

António Correia de Campos
Arnaldo Silvestre Mallmann
Artur Morais Vaz
Carlos Costa
Constança Paul
Francisco Ramos
João Amado
Jorge Simões
Júlio Reis
Luís de Carvalho
Luís Portela
Luiz Roseira
Maria José Nogueira Pinto
Maria Suzete Gonçalves
Mário Pinto
Menezes Correia
Nuno Grande
Paula Santana
Paulo Mendo
Vitor Ramos

QUE SISTEMA DE SAÚDE PARA O FUTURO?

Prólogo de
Maria de Belém Roseira

Apoios:

Bial



614 (469)

QUE



LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO

CD25A

10215

J. P. Dale's

QUE SISTEMA DE SAÚDE
PARA O FUTURO?

CD2511

614(465) Que

CD25A

LIGA DOS AMIGOS DO HOSPITAL GERAL
DE SANTO ANTÓNIO

QUE SISTEMA DE SAÚDE PARA O FUTURO?

ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS
NA SUA RELAÇÃO COM A SOCIEDADE

Prólogo de Maria de Belém Roseira

PÚBLICO



N. 10217

© *Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António/Público*
Revisão do texto: *José Soares de Almeida*
Capa: *Armando Lopes*
Fotocomposição: *Gradiva*
Impressão e acabamento: *Gráfica Manuel Barbosa e Filhos, L.^{da}*
1.^a edição: *Junho de 1996*
Depósito legal n.º 101 051/96

CD25A

Índice

Prólogo	11
Introdução	13

PARTE I

INTERVENÇÕES DOS PARTICIPANTES NO ENCONTRO DE COIMBRA

Luiz Roseira	17
1. Razões de um encontro	17
2. Algumas propostas de mudança do actual sistema de gestão hospitalar	21
Nuno Grande	25
1. A relação dos utentes com a estrutura hospitalar	25
2. Uma questão de cultura cívica	26
3. O papel das ligas de amigos	27
4. Informação em saúde	28
5. Uma participação selectiva da comunidade	29

Júlio Reis	31
1. Atendimento personalizado	31
2. Os problemas do sistema de saúde: uma questão de Estado ..	32
3. Formação dos recursos humanos da saúde	33
4. Participação da comunidade feita de fora para dentro	33
Luís de Carvalho	35
1. A experiência da Liga dos Amigos e do conselho geral no Hos- pital Geral de Santo António	35
2. Humanizar os hospitais: tratar, mas também cuidar dos doen- tes	37
3. Participação da sociedade na vida dos hospitais	39
4. Formas de gestão	39
5. Acesso aos cuidados de saúde	40
6. A informação	41
Paulo Mendo	42
1. Uma gestão hospitalar mais humana	42
2. Cuidar dos doentes	42
3. Humanizar é também rapidez, competência e eficácia	43
4. As mudanças necessárias	44
5. O papel das ligas de amigos	45
6. O conselho geral do hospital	45
7. A participação da comunidade nos serviços de saúde: o papel do médico de família	47
8. Regionalização dos serviços de saúde	49
9. Gestão dos hospitais públicos	50
10. Hospitais de agudos e <i>hospitais</i>	51
Vítor Ramos	53
1. A relação hospital-meio numa perspectiva sistémica	53
2. Participação da comunidade	57
3. O acesso ao sistema de saúde	58

António Correia de Campos	60
1. A evolução da saúde e da doença	60
2. Mecanismos de compensação face à desumanização dos serviços de saúde	61
3. Reformas macroestruturais do sistema de saúde	62
4. Que deveremos nós, aqui reunidos, recomendar?	63
5. Autonomia e responsabilização dos hospitais	63
6. O papel das ligas na reforma do sistema de saúde	64
Menezes Correia	66
1. O hospital como um dos elementos do sistema de saúde	66
2. Mudanças estruturais no sistema de saúde	67
3. Cenários de evolução possível do sistema de saúde	68
4. Modelo sócio-técnico de hospital: humanização e qualidade dos serviços	69
5. Acesso ao sistema: programa PERLE	70
Artur Moraes Vaz	72
1. Participação da comunidade na gestão hospitalar	72
2. Massificação da prestação de cuidados de saúde	73
3. Hospitais da comunidade <i>versus</i> hospitais do governo	74
4. Separação do prestador de cuidados de saúde do financiador	75
5. A partilha do poder	76
6. Participação da comunidade e papel das ligas de amigos	77
7. Gestão hospitalar e modelos de financiamento da saúde	78
8. O acesso ao sistema de saúde	79
9. O direito à informação	80
Carlos Costa	81
1. Os consumidores e as organizações de saúde: participação ou satisfação?	81
2. Satisfação dos profissionais de saúde	83
3. Avaliação dos serviços de saúde	84
4. Informação dos consumidores e acesso aos serviços de saúde	86
5. Gestão dos serviços de saúde	87

Francisco Ramos	89
1. O hospital como parte da organização do sistema de saúde ..	89
2. O «hospital aberto»	90
3. Informação e transparência dos serviços de saúde	91
4. Participação da comunidade nos serviços de saúde	92
João Amado	93
1. Humanização na saúde	93
2. O papel da liga de amigos	96
3. Gestão das unidades de cuidados de saúde	97
4. Acesso ao sistema de saúde	97
Luíf Portela	99
1. Casa de saúde	99
2. Gestão hospitalar: autonomia e responsabilidade	102
Paula Santana	104
1. As condicionantes de acesso ao sistema de saúde	104
2. Informação sobre os serviços e os custos da saúde	106
3. Discriminação negativa no acesso à saúde	107
4. Satisfação dos utentes	108
5. Política de saúde	110
6. Os problemas do acesso ao sistema	111
7. Propostas de alterações à organização da prestação de cuidados de saúde	112
Jorge Simões	115
1. Um modelo caduco de hospital	115
2. O normativismo hipócrita	115
3. Redirigir a atenção para os doentes	116
4. Participação da comunidade	117
5. Requisitos para reformar o sistema	118

Maria Suzete Gonçalves	120
1. Reivindicar a intervenção na organização dos serviços de saúde	120
2. O papel das ligas de amigos	122
3. O que é um hospital?	123
4. O acesso aos serviços de saúde	123
5. As mudanças necessárias	124

Constança Paul	126
1. O modelo da biomedicina e a desumanização dos serviços de saúde	127
2. Formação dos recursos humanos	129

PARTE II
OUTROS CONTRIBUTOS

Arnaldo Silvestre Mallmann	133
A proposta cooperativo-comunitária UNIMED no atendimento à saúde	133

Maria José Nogueira Pinto	137
1. Cuidados de saúde primários. Enquadramento actual	137
2. Cuidados diferenciados. Estrutura hospitalar	138

Mário Pinto	145
1. Diagnóstico	145
2. Princípios da reforma	146
3. Dificuldades previsíveis	148
4. Gestão privada dos hospitais	149

Notas finais	151
1. Aspectos mais negativos do actual sistema	153
2. Mudanças necessárias do actual sistema de saúde	153

CD25A

Prólogo

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 da 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. Mas como voluntário também. E as ligas de amigos dos hospitais são um excelente exemplo de voluntariado organizado ao serviço das instituições e da pessoa.

As ligas de amigos têm um papel fundamental na complementaridade humanizada dos procedimentos técnicos, executados pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. Têm o seu espaço próprio de acolhimento, afectividade e personalização, que deverá estender-se para além das paredes do hospital.

As ligas de amigos são movimentos que se assemelham a um rio que, a cada passo, recebe novos afluentes, crescendo com independência, autonomia e isenção. São agentes privilegiados de interesse público e ocupam, em meu entender, um lugar estratégico neste momento em que o desafio da regeneração do SNS a todos anima.

Como ministra da Saúde, entendo que não há verdadeiro desenvolvimento sem solidariedade humana e a minha preocupação última é com todos aqueles que sofrem ou têm dificuldades específicas.

Enquanto responsável pelo Ministério da Saúde, mas sobretudo enquanto pessoa, militante activa do ideal da solidariedade, congratulo-me pela existência de uma liga tão dinâmica como é a Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António. Peço-lhes que continuem a colaborar connosco e com todos os intervenientes no sector da saúde para que, de forma discreta e em permanente colaboração com os profissionais, retiremos a agressividade aos estabelecimentos de saúde e vejamos no doente e no seu direito à vida e à dignidade o rumo permanente da nossa actuação.

MARIA DE BELÉM ROSEIRA
Ministra da Saúde

Introdução

A Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António foi constituída em 1978 como a primeira associação de cidadãos para permitir o exercício, o direito e o dever da solidariedade para com os cidadãos doentes utentes dos hospitais gerais.

Ao longo de todos estes anos empenhámo-nos em contribuir para a humanização dos hospitais e em defender, da maneira possível, os direitos dos doentes. Anos passados, fazendo o que foi possível fazer, é altura do balanço. Não nos faltaram os meios materiais, a associação cresceu, garantiu o funcionamento de múltiplos serviços de apoio, criou relações de boa convivência com a gestão do Hospital, mobilizou, organizou e formou um serviço de voluntariado, actualmente com cerca de 200 cidadãos. O serviço de pequenos-almoços, atendimento, apoio na urgência, alimentação a doentes, visitas aos doentes internados, disponibilização de jornais, revistas, telefones portáteis e televisões, constituem a face visível, actuante, desta nossa instituição privada de solidariedade social.

