das estratégias de saúde nacionais, regionais e institucionais.

Na perspectiva acima referida, porque também nos serviços são os enfermeiros que melhor relacionam necessidades em cuidados de saúde/recursos humanos, devemos continuar a defender que o gestor operacional seja um enfermeiro.

Assumimos como estratégico o desenvolvimento da investigação em saúde como forma de melhorar as práticas profissionais e a qualidade dos cuidados, contribuindo também para o desenvolvimento das



Votação

políticas de saúde e das profissões. Neste contexto, consideramos de relevante importância a criação, no Ministério da Saúde, de um organismo direccionado exclusivamente para a investigação em saúde, com núcleos a nível institucional.

Resolução Político-Sindical

Para intervenção nas políticas de saúde, o 2º Congresso do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, deverá aprovar as seguintes linhas de orientação político-sindical:

- Reafirmar a importância do desenvolvimento e aprofundamento do Serviço Nacional de Saúde como meio mais adequado ao desenvolvimento

dos direitos dos cidadãos em matéria de saúde, nos termos constitucionalmente garantidos.

- Exigir a definição clara de que a política de saúde assenta no desenvolvimento dos cuidados de saúde de primários, com a consequente tradução no seu reforço financeiro material e humano.

- Exigir que, como instrumento de operacionalização desta política, sejam implementados e desenvolvidos os sistemas locais de saúde e as agências de contratualização nos espaços geográficos das actuais Administrações Regionais de Saúde.

- Exigir que, independentemente das formas organizacionais que vierem a ser implementadas, tenham de ser criados esquemas efectivos de funcionamento articulado e integrado que garantam a melhoria do

acesso, da qualidade e da continuidade dos cuidados e saúde.

- Exigir que a gestão e administração dos serviços de saúde seja feita por profissionais com formação na área da saúde, sem prejuízo da sua necessária formação em gestão, e do estabelecimento de critérios claros que privilegiem aqueles que tenham desenvolvido a sua experiência profissional na área da saúde.
- Garantir a participação dos enfermeiros a todos os níveis de gestão e administração dos serviços de saúde.
- Reivindicar a criação de um organismo de investigação em saúde no âmbito do Ministério da Saúde.
- Considerando a investigação em enfermagem como um instrumento para a excelência da prática dos cuidados, deveremos promover a efectiva participação dos enfermeiros nos organismos que possam vir a ser criados.
- Exigir uma gestão eficiente e responsabilizante das instituições de saúde, com mecanismos descentralizados de controle e participação, sem recurso a “experiências inovadoras de gestão” que não demonstraram evidência científica de maior eficiência para os cidadão e SNS.

ANEXO - TEXTO DE APOIO

Evolução da Organização dos Serviços de Saúde

A primeira definição de estado de saúde que não limita este conceito à ausência de doença data do pós 2ª Guerra Mundial, fortemente marcado pela ideologia do Bem Estar para todos (OMS). Entre nós e aquela época somente distam cerca de 50 anos, muitos anos se analisados na perspectiva cronológica do crescimento humano, mas muito poucos se analisados na perspectiva histórica do desenvolvimento da humanidade. De facto, estes 50 anos marcaram um incomensurável desenvolvimento na área do conhecimento humano, das novas tecnologias e da informação.

Em 1979, a Constituição da República consagrou o Direito à Saúde, tomando-o um direito individual, em que o Estado tem a obrigação de garantir as condições do seu exercício e cuja expressão é a criação, manutenção e desenvolvimento dos meios e estruturas que permitam o acesso à prestação de cuidados para toda a população. Cada indivíduo tem o direito de exigir que lhe sejam prestados cuidados de saúde. É nesta base que o Estado é responsável por garantir um Sistema articulado, assente em três grandes princípios:

- Um sistema que garanta a cobertura total da população em cuidados de saúde - UNIVERSAL,
- Um sistema que garanta a resposta a todas as necessidades em saúde - GERAL,
- Um sistema em que no acto de prestação de cuidados não haja diferenciação sócio-económica - GRATUITO/tendencialmente GRATUITO.

Mas nem sempre foi assim.