Balanço feito, contabilizado o deve e haver, o menos que podemos dizer é que estamos insatisfeitos, apesar de, com este movimento, terem nascido mais de meia centena de ligas e associações de voluntariado, com actividades similares. Estamos insatisfeitos porque, embora o saldo pareça ser positivo, a actual realidade dos nossos hospitais, não obstante as evidentes melhorias das instalações e de equipamentos, não teve avanços significativos nas áreas que são a nossa razão de existência: a humanização e a defesa dos direitos dos doentes.

Os corpos gerentes da Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António, indo ao encontro da filosofia do actual governo, entenderam que não são exclusivamente soluções técnicas ou tecnocráticas que poderão resolver problemas que são mais do domínio social, integrados, como devem estar, num plano global de reestruturação da sociedade portuguesa.

Nesse sentido, a Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António pretendeu contribuir para encontrar um modelo de gestão hospitalar mais eficaz e mais humanizado, pelo que convidou para o Encontro de Coimbra duas dezenas de personalidades ligadas ou interessadas nesta temática para que, em conjunto, reflectissem sobre as linhas de força a que deve obedecer um novo modelo de ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS NA SUA RELAÇÃO COM A SOCIEDADE. Desse encontro resultou esta série de reflexões, que agora publicamos, para alargar ainda mais o debate das questões de saúde à sociedade.

ie
m
le
a-
er
te
s,
sa
os

al
al
es
as
m
r-

le
e-
lo
le
ra
re
r-
l-
r-
e.

PARTE I

INTERVENÇÕES DOS
PARTICIPANTES NO ENCONTRO
DE COIMBRA

CD 2017

CD25A

Luiz Roseira*

1. Razões de um encontro

A Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António, promotora desta iniciativa, é uma instituição privada de solidariedade social, reconhecida como de utilidade pública e pioneira nos hospitais gerais. Nos anos 40 só existia a Liga dos Amigos do Instituto Português de Oncologia, agora Liga Portuguesa contra o Cancro, cuja importância na luta contra este flagelo social nunca é de mais valorizar.

Estão aqui alguns dos representantes dos mais de mil fundadores da LAHGSA¹, os Drs. Paulo Mendo e Luís Carvalho, que sempre nos acompanharam. Com grande esforço, vimos exercendo em conjunto, desde 1977, esta acção de participação da sociedade civil na humanização dos hospitais e na defesa dos direitos dos doentes. Ao fim destes dezanove anos de actividade não estamos completamente insatisfeitos,

* Médico, presidente da LAHGSA.

¹ Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António.

mas estamos, isso sim, inquietos. É certo que ao longo dos anos fizemos um grande esforço para que o nosso exemplo fosse divulgado e o direito e dever do exercício da solidariedade pudessem ser alargados, de modo interclassista, a nível nacional, sem prejuízo do desenvolvimento permanente a nível do nosso Hospital, razão por que o Dr. Luís Carvalho, director do Hospital, costuma dizer que o «Hospital já não se reconhece sem a Liga dos Amigos». Temos um corpo de 200 voluntárias e trabalhamos em dezasseis áreas específicas, complementando e não intervindo nas áreas técnicas. Ao fim deste tempo sentimos algum regozijo e bem-estar, porque, na verdade, há hoje à volta de 50/60 ligas espalhadas pelo país, que, na sua maioria, nasceram a partir da nossa Liga, com o nosso esforço directo junto de múltiplas instituições ou grupos de cidadãos, através da comunicação social e da nossa revista *Comunidade e Saúde*. Somos uma espécie de «novos seareiros» numa sociedade consumista, em que o trabalho voluntário tem a preocupação de contribuir para um novo modelo de sociedade.

Por inerência do cargo de presidente da Liga, fazemos parte do conselho geral do Hospital, e em determinada altura demo-nos conta de que este órgão consultivo, na prática, não funcionava, mau-grado as melhores intenções do legislador. Não havia participação, quer dos representantes dos trabalhadores do Hospital, quer da dita sociedade civil, e, no fundo, estávamos a avaliar — é a minha opinião pessoal — um dilema que nos colocavam sempre: ou cumpríamos o orçamento, ou cumpríamos as nossas obrigações em relação aos utentes do Hospital. Sistemáticamente, decidíamos optar pela segunda alternativa, isto é, avalizávamos e vivíamos num *deficit* permanente logo à partida, sem qualquer prémio de rentabilidade, de boa gestão ou mérito. Pelo contrário, quanto mais e melhor o Hospital trabalhava, via o seu *deficit* progredir. Espantosa maneira de gerir uma «empresa». Ten-

támos, como presidente da Liga, no meio do marasmo permanente em que vivíamos, fazer um documento com vista à reformulação do conselho geral. Julgávamos que iria haver algum resquício de participação dos outros elementos do conselho no que dizia respeito à alteração da sua constituição, funcionamento ou dos seus objectivos. Frustradas que foram as duas tentativas de reunião para discutir este assunto por falta de quórum, declarámos que não participaríamos mais do conselho geral do Hospital e que iríamos dar desta resolução testemunho ao ministro da tutela.

Esta tomada de consciência teve, contudo, um mérito: desencadear, por parte da Liga, as acções que, numa participação alargada, contribuissem para modificar o actual modelo de gestão hospitalar. Este foi o ponto de partida para a convocação de uma reunião deste tipo, isto é, juntar a sociedade civil, que nós representamos, os quadros mais directamente responsáveis pela gestão hospitalar, economia e política de saúde, para, em conjunto, encontrarmos as linhas de força de novos modelos de gestão dos serviços de saúde. A nosso ver, não será nenhuma comissão nomeada pelo governo que poderá contribuir para encontrar uma solução credível². Peço-lhes o favor de tomarem este meu pedido de colaboração como uma necessidade para nós, Liga dos Amigos, continuadores da história das misericórdias nos hospitais, absolutamente indispensável. Esta é uma necessidade vital, visto que, de outra maneira, o que a Liga está a fazer é mais caridade do que solidariedade e a nossa participação como complemento da gestão do nosso Hospital é, praticamente, nula. Isso angustia-nos, porque quem sofre essas dificuldades todas são os utentes do Hospital. O mais

² Lembro o mestre da nossa geração, Dr. Corino de Andrade, que permanentemente nos dizia que a melhor maneira de não resolver um problema é nomear uma comissão.

impressionante da situação actual é a degradação dos comportamentos dos grupos de profissionais hospitalares e a desumanização progressiva e, por este caminho, irreversível. As queixas que nos chegam, os conflitos, atritos ou mesmo irresponsabilidade que observamos todos os dias, mesmo nos grupos mais diferenciados dos trabalhadores, atingem foros de desumanização e mesmo agressão, gravíssima, no que diz respeito aos mais elementares direitos dos utentes.

As misericórdias, que tão relevante papel histórico desempenharam na área hospitalar, mostraram-se incapazes de renovar e actualizar o seu papel na administração hospitalar, sendo nosso entendimento pessoal que devem centrar a sua acção, não na gestão, mas na tão carenciada e desprotegida área do serviço social, tão amplo e que não tem um «núcleo duro».

Se é certo que a modernização das condições de hotelaria, os avanços tecnológicos, visam a maior e melhor eficácia no tratamento dos utentes de saúde, mormente na emergência hospitalar, onde, aí sim, a eficácia se sobrepõe à humanização, também não deixa de ser verdade que essa «eficácia» não dispensa, pelo contrário torna ainda mais obrigatória, a preocupação em conciliar os avanços técnicos com a defesa e a garantia dos direitos dos cidadãos-doentes. Fruto da nossa experiência de vida hospitalar, e agora como presidente desta Liga, estamos mais atentos e mais sensíveis aos atropelos e desvios de comportamento dos «profissionais» — técnicos ou burocratas. Para não nos alongarmos mais, tomemos o exemplo trágico, sob o ponto de vista humano, dos nossos serviços de urgência (a resultante final do esgotamento do actual modelo jurídico dos hospitais) como elemento não só de reflexão, mas de motivação para a nossa determinação de contribuímos para a definição das grandes linhas de força desse novo modelo de *hospital aberto* e de todas as instituições de cuidados de saúde. É através do *hospital aberto* que,

a nosso ver, começa a participação eficaz da comunidade. Esta missão constitui a nossa preocupação dominante, para além da criação da Federação Nacional das Ligas de Amigos e Associações de Voluntariado.

A intervenção da comunidade através de cidadãos organizados em ligas, associações de voluntariado ou de doentes, mobilizadoras e representantes dos utentes, pode ser decisiva, sem interferir, como é óbvio, nas áreas de administração ou sem se substituir ou sobrepor aos vários sectores profissionais, mas numa estreita colaboração e entendimento, em áreas que não dizem directamente respeito ao trabalho profissionalizado — acolhimento personalizado, prestação dos serviços mais diversos, como a emergência social, pequenos-almoços, roupeiro, ligação e apoio à família na urgência e enfermarias, televisores, entrega de jornais e revistas e tantos outros, que são meios que contribuem para minimizar os defeitos do actual «Hospital-Prisão» e permitem minimizar a marginalização dos doentes do seu meio familiar e da comunidade. Sobretudo estabelecem um diálogo com «voluntários» que não fazem parte da «máquina hospitalar». É o mais importante!

Sendo insuficiente, esta experiência de quase duas décadas dá-nos uma «cultura de participação» numa área tão vital como esta, da qual devemos dar testemunho, apontando os caminhos do futuro.

2. Algumas propostas de mudança do actual sistema de gestão hospitalar

Não sendo um *expert* na área da gestão, não queremos deixar, com a devida vénia e modéstia, de dar a nossa contribuição, baseados nessa cultura — experiência de médico, utente, cidadão e voluntário na área da solidariedade.

Partimos de dois princípios, partilhados, julgo que unanimemente ou, pelo menos, pela grande maioria dos participantes: *o actual modelo jurídico-institucional dos hospitais está esgotado*; os grandes estrangulamentos devem-se, fundamentalmente, às consequências da dependência do seu funcionamento da função pública e da centralização estatal.

Sendo assim, é nossa convicção que não será o *reformismo* ou as pequenas melhorias no actual modelo de funcionamento dos cuidados secundários ou primários que conduzam à resolução dos problemas. Pelo contrário, só uma nova concepção e um novo modelo para os serviços de saúde poderão ser o grande contributo para a sua resolução metódica, mas progressiva, com «bancos de ensaio comparativos» onde e quando for entendido como necessário.

Se não, vejamos: libertemo-nos da tutela do poder central e das limitações da função pública, como a primeira das medidas. Assinalamos, para os mais críticos, que se pesam as dificuldades do «salto», que esta proposta constitui, obviamente, uma formulação teórica, não escondendo o seu carácter «revolucionário», ou mesmo utópico.

Somos a favor da descentralização, de modo ainda mais explícito da municipalização e regionalização do sistema de saúde, e pela presidência dos conselhos de administração por parte dos presidentes das autarquias ou associações de municípios, sem perda, como é óbvio, de uma definição das grandes linhas de orientação das políticas de saúde por parte do governo. A justificação é simples e corresponde ao somatório dos argumentos consensuais que se apontam para outras áreas da vida nacional — o ensino, as obras públicas, etc. — e que neste momento nos dispensam de enumerarmos e defendermos ou, por outro lado, criticarmos os malefícios da centralização bonapartista.

Contudo, não resistimos a sublinhar a necessidade/obrigatoriedade de aproximar os utentes de saúde das suas organi-

zações locais ou regionais e a responsabilização dos democraticamente eleitos do poder regional e local, respondendo, pela sua acção, junto dos cidadãos eleitores, todos potencialmente utentes. A ligação à comunidade e a participação dos cidadãos constituem um benefício acrescido desta alternativa. A presidência/responsabilidade dos poderes regionais não invalida, bem pelo contrário obriga, uma gestão técnica diferenciada.

Diga-se, de um modo muito claro e frontal, que a saúde não é um mero problema de prestação de serviços, mas, isso sim, um factor insubstituível de desenvolvimento, logo também de correcção das assimetrias regionais. A maior ligação dos utentes ao meio familiar e à comunidade, um acesso facilitado aos serviços, constituem factores relevantes de humanização.

Relativamente ao que de mais importante nos junta neste encontro — um novo modelo de gestão dos cuidados de saúde —, permitam-nos o atrevimento de afirmarmos/defendermos uma «empresa» liberta das peias da função pública, com responsabilidade de prestadora, *garantindo os cuidados básicos* do que resta do Serviço Nacional de Saúde (devidamente actualizado), em competição com o *privado*, sendo da responsabilidade da região/associações de municípios o seu financiamento e controle de qualidade dos serviços prestados.

Empresas mistas, com capital público maioritário igual ou superior a 51%, para garantia dos serviços a todos os que deles necessitem e com funcionamento nos moldes de uma gestão moderna/avançada (causa fundamental do atraso das economias menos desenvolvidas), é a nossa opinião/proposta de cidadão, defensor, por crença, vivência e documentação, da reforma urgente e imprescindível do Estado-patrão, centralizado e despesista e, sem qualquer dúvida, mais burocrático, mais lento e desconhecedor das realidades carenciais

das regiões, incapaz, como tem sido, de as corrigir, sendo o primeiro responsável pelo agravamento, atraso e desigualdades regionais. Que me desculpem os nossos convidados este atrevimento ao «meter foice em seara alheia».

Muito obrigado a todos quantos aceitaram o convite para nos ajudarem a resolver a preocupação dominante desta Liga de Amigos.

Nuno Grande*

1. A relação dos utentes com a estrutura hospitalar

Do meu ponto de vista, as verdadeiras acções de desumanização são pontuais. Se olharmos para a vida de um hospital, onde entram todos os dias milhares de pessoas, a quantificação da desumanização directa, aquela que é feita entre duas pessoas, não é tão frequente quanto parece. Há, no entanto, uma relação de tensão entre quem trabalha nos hospitais e quem entra neles. Relação de tensão que é quase normal e quase natural. O doente, o utente que entra numa estrutura daquelas, faz um corte imediato com a sociedade donde vem e, portanto, entra num novo contexto, com referências muito diversas. Penso muitas vezes nos meus compatriotas que caem num hospital e são confrontados com um mundo perfeitamente diferente que gera essa tensão. Além de tudo, os doentes, em princípio, procuram as unida-

* Médico, professor catedrático, pró-reitor UP.

des hospitalares em situação de crise. Nem todos têm o mesmo grau de carência, mas a procura surge numa situação de crise, e, portanto, estão muito mais sensíveis a todas as formas de relação interpessoal. Do lado das pessoas que trabalham nos hospitais, há também uma atitude de tensão permanente, por um lado, porque têm de responder em termos de pertinência, de economia e em termos de competência, muitas vezes sem terem os meios instrumentais e financeiros, e têm disso consciência. Por outro lado, têm muita relação fora da estrutura de natureza social a que respondem, e respondem normalmente muito mal, porque habitualmente fazem uma sobreposição de interesses e têm de dividir os tempos e, portanto, têm uma posição de tensão relativamente aos doentes. Há muitíssimos anos atrás lembro-me de estar a cortar o cabelo num barbeiro que era próximo da Faculdade de Medicina. Dois médicos estavam nas cadeiras ao lado e diziam entre si nessa altura, isto passava-se nos anos 50: «O mal do Hospital de Santo António são os doentes.» Para eles o mal eram os doentes. Mas não se diga e não se cuide que isto é um problema do hospital público. Esta semana uma pessoa minha amiga, num hospital privado, ouviu o seu médico dizer: «Mas por que está a queixar-se?! Os doentes foram feitos para sofrerem.» Um médico a quem ela paga. Quem tem dores são os doentes, não são os médicos; portanto, este tipo de relação tensional tem alguns aspectos que podemos designar por «desumanização».

2. Uma questão de cultura cívica

O que há muito mais é a ausência de uma cultura cívica, quer de um lado, quer do outro. O país não foi educado a viver em termos cívicos, não tem a noção exacta dos seus deveres e direitos. Há, de facto, uma situação cultural que é

a de o português ter necessidade de viver pervertendo as regras sempre que pode. Isto é um facto. Quer os doentes, quer os médicos, tendem permanentemente para soluções de compromisso imediato que, muitas vezes, subvertem as regras. No campo da cultura, ocorre-me perguntar se há soluções. Podem encontrar-se pequenos pormenores fundamentais que quebram a relação de tensão com a estrutura. O facto de o hospital integrar na equipa que me tratou uma pessoa da minha família, por acaso a minha mulher, com todos os direitos e deveres de um trabalhador de saúde. A minha mulher tinha funções bem concretas, tinha de estar no hospital às 7 horas da manhã e sair do Hospital às 10 horas da noite, e ou cumpria ou deixava de ter o privilégio de estar comigo mais tempo. Passei a ter uma relação com o hospital imediatamente pacificada, que era descodificada por ela, era ela que mais ou menos estabelecia a relação entre mim e a instituição. Esta medida não é tão complicada como isso, se, evidentemente, as pessoas têm possibilidades de darem essa resposta; provavelmente, há doentes que nem sequer têm ninguém, mas para esses existem as ligas.

3. O papel das ligas de amigos

A liga deve ser, no hospital, o representante da sociedade que o doente deixou para trás. A liga deve, e aqui já foi dito isso, trazer para dentro do hospital as relações humanas ou as relações sociais. Deve ter um campo bem delimitado, que não é, com certeza, o campo da gestão hospitalar e não é, de certeza, o da intervenção técnica, é o campo da intervenção humana e social. As ligas já entenderam isso. As ligas, e as suas similares, tornam possível estabelecer uma coisa que está interrompida, o diálogo descodificado e transparente entre quem está angustiado por estar doente e quem tem o

privilégio de tratar doentes, porque é um privilégio e, como um privilégio que é, deve ser uma responsabilidade. E este diálogo tem de ser de alguma maneira descodificado. Reconheço que pode haver técnicos que não têm capacidade para isso, mas então tem de haver alguém que o faça, e penso que as ligas são esse alguém. A liga, se cumprir bem o seu papel e estiver no interior da unidade hospitalar com a sensação de que representa aquela pequena sociedade, poderá tornar-se o elo das ligações e tornar mais fáceis as relações interinstitucionais e interpessoais. O funcionamento e a possibilidade de o avaliar, passa muito por pequenas coisas.