Na síntese do Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Conhecer os Caminhos da Saúde (2000, p. 12), lê-se:

"A saúde em Portugal antes do 25 de Abril - várias vias sobrepostas

Na saúde coexistiam várias instituições com raízes diferentes na história do País, que podem resumir-se, em traços gerais, da seguinte forma:

- As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde - geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País.
- Os Serviços Médico-Sociais (SMS, vulgo "postos das caixas"), prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do "regime do bem-estar" na saúde - quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário do que aconteceu noutros países europeus, as Caixas de Previdência desenvolveram os seus serviços médicos próprios (ambulatórios).
- Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a protecção da saúde (vacinações, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências).



- Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos (poucos): grandes centros urbanos.
- Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados.

Como é característico dos países menos desenvolvidos, as profissões da saúde, principalmente os médicos, adaptaram-se às limitações económicas no sector da saúde (a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970) e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações - como, por exemplo, o hospital público, os postos médicos dos SMS, os "subsistemas", a clínica privada - de forma a conseguir um nível de remuneração e de satisfação aceitável.

A reforma do sistema de saúde é da assistência em 1971 - que incluía os Centros de Saúde de 1ª geração - constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. No entanto, durante 8 anos que mediaram entre 1971 e 1979, nunca foi completamente implementada.

A saúde em Portugal durante a consolidação da democracia (1974 - 1985) - O Serviço Nacional de Saúde. A adopção e implementação do Serviço Nacional de saúde (SNS), em 1979, está associada à democratização do País. As circunstâncias dessa democratização marcaram o desenvolvimento do SNS nos seus primeiros anos. Resumimos a seguir aquelas que são mais relevantes para o entendimento da situação actual do sistema de saúde português.

Dois aspectos fundamentais caracterizam a configuração do SNS:

- Financiamento a partir do orçamento geral do estado (em 1976) - não se tratou tanto de uma "transferência" mas de um novo financiamento. Este facto criou logo desde as suas origens um importante constrangimento no financiamento do SNS. Tal expansão fez-se a contra ciclo em relação à situação económica mundial dos anos 70;
- A integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único: os hospitais das Misericórdias foram nacionalizados em 1975; a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos SMS só tiveram lugar em 1984. Pode assim dizer-se que o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado. Mesmo assim, e mais uma vez, não o foi completamente - faltou um elemento importante com implicações para o futuro: a Administração Central do SNS.

Em Portugal uma parte influente do associativismo médico opôs-se publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na "medicina convencionada" - ou seja no financiamento público da medicina privada - como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde e, também, condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Esta fractura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve, e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português.

Alguns subsistemas de saúde mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS.

A criação da carreira de clínica geral teve lugar nestas circunstâncias - a sua inserção nas estruturas administrativas tradicionais dos Serviços Médico-Sociais, sem qualquer investimento na simultânea transformação destas, teve consequências negativas e duradouras no acesso e na eficiência dos cuidados de saúde primários.

A principal consequência deste conjunto de situações foi uma grande debilidade estrutural na construção do SNS:

- frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infra-estruturas do SNS;
- um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o das "medicina convencionada" (como forma de atenuar os efeitos da "fractura" acima referida) e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- dificuldades de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos factores acima indicados e cujas consequências ampliam.

Saúde em Portugal entre 1985 e 1995, num contexto internacional liberalizante - a Lei de Bases da Saúde de 1990

As crises económicas dos anos 70, relacionadas com o aumento súbito do preço da energia, marcaram o fim de um período considerável de crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa. A viabilidade dos "regimes de bem-estar" foi posta em causa. O salto qualitativo na CEE, com a entrada dos países do sul e do norte e a queda do muro de Berlim devem também ser mencionados como parte deste contexto.

Os sistemas de saúde centrados em dispositivos integradores, como o SNS do Reino Unido, dos países nórdicos e dos países do sul da Europa, foram também postos em causa:

- os seus modelos de financiamento foram vistos como inadequados: advogou-se um aumento do financiamento privado (maior contribuição do "orçamento" das famílias);
- os procedimentos de responsabilização pela boa utilização dos recursos colectivos apontaram-se como pouco rigorosos: propôs-se uma clara separação entre o "financiador" e o prestador de cuidados de saúde;
- os serviços de saúde apresentaram-se excessivamente ineficientes: defendeu-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, facilitado por um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde.