4. Informação em saúde

Por mero acidente, verifiquei que alguns dos hospitais portugueses mais dotados tecnicamente têm índices de aproveitamento terceiro-mundistas dessas técnicas. E este desperdício tem de ser denunciado. Dizia o Dr. Paulo Mendo que hoje temos uma realidade completamente diferente, que as coisas mudaram e, inclusive, os utentes estão mais informados do que eram antes, só que essa informação é dada de uma maneira difusa e não crítica, e por isso é que a autarquia quer o hospital ali à porta e o centro de saúde, eles não têm a crítica da informação que lhes é dada, os utentes sabem só algumas coisas que andam no ar, que são transmitidas pelos órgãos de informação, que estão também metidos nesta realidade, portanto não podemos tratar o problema da humanização dos hospitais de forma isolada. Os órgãos de comunicação social são o exemplo disso, muitas vezes transmitem de uma forma irresponsável noções que depois os doentes utilizam como se fossem verdades, isto é assim há muito tempo. Muitas vezes diz-se que «isto é verdade, vinha no *Jornal de Notícias!*», a partir do momento em que a notícia

chega à pessoa e é lida passa a ser uma verdade. Temos de arranjar mecanismos para fazermos esse diálogo em termos de um sistema responsável e pertinente com a sociedade que nos circunda, não estamos desinseridos dela, nem podemos pensar-nos como se não tivéssemos nada a ver com ela.

A informação deve ser dada com isenção, pensando que estamos ao serviço dos doentes, e não ao serviço de outra coisa qualquer. Saber dar a informação e dá-la a tempo é muito importante. A informação é algo extremamente perigoso, é como uma arma que sai das nossas mãos e que não dominamos a partir do momento em que sai. A informação não é um acto gratuito, deve ser dada sem dramatismos, mas com muito senso e conhecendo a realidade absoluta de quem está a receber a informação.

O problema passa por uma relação confiante não só dos doentes em relação à estrutura, como de nós em relação uns aos outros, como da sociedade em relação aos governos, como dos governos em relação a tudo. Se esta relação é de desconfiança, e não de confiança, é evidente que tudo é visto com insatisfação, mesmo quando há êxitos, que, apesar de tudo, com os tais subfinanciamentos crónicos, vamos continuando a fazer as coisas.

5. Uma participação selectiva da comunidade

Quanto à participação, chamo a atenção do presidente da direcção desta Liga para o facto de que somos 4500 sócios e não consigo ter nas assembleias mais de doze, a participação é muito relativa, uma pessoa paga a quota e acha que já está a participar. É fundamental que a participação seja selectiva. As ligas têm um papel decisivo, porque são a comunidade, previamente treinada, dentro do hospital. Não é voluntário quem quer, só quem aprende a ser voluntário, não é

uma participação anárquica, é uma participação dirigida, que vai permitir levar a comunidade para dentro do hospital. Deve haver uma intervenção directa na estrutura, porque a estrutura tem variáveis muito diversas. A gestão consiste em saber gerir a oportunidade para avançar ou não avançar em favor do utente. Os serviços de saúde estão voltados para nós, e não para os doentes. Nós é que pegamos no serviço que nos dão e o aplicamos aos doentes. Normalmente quem dialoga com os ministros não são os utentes, é a Ordem dos Médicos, o sindicato, são os médicos.

, que
pital.
ue a
e em
r em
para
viço
quem
1 dos

Júlio Reis*

1. Atendimento personalizado

Em primeiro lugar, permitam-me que manifeste o meu prazer por aqui estar a convite da Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António, entidade que muito admiro.

No que concerne ao objectivo que aqui nos reúne, começo por afirmar que tenho alguma dificuldade em reduzir a minha apreciação aos dois itens que constam da nossa agenda de trabalhos como tema de discussão — humanização e qualidade dos cuidados nos hospitais —, preferindo antes tecer algumas considerações, necessariamente ligeiras, de uma forma mais global, envolvendo nelas também a abordagem dos conceitos de eficiência e de eficácia das prestações, atento às interligações que todos eles têm entre si.

Não vale a pena certamente estar agora aqui a precisar o conteúdo dos citados conceitos, tarefa, de resto, não muito fácil, mas, no entanto, permito-me sublinhar que, pessoal-

* Director da ARS de Coimbra.

mente, não gosto muito da expressão *humanizar os hospitais* por dar a entender que os utentes são sistematicamente tratados nos nossos hospitais desumanizadamente, o que não é certamente o caso. Preferiria então encontrar outras palavras, como, por exemplo, *atendimento personalizado*, ou mesmo a noção de cliente, hoje muito em voga.

No que diz respeito à «qualidade» da prestação, convém referir também que esta noção engloba não só a validade intrínseca do acto médico, o que é difícil de ser avaliado pelo utente/doente, mas outros aspectos emergentes da prestação, como, por exemplo, o contributo técnico de outros profissionais, com especial relevo para a enfermagem, e ainda aquele grande número de aspectos relacionados, genericamente, com a hotelaria, nomeadamente as relações humanas.

2. Os problemas do sistema de saúde: uma questão de Estado

Mas, voltando à questão inicial, tenho a opinião pessoal de que muitas das deficiências de que padece o funcionamento dos nossos hospitais, em termos de eficácia, eficiência, humanização e qualidade, resultam, pelo menos em grande parte, entre outros factores, do actual estatuto jurídico dos hospitais e centros de saúde, de mero serviço público regido por normas muito pouco consentâneas com métodos empresariais de gestão, do estatuto do pessoal da função pública, também ele, a meu ver, condicionante e redutor de uma gestão de recursos humanos mais eficiente, da dificuldade de gerir a conflitualidade de interesses emergentes do actual regime legal de exercício público/privado por parte dos agentes ligados à prestação de cuidados, nomeadamente dos médicos, da deficiente articulação entre os níveis de cuidados do subsistema de saúde SNS, etc., creio, realmente,

que muitas das dificuldades que sentem hoje os utentes quando se abeiram do SNS derivam bastante de ainda não se terem resolvido aqueles problemas, certamente difíceis e complexos, e, por isso, sugerem a ideia de que estaremos perante questões de Estado, e não deste ou daquele governo.

3. Formação dos recursos humanos da saúde

Mas é evidente que outros aspectos vêm condicionando alguma falta de qualidade e humanização de cuidados nos hospitais, o nosso tema de conversa, onde avultará porventura alguma impreparação do pessoal em matéria de relações humanas, predicado que se foi perdendo, creio, na justa medida em que se foi tecnicamente progredindo. Perdeu-se em vocação, ganhou-se em técnica, o que talvez derive, não sei, do facto de, eventualmente, a formação não envolver a vertente humana que é mister existir para preparar os profissionais para lidarem com pessoas e, sobretudo, pessoas que sofrem.

No que respeita às questões agora propostas à nossa análise pelo Sr. Prof. Nuno Grande, particularmente o tema da abertura das instituições à comunidade, há que reconhecer as enormes dificuldades existentes e constatar ainda o enorme desafio que constitui modificar a situação.

4. Participação da comunidade feita de fora para dentro

Penso que a institucionalização da participação prevista nas leis actuais — os conselhos gerais e os conselhos de saúde — não tem resolvido, com o mínimo de eficácia exigível, os objectivos que presidiram à sua criação, ou porque

muitos nem sequer se constituíram, ou porque, constituídos, não têm, salvo algumas exceções, sabido compreender a sua missão. Aliás, creio que a abertura das instituições à comunidade cobrará eventualmente melhores resultados se se fizer de fora para dentro, em diálogo com as entidades locais, autarquias, associações cívicas, etc.

É claro que esta abertura deverá ser naturalmente complementada com instrumentos internos, nomeadamente capaz funcionamento dos gabinetes do utente, publicação de informação, com seus direitos e deveres, aposta no voluntariado e na altruísta missão das ligas dos amigos dos hospitais, etc.

No que concerne aos outros pontos de referência citados, apenas direi (porque outros, aqui presentes, melhor estarão colocados para os abordarem) que, por formação, considero caber ao Estado o ónus de garantir as condições possíveis para satisfazer o direito à saúde dos cidadãos, o que não quer dizer que tenha de ser o Estado, necessariamente, o prestador e o gestor do sistema, antes pelo contrário.

Este entendimento, aliado ao que já tive oportunidade de referir quanto aos estatutos jurídicos dos estabelecimentos e do pessoal e à introdução de outros mecanismos estratégicos de gestão, como, por exemplo, a concorrência e a competição, poderá, creio, trazer alguns benefícios em termos de eficácia e sobretudo de eficiência.

Luís de Carvalho*

1. A experiência da Liga dos Amigos e do conselho geral no Hospital Geral de Santo António

O Dr. Luiz Roseira referiu-se à sua experiência na Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António, que acabou por motivar esta reunião.

Pela minha parte, até porque fui nele citado várias vezes, devo dizer que o Hospital Geral de Santo António tem duas experiências que importa referir: a primeira é a da própria Liga, que é a primeira, exceptuando a Liga Portuguesa contra o Cancro, que, todavia, tem características e objectivos um tanto diferentes. A segunda é a que resulta do funcionamento do conselho geral, que tem vindo a reunir-se regularmente desde 1988, data em que foi legalmente constituído.

No que respeita à primeira, a Liga dos Amigos, devo dizer que o Hospital já não se reconhece sem ela, nomeada-

* Médico, director do HGSA.

mente no que resulta da presença diária do voluntariado, que permitiu transformar radicalmente as condições de atendimento. Quanto ao conselho geral, o mesmo tem funcionado como órgão de consulta e sobretudo como órgão de aprovação de orçamentos. Como é sabido, os orçamentos das administrações hospitalares são sempre duplos: orçamento financeiro e orçamento económico.

O conselho geral não se tem limitado a aprovar os orçamentos financeiros, mas aprova sobretudo os económicos, dando cobertura ao inevitável *deficit*, o que resulta da necessidade de o explicar aos representantes da comunidade e dos trabalhadores, fazendo compreender que o referido *deficit* é inevitável se se quiser que o Hospital funcione e preste serviços. Esta cobertura moral do *deficit* tem dado alento à administração para manter sempre orçamentos reais diferentes dos formais impostos pela realidade inamovível das receitas.

Estes assuntos, como aqueles que dizem respeito à actividade e financiamento do Hospital, têm sido objecto de discussão ao longo dos anos, embora a comunidade, na prática, se manifeste pouco interessada no funcionamento do conselho geral, nomeadamente os trabalhadores do Hospital, cujos representantes são os mesmos desde o início, sem que ninguém se preocupe em saber quem são ou o que lá fazem. Por outro lado, os quatro representantes das assembleias municipais nunca estiveram presentes em simultâneo, nem tenho notícia de que as próprias assembleias se preocuparam em discutir o que se passa nas reuniões ou no próprio Hospital.

Curiosamente, é a própria administração que insiste ou tem insistido várias vezes no sentido de trazer os conselheiros ao Hospital.

Ontem mesmo telefonei à representante do Porto para lhe dar notícia da entrada em funcionamento do novo incinerador do Hospital, para que se saiba que a instituição se preocupa

com os problemas da poluição e encontra meios para os resolver.

A administração envia sempre com antecedência os documentos financeiros e os relatórios de gestão a serem discutidos no conselho geral, mas, infelizmente, verificamos que a maior parte das vezes muitos dos conselheiros nem sequer os lêem. Este problema do desinteresse é real e não vejo como pode ser ultrapassado.

Também não creio que este problema da falta de interesse e participação possa resolver-se com a modificação da forma de nomeação do seu presidente. Há muitas formas de nomear um presidente: ou por designação pela autarquia dominante, por proposta ou eleição de entre os membros do conselho, por nomeação pelo poder central ou regional, mas não creio que seja isso que irá modificar o funcionamento do conselho. No caso concreto do Hospital Geral de Santo António, o problema consiste em que praticamente a única pessoa que discute ou levanta problemas é o próprio presidente da Liga, o Dr. Roseira, havendo frequente ausência ou indiferença do representante da misericórdia ou da segurança social ou da ARS. Os «representantes» dos trabalhadores pouco participam também nas reuniões, quando lá comparecem.

2. Humanizar os hospitais: tratar, mas também cuidar dos doentes

Passemos ao problema da humanização, também tratado na intervenção do Dr. Luiz Roseira. O problema consiste em que os hospitais são instituições, por natureza, desumanas, uma vez que as pessoas que a eles recorrem se encontram em situações anormais ou de rotura em relação à vivência humana corrente. Os hospitais são locais onde se sofre, onde se está doente, e esta situação, só por si, é contraditória com a

normalidade da vida humana quotidiana. Por outro lado, não há hospitais sem profissionais de saúde, que tendem a ser profissionais da doença.

O Dr. Júlio Reis já se referiu à formação dos profissionais, que tendem inevitavelmente a encararem friamente a sua relação quotidiana com os doentes. Daí resulta a importância do voluntariado da Liga, que é constituído por pessoas que não são profissionais e que, assim, podem complementar a tecnicidade fria do trabalho assistencial com mais calor humano, donde eu dizer que o Hospital já não se reconhece sem os voluntários.

A formação dos profissionais é um elemento importante a ter em conta se se quiser combater esta desumanização que referi. Gostaria de chamar a atenção para a diferença de conceitos expressos nos termos *tratar* e *cuidar*. Os profissionais tendem a esgotar o seu trabalho no conceito demasiado tecnicista de tratar, mas mais importante é serem formados para cuidarem dos doentes, que é um conceito mais vasto e abrangente e então mais humano.

O Dr. Júlio Reis referiu-se ao acto médico, que em si não está em causa, só que o acto médico não deve ser encarado como acto exclusivamente técnico, nem do meu ponto de vista, nem do da generalidade dos que se preocupam com a qualidade dos cuidados.

A qualidade técnica é apenas um elemento, e nem sempre o mais importante da qualidade global de cuidados, mas a verdade é que os profissionais de saúde são educados na convicção de que a técnica é o elemento fundamental. Isto é particularmente verdade para os médicos. Daqui a necessidade de promover um esforço educacional no sentido de fazer compreender que a eficiência pode não conduzir sempre à eficácia, se nos preocuparmos mais em apenas tratar do que em cuidar dos doentes.

Este será, assim, um elemento essencial da humanização dos cuidados de saúde e dos hospitais.

3. Participação da sociedade na vida dos hospitais

Começo pela primeira, a participação. Parece-me que o essencial é saber se a comunidade está mesmo interessada em participar na vida dos hospitais, nomeadamente se quer ou não a existência de conselhos gerais.

Não serão as administrações que farão participar as comunidades. Isto faz-me pensar na anedota do escuteiro que quer praticar uma boa acção e ajuda a velhinha a atravessar a rua. Só que a velhinha não queria atravessar.

4. Formas de gestão

A segunda questão diz respeito às formas de gestão, aos custos e financiamentos dos hospitais, num contexto geral de contenção. Estas questões estão todas relacionadas, embora todos saibamos que deve procurar-se gastar melhor, e não apenas gastar mais. Costumo dizer que a problemática da saúde em Portugal pode resumir-se a três questões: que saúde queremos ter; quanto custa; quem paga.

Não há contenção de custos possível quando vivemos em regime de subfinanciamento crónico em relação às necessidades que queremos satisfazer. Por exemplo, queremos tratar gratuitamente todos os insuficientes renais crónicos, os pacientes da doença de Gaucher, fornecer gratuitamente hormona de crescimento, interferão para tratar esclerose em placas, etc., sem cuidarmos de quantas dezenas de milhares de contos isso custa e, portanto, de quem vai sofrer com as restrições correspondentes para despender tais verbas.

Fala-se da forma de escolher os gestores dos hospitais. Não restam dúvidas de que devem ser escolhidos os mais

capazes e competentes para gerir os escassos recursos disponíveis, estabelecendo prioridades e racionalizando os consumos.

Quando se fala em eleger o director clínico pelos médicos, gostaria de lembrar que aquele não deve existir para defender os interesses dos médicos (para isso existem os sindicatos), mas para criar as condições técnicas mais operacionais e eficientes possíveis para tratar e cuidar dos doentes.

Por outro lado, a referência a incentivos é, obviamente, balizada pelas limitações do estatuto da função pública, que é a negação de qualquer espécie de incentivos baseados no mérito ou capacidade de trabalho.

5. Acesso aos cuidados de saúde

A terceira questão é a do acesso aos cuidados de saúde. É claro que devem fazer-se esforços para conseguir a equidade no acesso, o que não é sinónimo de igualdade. É evidente que há limitações intransponíveis. Por exemplo, a desigualdade de acesso resultante de condições geográficas, como referia a Dr.^a Paula Santana, é uma inevitabilidade. O cidadão de Bragança terá fatalmente de ter mais dificuldade de acesso a altas tecnologias do que o habitante do Campo de Santana, em Lisboa.

É por isso, e por quererem a impossível igualdade de acesso, que os autarcas procuram quase sempre ter um hospital central e polivalente em cada aldeia, o que é, obviamente, impraticável não só por razões financeiras, como sobretudo por razões técnicas.

Há, todavia, desigualdades na falta de equidade de origem social que é extremamente difícil de impedir. Quem tem nas suas relações pessoais um médico ou enfermeiro, por exemplo, tem um acesso facilitado aos serviços que não tem o pobre que não conhece ninguém.

6. A informação

A quarta questão tem a ver com a informação. Fala-se muito do consentimento informado como elemento nuclear da humanização dos cuidados, mas lembro que a informação fornecida pelos profissionais de saúde é sempre manipulável. Basta notar que, se disser ao doente ou familiar que um determinado acto médico tem 80% de bons resultados, a reacção obtida é totalmente diversa daquela que resultaria se dissesse que tem 20% de maus resultados.

Penso, no entanto, que, apesar disso, há um elemento fundamental que pode melhorar muito a função informação e que é a personalização dos cuidados. Este é o elemento essencial para se criar uma corrente de confiança entre o médico (e a equipa de saúde) e o doente e seus familiares. Por outro lado, há um factor importante no campo da informação, a que chamarei a administração aberta. É indispensável que qualquer cidadão tenha acesso fácil, ou directamente, ou através do gabinete do utente, à direcção do hospital ou dos serviços.