Foi aprovada em 1990, uma Lei de Bases de Saúde, que se insere, na generalidade, nesta filosofia crítica. Pode-se no entanto dizer que o seu conteúdo é, ainda hoje, pouco conhecido. Uma das suas peças regulamentadoras mais importantes - o SNS - foi aprovado apenas decorridos três anos.

Durante este ciclo e dentro da matriz filosófica geral pela Lei de Bases de 1990, há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas:

- um primeiro, em que a ênfase foi posta na separação entre os sectores público e privado como condição para o desenvolvimento de ambos;
- um segundo tempo, em que essa preocupação se atenuou consideravelmente e a agenda predominante passou a ser o desenho e a implementação de um "seguro alternativo" de saúde;
- finalmente, um último período, em que esta ideia foi abandonada, tendo a agenda política passado a centrar-se no aumento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

Apesar de importantes contribuições para a arquitectura do SNS, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as "unidades funcionais de saúde", esta filosofia e os dispositivos normativos que a veicularam tiveram pouco impacto sobre o funcionamento dos serviços de saúde portugueses e não influenciaram os pilares que sustentavam as suas disfunções.

Numa linha de continuidade, houve mais investimento nas infra-estruturas do SNS (centros de saúde e hospitais). No entanto, na área dos recursos humanos, a falta de uma política sustentada por uma análise prospectiva da evolução das profissões de saúde, e em medidas daí decorrentes, tem tido sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de Saúde."

A experiência mais recente na evolução do sistema de saúde (1995-2001)

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios de 90, sucede-se na Europa um outro com diferentes perspectivas em relação às políticas sociais. Trata-se mais de "reinventar a governação" (num clima em que coexistem o moderno com o pós moderno), do que confiar excessivamente nas virtualidades do mercado da saúde:

- reconhecem-se as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem estar, assim como a necessidade de reformulá-los profundamente (mais atenção às pessoas e menos às organizações), sem pôr em causa os seus princípios fundamentais
- incorporam-se nestas reformas alguns dos dispositivos ensaiados durante o período liberalizante (separação entre financiador e prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente;



- observa-se que é possível obterem-se melhores resultados actuando sobre as formas de contratualização e a organização da prestação, do que no binómio financiamento /pacote básicos dos cuidados;
- propõe-se uma atitude mais aberta aos dados empíricos; às observações e à experimentação e uma menor adesão a posições dogmáticas e preconceituosas.

Durante quase duas décadas, os sucessivos Governos e Ministros da Saúde, foram concretizando experiências avulso, sem continuidade, sem estratégia, ao sabor dos inúmeros interesses instalados no sector.

Também no programa do XIII Governo Constitucional, não estava colocada a reforma da saúde. No Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, refere-se:

"No primeiro mandato do actual ciclo político, a saúde continuou a não ser uma prioridade de política social - as prioridades explicitadas foram a educação e o combate à pobreza.

No entanto, nestas como noutras circunstâncias, a não atribuição de prioridade política à reforma da saúde tem consequências relativamente claras - a indisponibilidade para atribuir à saúde maior prioridade na distribuição dos recursos financeiros do Orçamento Geral do Estado, com o fim de direccionar investimento político no sentido de mobilizar uma base social e política de apoio à reforma da saúde, indisponibilidade para correr riscos políticos com o aumento de tensões e confrontações que inevitavelmente estão associadas a reformas desta natureza."

Contudo, a criação de um Grupo de Reflexão para a Saúde em 1996, o envolvimento dos parceiros sociais nesta discussão e os documentos posteriores que foram elaborados, quer de análise quer de propostas, culminou num conjunto de diplomas legais, o SNS 21, que fazia antever o início de uma mudança em que o Serviço Nacional de Saúde seria o eixo predominante.

Segundo a mesma fonte:

"Neste contexto, durante essa legislatura tem lugar um conjunto de iniciativas que, como noutros períodos, reflectem o clima social Europeu e a base de conhecimentos que se tem vindo a acumular sobre a reforma de saúde e que podem resumir-se em duas categorias:

- criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas (diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;
- inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde - hospital - empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRIs) nos hospitais, centros de saúde de 3ª geração, os sistemas locais de saúde, cuidados continuados.