É essencial que o cidadão saiba que pode dirigir-se a um responsável da instituição de saúde para expor as suas queixas ou reclamações. É claro que isto tem efeitos perversos, que eu próprio sinto, quando para qualquer problema surgido na periferia da instituição há a tendência para aconselhar o cidadão insatisfeito a ir queixar-se ao director.

Para concluir, direi que há que fazer um esforço de profissionalização para os trabalhadores de saúde. Desta profissionalização faz parte a cortesia, a boa educação e a consciência profissional. Quem tem obrigação de ter comportamento profissional são os trabalhadores de saúde, não os doentes ou seus familiares.

Paulo Mendo*

1. Uma gestão hospitalar mais humana

Vamos analisar a humanização dos hospitais sob duas vertentes: que modificação deverá ser feita nos seus órgãos de gestão e direcção para que a gestão seja mais humana e mais próxima do utilizador e, numa visão mais global, o que deve mudar no hospital como um todo para se tornar menos agressivo e mais humano no seu atendimento.

Julgo que, por uma questão de método, devemos separar estes dois aspectos.

Vejamos primeiro o hospital como um todo.

2. Cuidar dos doentes

Como disse Luís de Carvalho, uma coisa é cuidar, outra é tratar, e um dos pecados da medicina actual é ter perdido

* Médico, ex-ministro da Saúde.

o sentido de cuidar do doente e apenas pensar em tratar a doença de que este é portador: o doente apenas existe porque tem uma doença.

Ora um dos problemas do actual atendimento hospitalar reside no facto de que o hospital é, talvez tenha de ser, quase só um local de tratamento.

Os hospitais recebem cada vez mais doentes em situação grave e aguda, dispõem de tecnologia que obriga a uma grande ocupação e, por isso, permite uma enorme rotatividade de doentes, com tempos de internamento muito curtos.

3. Humanizar é também rapidez, competência e eficácia

Tudo está a passar-se como se o hospital tratasse a doença com a mais moderna tecnologia médica e a humanidade dos seus serviços estivesse na rapidez, competência e eficácia com que o faz, enquanto cuidar do doente como ser humano sofredor devesse ser obrigação do médico assistente em vigilância domiciliária, consulta externa ou centro de saúde.

Há já hospitais que internam o doente no próprio dia de uma grande intervenção a que tem de ser sujeito, sem ter tempo para minimamente se adaptar ou conhecer o novo ambiente em que mergulha!

Igualmente é frequente ouvirmos técnicos e políticos advogarem trabalho hospitalar ininterrupto, transformando-os em verdadeiras cadeias de tratamento permanente, sem que reparem que esse ritmo irá desumanizar mais ainda os hospitais e aumentar a separação esquizofrénica do tratar e do cuidar.

Temos de naturalmente tornar o hospital o mais eficaz possível e da sua eficácia tem de resultar a sua humanidade, o doente não deve esperar pelo tratamento ou intervenção, a

duração do internamento deve ser o mais curta possível, o ritmo de trabalho tem de ser obrigatoriamente muito alto.

Mas, se já não tem sentido fazer salas de jogos e de lazer, ou bibliotecas, para os doentes, pois já não há períodos vazios nos internamentos, que são já raramente superiores a uma semana, isso não significa que, dada a «pressa» com que tudo se faz em ambiente hospitalar, não seja necessária uma abordagem do doente muito mais apoiada e humanizada, precisamente por causa desse ambiente de pressa e ansiedade.

Como vai humanizar-se este hospital de fim de século, com muito melhores instalações do que outrora, mas, se calhar, com um ambiente muito mais agressivo estranho?

4. As mudanças necessárias

Primeiro que tudo, mudando as mentalidades dos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros.

Temos de personalizar os cuidados e o doente deve ter no internamento não só o seu médico responsável, como também o seu enfermeiro.

São eles que o informam, o aconselham, o acompanham, o cuidam, independentemente de serem muitos mais a tratá-rem-no.

E neste contacto estreito tem naturalmente o profissional de saúde de se comportar com inteligência, humanidade e sentido de ajuda.

Sou ainda do tempo em que o médico tratava por tu o doente do hospital público e tinha para com ele a atitude caritativa de quem dá uma esmola.

Nada disso se passa hoje, mas à atitude caritativa substituiu-se uma atitude distante e técnica que muitas vezes é ainda mais fria e desumana.

5. O papel das ligas de amigos

Ora é nesta transformação necessária de comportamentos que as ligas de amigos estão a ter um enorme papel indutor e pedagógico.

São elas que estão a ser capazes de transformar a rigidez burocrática do atendimento num atendimento culturalmente aceitável e delicado.

Para tal as ligas devem estar sempre ao serviço dos utilizadores e actuar como uma associação de consumidores e nunca devem estar implicadas na gestão ou execução da política do hospital.

Este é um princípio que defendo com muita veemência: as ligas de amigos «representam» e exigem que os doentes sejam bem tratados, apoiam e desenvolvem todas as actividades que levam a esse objectivo, mas não são, nem devem ser, co-responsáveis pela gestão, nem nela devem «sujar» as mãos.

E a sua presença no conselho geral é importante para se manterem informadas e para terem um lugar certo para se fazerem ouvir em defesa dos doentes, com o bom senso que é natural por parte de quem conhece as dificuldades da instituição.

A outra vertente que vamos analisar é a das mudanças a introduzir nos órgãos de gestão dos hospitais, de modo a tornar mais humanizada a sua forma de atendimento e mais eficaz o seu trabalho.

6. O conselho geral do hospital

Sinto-me um pouco responsável pela sua existência, pois foi durante a minha permanência na Secretaria de Estado da Saúde, em 1977, que a lei consagrou a existência desse órgão.

Órgão que, precisamente, serve para tentar colmatar o afastamento inevitável da «sociedade civil» dos problemas dos seus hospitais.

Os hospitais, como disse Luís de Carvalho, são sempre, para o cidadão, área de doença, de dor, de tristeza, de desumanidade, em relação à qual se afasta, a menos que esteja directamente implicado.

Para colmatar esse afastamento e a sua inevitável consequência de desconhecimento das realidades próprias desse universo, criaram-se, através dos conselhos gerais, canais de comunicação e de permanente informação entre o hospital e as estruturas mais representativas da sociedade: autarquias, misericórdias, ligas de amigos, segurança social, etc.

O conselho geral é, pois, um órgão de informação e de conselho, não é um órgão de gestão.

É informado do orçamento disponível, segue a execução orçamental durante o ano, apoia ou sugere mudanças do plano de actividades do hospital para esse ano, mas não interfere nem participa na sua gestão.

E posso testemunhar a enorme importância que tem para os responsáveis pela gestão o apoio e o conhecimento por parte das estruturas que estão representadas no conselho geral do plano de actividades decidido e em execução. Deve o presidente do conselho geral ser uma personalidade convidada ou eleita?

Este é, quanto a mim, um problema menor, que não modifica em nada a operacionalidade e eficácia do conselho. Todos sabemos que, apesar da existência de conselhos gerais desde há quase vinte anos, pouca foi a sua actividade, o seu empenho, a sua vitalidade.

Raros mesmo teriam sido aqueles que funcionaram, cumprindo a lei e os calendários de reunião mínimos, se os conselhos de administração não os convocassem e preparassem

as reuniões. Seria diferente com presidentes eleitos? Não me parece, pois o «entusiasmo» intrínseco do conselho seria o mesmo. E com presidentes por inerência, por exemplo, o presidente da câmara? Seria diferente? Mas, sendo a área de influência hospitalar muito diferente da área concelhia e sendo o hospital público gerido e orçamentado pelo poder central, qual é a maldade do convite ministerial?

Não permite ele fazer com que personalidades de indiscutível projecção social se interessem e participem numa actividade cívica de relevante importância, podendo mesmo, através dessas personalidades, ser estimulada a actividade de mecenato, tão necessária e desejada na nossa área?

Em resumo, não me parece que resida na forma de preenchimento do lugar de presidente do conselho geral a maior ou menor eficácia dos conselhos gerais, que devem, quanto a mim, manter-se com o modelo e funções actuais ou, se se reconhecer a sua pouca utilidade, ser extintos. A minha posição é, no entanto, a de que devem manter-se. Mal não fazem, algumas desempenham bem as suas funções e é sempre possível estimular o seu funcionamento.

7. A participação da comunidade nos serviços de saúde: o papel do médico de família

A participação da comunidade nos serviços de saúde depende fundamentalmente do tipo de relacionamento do médico de família dos centros de saúde com o seu doente.

Se o centro de saúde é entendido pelo utilizador como um serviço público destinado a dar-lhe uma consulta sempre que dela precisar e a conseguir-lhe exames complementares de diagnóstico ou uma ida ao hospital, nunca conseguiremos fazer com que o cidadão participe e defenda o «seu» centro

de saúde mais do que defende os serviços de correios ou uma repartição de finanças. O que é pouco e deslocado.

Por isso, digo que os serviços de saúde e a maior ou menor aceitação do seu valor por parte dos cidadãos dependem fundamentalmente da posição que ocupar no sistema o generalista, o médico de família.

É ele, obrigatoriamente, o único e melhor informador dos serviços de saúde e o único e melhor orientador do seu doente no dédalo indispensável de hospitais, especialidades, serviços e laboratórios de todo o sistema.

Por isso, a defesa do centro de saúde e do médico de família como núcleo de todo o sistema, criador ou destruidor da aceitação social do sistema, é para mim fundamental.

Centros de saúde e hospitais têm naturalmente de estar funcionalmente articulados, mas são cuidados com metodologias e organizações diferentes, que têm formas de gestão e organização diferenciadas.

Temos de inventar a forma de colocar no centro do sistema, com a autoridade que lhe confere o representar o doente, o médico de família, para a satisfação das necessidades do qual tudo deve estar orientado e organizado, e não, como actualmente, colocá-lo como o último elo da cadeia profissional, cujo cume está no serviço hospitalar especializado.

O simples facto de agora estar a tentar-se dar quotas de consultas dos hospitais aos clínicos dos centros de saúde mostra bem esta inversão de valores: em vez de ser o hospital a adaptar-se e ter de dar resposta aos médicos de família e, portanto, aos seus doentes, são estes e os seus médicos que têm de adaptar-se à organização das consultas hospitalares!

Temos de fazer um grande e continuado esforço para criarmos unidades de saúde, reunindo centros de saúde e o ou os hospitais a que estarão ligados funcionalmente, centradas nas necessidades dos médicos de família e respondendo às necessidades que diariamente lhes surgem.

Isto significa que tem de haver grandes modificações na gestão dos serviços e no relacionamento e participação do sector privado no sistema.

Modificações que devem ser feitas gradualmente e sem grandes transformações bruscas, mas segundo um plano definido, com geral conhecimento do objectivo final.

Durante a minha estada no Ministério da Saúde lancei uma série de iniciativas que, indiscutivelmente, apontam para um objectivo preciso.

8. Regionalização dos serviços de saúde

Assim, o lançamento da regionalização dos serviços de saúde através da criação das ARS (administrações regionais de saúde com orçamentos regionais próprios), o cartão nacional do utente, o PERLE — programa específico de resolução das listas de espera através da colaboração, por concurso, do sector privado —, a validação do receituário privado na obtenção dos descontos nas farmácias, a entrega ao privado, por concurso, da gestão de hospitais e centros de saúde, a entrega às misericórdias da rede de internamento de cuidados continuados, são, todas elas, iniciativas que apontam para um único objectivo: criar um sistema centrado no cliente, em que haja múltiplos prestadores de serviços, com separação administrativa do prestador e pagador e em que isso suceda mesmo em relação aos prestadores públicos (unidades de saúde e ARS).

Acho naturalmente que esta reforma profunda do sistema deve continuar, tornando cada vez mais o Estado garante dos direitos do cidadão, mas não o único prestador de cuidados de saúde, embora defenda que o Estado tem sempre de ser, através dos serviços públicos de saúde, um grande prestador, mas nunca o único.

De tudo isto resulta que também o hospital público tem de se adaptar a este sistema aberto, concorrencial e participado, em que vários prestadores disputam este mercado muito especial que é o da saúde, cada vez mais caro, cada vez mais eficaz e cada vez mais exigente.

O hospital público tem de modificar a sua organização, a sua relação com os cuidados primários, o seu relacionamento com o doente, desenvolvendo as áreas de hospital de dia e de hospitalização domiciliária, modificando a sua gestão, introduzindo na sua organização serviços por patologias, e não só por especialidades (por exemplo, serviço de diabetes, e não serviço de endocrinologia).

9. Gestão dos hospitais públicos

Disto se conclui que considero perfeitamente insuficiente e desfocada a redução do problema da gestão dos hospitais públicos portugueses a uma questão de formato e forma de preenchimento dos seus órgãos. Não é aí que está o problema, nem aí reside a grande necessidade de transformação.

O que é preciso é enquadrar juridicamente o hospital, segundo as necessidades que as suas funções actuais implicam, tornando rápida a execução das decisões tomadas, aumentando a autonomia da gestão, a responsabilização dos gestores e a sua participação na definição dos orçamentos, ligando os hospitais a centros de saúde e entre si, em zonas hospitalares com programação complementar conjunta.

Temos de reformular, segundo as realidades deste fim de século, o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais, belos diplomas que duraram decénios, mas que, actualmente, têm de ser revistos.

Se o director é eleito ou nomeado, assim como o director clínico e o director de enfermagem, é secundário e pouco importante para a reforma essencial dos hospitais.

Advogo que, sendo instituições dependentes do poder central, financiadas pelo Orçamento do Estado, de que o governo é responsável, tendo uma área de influência que ultrapassa largamente a área da autarquia, não sendo a gestão sede própria de exercício da democracia representativa, já bem representada pelo governo democrático, advogo, dizia, que a sua gestão seja determinada por convite directo do ministro da Saúde.

Termino esta minha intervenção dizendo que não acredito que proximamente seja modernizada a função pública ou enquadrados os serviços públicos de saúde no direito privado.

Seria já muito bom que fosse elaborado para a saúde um normativo especial da função pública, adaptado às nossas necessidades.

Esta será mais uma razão para aceitar que a gestão seja da responsabilidade directamente delegada do ministro.

10. Hospitais de agudos e *hospitéis*

Temos estado a falar da rede dos hospitais públicos de agudos, da sua gestão e do seu enquadramento jurídico.

Devo, no entanto, sublinhar a importância da hospitalização prolongada numa rede de cuidados continuados que deve, em malha mais apertada, estender-se a todo o país, a todas as localidades.

O número de camas de hospitais de agudos que possuímos já instaladas e em vias de construção só será suficiente se for apoiado por uma rede de camas de cuidados continuados, espécie de hotéis medicalizados (a que, por isso, cha-

mei *hospitéis*), que deve estender-se a todo o país e existir em todas as povoações.

Ninguém melhor do que as misericórdias para gerir e administrar tal rede, a que os médicos dos centros de saúde poderão dar todo o apoio.

Levantada esta questão no Congresso das Misericórdias de Fátima, em 1994, a adesão foi enorme e em pouco tempo foram assinados entre o Ministério e as misericórdias mais de duas dezenas de protocolos para a criação de tais unidades.

Culminou este processo na assinatura de um protocolo geral entre o Ministério e a União das Misericórdias, em 1995, com vista a estimular e apoiar todas as misericórdias que quisessem regressar à sua actividade prestadora de cuidados de saúde, aderindo a este projecto.

É evidente que esta rede deve ser gerida pelas misericórdias, devendo ser tida em consideração a especial situação dos doentes, que necessitam, mais do que quaisquer outros, de um atendimento o mais humanizado possível, em que a família, a equipa médica, as equipas de suporte hoteleiro, têm um papel fundamental.

Sem esquecer as ligas de amigos, que podem ter um papel fundamental na manutenção de altos padrões de humanidade e conforto a estes doentes.

Vítor Ramos*

1. A relação hospital-meio numa perspectiva sistémica

Sou médico de família e, actualmente, estou a exercer as funções de vogal do conselho de administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. A minha visão é predominantemente exterior aos hospitais. Estamos a falar de pessoas. De pessoas que em determinado momento estão dentro dos hospitais (profissionais e doentes) e pessoas que estão fora (na comunidade, na região, no país). Se quisermos usar uma perspectiva sistémica, podemos considerar o hospital um subsistema dentro do sistema de saúde e dentro do sistema social, sendo a nossa grande ansiedade a de como podemos modificar os comportamentos das pessoas nestes diversos níveis sistémicos, muito especialmente dos profissionais de saúde que estão nos hospitais.

Quanto aos princípios, estamos, em geral, de acordo. Não questionamos o princípio da solidariedade, da necessidade

* Médico de família, ARS de Lisboa.

de humanização, da importância da participação, da indispensabilidade da eficácia e da eficiência, etc. Depois, a realidade está em dissonância com aqueles princípios. Em termos de sistemas, aquilo que deveriam ser as vias ou canais de interdependência e interacção dinâmicos e auto-regulados entre o hospital, os que dele necessitam de cuidados e a comunidade em geral estão substituídos por uma carapaça rígida, com algumas brechas para acessos condicionados. Nem o desempenho do hospital no seu todo, nem os comportamentos e desempenho dos seus profissionais desencadeiam consequências com repercussões lógicas neles próprios. Vive-se e trabalha-se, em geral, em ambiente de «tanto faz». É verdade que existem algumas consequências, quase sempre esporádicas e da forma menos desejável e nada produtiva: conflitos, por vezes mesmo agressões. A relação fornecedor-cliente, por muito que se apregoe e nos custe, não existe de facto.

Os hospitais geram *deficits*, em grande parte, porque a forma de lhes fazer chegar os recursos (o financiamento) é de tal forma que a situação ideal seria a do hospital sem doentes. Havendo doentes e dedicando-se o hospital a cumprir com afinco a sua missão, pode ser penalizado por esse facto em relação a outro que minimize a sua actividade. Isto tem que ver com os mecanismos de regulação e auto-regulação característicos dos sistemas abertos, que no caso presente são praticamente inexistentes, porque os hospitais funcionam como sistemas quase fechados.