Os factores acima apontados, para além da falta de alterações nos dispositivos centrais e regionais do Ministério da Saúde e a decisão tardia sobre a formação dos dirigentes da saúde dificultaram a difusão da informação sobre a "reforma da saúde" tornando lentos os primeiros passos da sua implementação." Cipriano Justo dizia que esta perspectiva, inovadora quando olhamos para o que na saúde se tem passado,

"implicava que os vários elementos do sistema estivessem em funcionamento, a produzir um conjunto de efeitos e a atingir uma fase de maturação. Neste contexto, também estava implícito a cronologia dos acontecimentos, ou seja, a sua dimensão temporal". (Justo, Enfermagem em Foco nº41, 2000: 3)

Foram recomendações da OCDE sobre a saúde em Portugal em 1998 e seguimento em 2000:

- modificar a estrutura de gestão dos estabelecimentos de saúde públicos, para maior autonomia administrativa e responsabilidade financeira;
- reforçar a capacidade das ARS para fixarem contratos prestação, em função das necessidades em cuidados;
- dar aos hospitais o estatuto de empresas públicas;

- reforçar a função de "filtragem" dos médicos generalistas;
- reforçar a componente de remuneração baseada no mérito;
- instituir o cartão de utente
- reexaminar o papel dos subsistemas.

A Reforma na Saúde não era, pois, um acontecimento abstracto: decorria da avaliação dos problemas detectados (acessibilidade, financiamento, rentabilidade dos recursos, informação, humanização), fazia a análise do histórico e da capacidade instalada, traçava um plano de acção de acordo com os objectivos delineados e permitia uma avaliação. Segundo Cipriano Justo:

"Uma vez mais, como no passado, o núcleo dirigente do partido socialista acabou por sucumbir às pressões e apetites dos sectores neoliberais." (Justo, O Estado das coisas do Estado, 2000:16)

O XIV Governo Constitucional, também do Partido Socialista, assumiu a saúde como prioridade. "A paixão é a saúde" é uma afirmação que ficará associada a este Governo. Mas a paixão foi efémera. Apesar das condições favoráveis, da base social de apoio que tinha mobilizado, do reforço das dotações financeiras, das medidas já estudadas, negociadas, legisladas e algumas em início de implementação, o Governo recua na reforma da saúde. Antes nunca tivesse assumido esta paixão!

O clima de diálogo que tinha sido apanágio da anterior equipa, foi definitivamente posto em causa. A atitude centralizadora foi desconcertante e as consequências devastadoras. Retoma-se a aplicação de medidas avulso sem qualquer quadro de referência explícito:

- o cartão do utente apenas serviu para contabilizar os cidadãos, desvirtuando a filosofia que lhe estava subjacente;
- as urgências de pediatria nos Serviços de Atendimento Permanente sem pediatras, o que mais não fez do que obrigar os pais e crianças a passarem por estes serviços antes de chegarem aos serviços de urgência dos hospitais;
- a via verde coronária;
- a entrega parcial das listas de espera a entidades privadas sem que estivesse esgotada a capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde;
- a promoção da promiscuidade entre os sectores público e privado;
- o desmantelamento dos Centros Regionais de Saúde Pública;
- um défice orçamental de 300 milhões de contos contrariando, inclusive, um dos objectivos do Governo (ou talvez não! A teoria da ingovernabilidade sustenta a teoria da necessidade de privatizar!...).

A derrapagem orçamental no sector equivaleu à remodelação da equipa. A gestão da comunicação foi essencialmente feita através da comunicação social. O Ministério da Saúde:

- não ouviu os parceiros sociais nem nas questões em que a isso estava obrigado, arredando-os de qualquer processo de mudança que tivesse gizado;
- apresentou diplomas para aprovação em Conselho de Ministros diferentes daqueles que remeteu para os sindicatos se pronunciarem, nomeadamente naquele em que retoma as nomeações do enfermeiro director e director clínico, sendo que no caso do primeiro a alteração da lei era matéria de negociação;
- deu corpo aos hospitais entidades públicas de mais fácil alienação do capital financeiro;
- introduziu os medicamentos genéricos;
- alterou a lei de gestão hospitalar na vertente da aquisição de bens e serviços (continuam as dúvidas sobre se esta alteração permitirá, no futuro próximo, o recrutamento de pessoal por contratos individuais de trabalho);
- prevê as parcerias público-público, público-privado e privado-privado;
- retoma a criação dos centros hospitalares, Centros de Saúde de 3ª Geração e apresenta o projecto que possibilita a criação de cooperativas de profissionais que se responsabilizem pela gestão dos Centros de Saúde.

Esta postura de não envolver os profissionais no processo de mudança, é profundamente contraditória com qualquer estratégia.



É ainda nesta legislatura que se torna pública a gestão ruínoza do Hospital Amadora Sintra e a demonstração de como uma gestão privada, ao invés de diminuir os gastos, afinal, aumenta os encargos do orçamento de Estado, contribui para o peso da despesa privada dos contribuintes e não melhora o nível assistencial nem a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, de que as horas de espera no serviço de urgência daquele hospital são apenas uma amostra.

Em toda esta estratégia torna-se cada vez mais clara a intenção da implementação do Estado regulador do sistema e a desresponsabilização progressiva da sua função prestadora.

"A nível da macro estrutura do sistema de saúde, a separação entre prestador e pagador é a reforma mais importante em curso em vários países. Ela passa pelo reforço de hospitais. Mas passa também pelo aumento da sua responsabilidade social: os hospitais devem ser comandados e dominados pelo cliente. Podem sê-lo por intermediação sócio-política, através da participação dos municípios ou das regiões na sua gestão. Ou ainda por intermediação do agente do cliente, o clínico geral, que em muitos países envia o doente para o escalão seguinte e paga o hospital, por um orçamento individual de saúde que o grande financiador nacional - o Estado - lhe confiou (budget holding). Mesmo a curto prazo, como daqui a cinco anos, os hospitais não vão ser iguais ao que são hoje.

Novo papel resultará para o Estado, obviamente. O Estado vai deixar de ser prestador, vai deixar de dirigir os hospitais e os centros de saúde. Vai passar a ser mais regulador, mais controlador da qualidade e vai, no limite desejável, passar a ser o provedor do utente." (Campos, Correia, Que sistema de saúde para o futuro, 1996: página 63).

Importa referir que, mesmo esta, para nós, é uma falsa questão! A não ser que o objectivo final seja a gradual privatização dos serviços de saúde!

De facto, para o Estado assumir uma função reguladora do sistema de saúde, é crucial que mantenha a sua função prestadora, nomeadamente através da consolidação do serviço nacional de saúde. O contrário será permitir o desenvolvimento do sector privado e social e, conseqüentemente, o emagrecimento do financiamento do serviço nacional de saúde.

Por outro lado, a mensagem do "Centrar o Cidadão no Sistema" tornou-se num verdadeiro discurso de circunstância e de pura demagogia. Ele fazia sentido inserido na filosofia dos Sistemas Locais de Saúde, que articulava os serviços de saúde e outros, nomeadamente ambientais, de uma determinada área geo-demográfica, fossem eles públicos, privados ou convencionados, e ainda as instituições onde é necessário actuar para garantir o bem estar dos cidadãos ou a recuperação dele, como sejam as escolas, empresas, lares, domicílios e outros. Os Sistemas Locais de Saúde, simplesmente, deixaram de ser opção política.

"Numa época de reforma e alteração dos sistemas de saúde em quase todos os países assume cada vez maior importância o papel que cada indivíduo, família e comunidade possam desempenhar em todas as fases do ciclo de vida.

Na promoção da saúde, na prevenção e tratamento da doença, na reabilitação e reinserção social, cada um de nós, como profissional, como cidadão ou como amigo ou vizinho, tem a responsabilidade acrescida de colaborar activamente, entrelaçando os elos desta longa cadeia." (Belém, Maria; Que sistema de saúde para o futuro? 1996:11)

Em síntese, sendo importante perceber a forma como os cuidados de saúde se foram organizando em Portugal, importa que este congresso reafirme as decisões do 1º Congresso Nacional do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de apostar de forma clara



na área dos cuidados de saúde de proximidade, a partir dos Centros de Saúde, com um aumento gradual do financiamento destas instituições, onde o enfermeiro deverá assumir o papel determinante de ser o gestor das necessidades em cuidados de saúde das populações, dando corpo à resolução do Tratado de Munique que Portugal ratificou e que preconiza ser o enfermeiro a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde.



Rui Santos, Coordenador da Direcção Regional de Lisboa