Os mecanismos reguladores da interacção hospital-meio poder-se-ão, ainda que em termos simplistas, sistematizar em dois grupos: os de natureza *soft*, relacionados com mentalidades, atitudes, educação, e os de natureza *hard*, ou estrutural. Quanto aos primeiros, por serem de natureza cultural e moral, exigem grandes esforços e muito tempo para produzirem resultados. A evolução das atitudes é lenta, mas, neste

aspecto, tenho para mim que todos somos boas pessoas e o próprio profissional que «tratou mal» um doente é capaz, depois, no café, de se indignar com comportamentos semelhantes por parte de outros colegas. Em relação aos mecanismos estruturais é necessário inventar, desenvolver, experimentar, dispositivos suficientemente engenhosos e ao mesmo tempo aceitáveis socialmente que permitam atingir resultados desejados de uma forma relativamente automática. A título anedótico, lembremo-nos de que o mecanismo simples da moeda nos carrinhos dos hipermercados é suficientemente poderoso para que toda a gente os arrume, sem ter sido necessário nenhuma campanha de educação cívica e de mudança de mentalidades. Bem podiam as gestões dos hipermercados investir em campanhas de sensibilização, distribuir panfletos, implorar «por favor, arrumem os carrinhos»!

O exemplo atrás descrito contém em si uma ideia simples e universal: a de um mecanismo de acção e retroacção que na sua essência é idêntico aos complexos mecanismos de auto-regulação de sistemas naturais. Isto é, o acto de levantar o carrinho induz à perda transitória de uma moeda (aqui o valor facial pouco importa). O não arrumar o carrinho acarreta a perda definitiva da moeda. A natureza humana é muita avessa a perder e os carrinhos lá se vão mantendo impecavelmente arrumados.

Passando agora aos hospitais e à sua relação com o meio, a primeira ideia que surge é a de que tais mecanismos acabarão inevitavelmente por terem de se situar no sistema de financiamento, embora não devam reduzir-se só a este. São desafios técnicos que se colocam à administração, em geral, e à administração hospitalar, em especial.

Quebrar a carapaça, tornar o hospital um sistema mais aberto, apreender da teoria dos sistemas e da sua regulação aspectos aplicáveis aos hospitais, implicará necessariamente associar consequências tangíveis a cada desempenho concre-

to. Estas consequências não podem ser meramente morais. A regulação apoiada em mecanismos morais é muito importante para aguentar o mínimo essencial e para garantir uma coesão institucional básica, mas não é suficiente para animar continuamente e em níveis elevados a maior parte dos profissionais.

Penso que um desafio do futuro é o de transformar os hospitais em sistemas verdadeiramente abertos, com todas as consequências que isso acarrete. E isto comporta alguns riscos, e a natureza humana também é avessa a eles, nomeadamente à incerteza que se lhes associa. Imaginem o desconforto que seria para os administradores e para os profissionais saberem que não contariam à partida com dinheiro certo. Que isso dependeria de como se «comportassem»! Que mudanças radicais se observariam se os cidadãos/doentes detivessem o poder de decidirem (quer directamente, quer por agência de alguém em quem confiassem) qual o hospital ou serviço a que recorrer?

É claro que não é preciso cair em cenários radicais para que comecem a introduzir-se consequências mais tangíveis para comportamentos e desempenhos e se ultrapassem resistências e medos, criando situações em que todos se sintam confortavelmente ganhadores.

Em relação ao problema da participação da comunidade, dever-nos-famos interrogar por que razão a comunidade não participa nas comissões e conselhos de natureza consultiva nos hospitais e nos centros de saúde? No fundo, estamos a propor-lhes que se interessem pelo que se passa dentro da «caixa preta» da gestão de um centro de saúde ou de um hospital. Ora, como não estou nada interessado em saber o que se passa dentro do meu computador ou da minha televisão, mas apenas quero que ambos funcionem bem e que possa ver bons programas na televisão, acho que o mesmo deve acontecer com os cidadãos que, não sendo profissionais

de saúde, olham para os serviços de saúde de um modo muito diferente do que imaginamos.

Parece haver consenso em relação ao ponto para onde queremos ir. Também conhecemos com alguma precisão a situação onde nos encontramos. Mas depara-se-nos um labirinto entre os dois por onde é preciso encontrar o melhor caminho. Para isso é preciso ir explorando, experimentando, avançando e avaliando gradualmente, corrigindo, sempre com alguma estratégia-guia. Esse é um desafio que nos é colocado.

Os nossos hospitais e centros de saúde são estruturas pouco abertas ou quase fechadas, viradas sobre si mesmas, para o seu interior, para os profissionais. E, no entanto, as suas missões e finalidades são exactamente o oposto desta prática. São orientados para o exterior, para resultados de saúde.

2. Participação da comunidade

A propósito da participação da comunidade, gostava de referir que uma primeira forma desta participação é a própria procura dos cuidados de saúde. Ora o sistema não tem ligado às indicações dos cidadãos na forma como expressam as suas necessidades de saúde sentidas. Uma segunda forma de participação seria a da livre escolha do médico e do serviço prestador de cuidados. Esta forma de participação praticamente não é permitida. A partir daqui, a sociedade e os cidadãos, que são entes inteligentes, não vão perder tempo em coisas de «faz-de-conta», a não ser que para alguns isso possa trazer dividendos sociais (estatuto, credibilidade, dividendos eleitorais, etc.).

Falando de outras formas de participação muito frequentes e nem sempre acarinhadas e facilitadas, são de mencionar

os acompanhantes dos doentes, as visitas dos doentes, os voluntários, as ligas de amigos e os próprios doentes, a quem deveria ser *sistematicamente solicitado* no momento da alta uma avaliação pessoal, com garantia de anonimato e confidencialidade, sobre a qualidade dos cuidados prestados nas suas diversas dimensões. Se os hotéis o fazem, por que não hão-de todos os hospitais de fazê-lo?

Em relação à gestão, foi já aqui mencionada a questão dos resultados. Hoje em dia ainda tanto faz fazer boa gestão ou fazer má gestão. É indiferente. Não havendo *risco de actividade*, a preocupação com a boa gestão depende apenas da boa vontade e do brio profissional do gestor.

3. O acesso ao sistema de saúde

Em relação ao acesso (acessibilidade), é a mesma coisa. Existe até a «lei dos cuidados inversos». Isto é, quem tem mais acesso e mais utiliza é, em geral, quem menos precisa.

Porém, melhorar a acessibilidade significa neste momento penalizar os serviços que o fizerem. Passam a trabalhar mais e recebem o mesmo. Ora, como é da natureza biológica e, portanto, humana a tendência para a conservação de energia, é natural que os profissionais e os serviços se esforcem o mínimo possível, uma vez que os proventos não dependem desse facto. Mais uma vez, ficamos dependentes do brio, da dedicação e da dinâmica de minorias excepcionais, que não fazem a regra do sistema. Também se verifica um grande engenho para a tal poupança de energia e, portanto, para a contenção de esforços e actividades. São exemplos a marcação desumana e preguiçosa em alguns hospitais de consultas para a mesma hora (8 horas da manhã), sabendo de antemão que a maior parte dos doentes terão de esperar uma, duas, três, quatro e mais horas. É também exemplo o presente

envenenado que alguns hospitais de Lisboa fizeram aos centros de saúde sobre a forma de quotas de consultas externas. Limitaram, assim, a sua actividade e transferiram o odioso da gestão das listas de espera para quem não tem nenhuma culpa do facto. É claro que os centros de saúde seguem, ao seu nível, as mesmas lógicas, e assim sucessivamente.

Quanto à informação do doente, e apesar de todos os argumentos de que toda a informação é manipulável, isso não pode fundamentar o secretismo ou a prática sistemática de não informar e esclarecer os doentes sobre a sua situação de saúde, reais vantagens dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, riscos mais frequentes, etc. Aqui temos de aceitar a regulação ética e deontológica e o bom senso dos médicos, mas não questionar o direito que o doente tem de ser informado, a menos que expressamente declare que não o deseja.

António Correia de Campos*

1. A evolução da saúde e da doença

Consideremos a evolução da saúde e da doença nas sociedades contemporâneas, isto é, a mudança do padrão epidemiológico das doenças transmissíveis para as doenças não transmissíveis. Observa-se o predomínio das doenças crónicas, as quais condicionam a evolução tecnológica dos serviços de saúde. Mais tecnologia significa concentração de técnicos e de meios e afastamento da população. Nos hospitais de alta intensidade tecnológica, ou hospitais de agudos, retiramos o doente da comunidade, metemo-lo num laboratório. Este hospital/laboratório é naturalmente desumano e caro. Para ganhar eficiência procuramos reduzir o tempo de estada, uma das poucas variáveis vulneráveis à intervenção exógena. Daí as técnicas de cirurgia minimamente evasiva, a hospitalização de dia, a transformação da morfologia hospitalar, com a redução do espaço para internamentos e o engorgitamento dos apoios técnicos.

* Professor, ENSP, Lisboa.

Quais são as implicações culturais, sociais, políticas, desta transformação? As mais graves são a desumanização e a desagregação ética, e, como já foi afirmado, a regulação por mecanismos éticos apenas consegue garantir uma regulação ao nível do funcionamento basal. São necessários outros recursos, outros mecanismos de compensação dos efeitos adversos desta mutação tecnológica.

2. Mecanismos de compensação face à desumanização dos serviços de saúde

Entre os vários mecanismos de compensação possíveis estão as ligas de amigos de hospitais, os conselhos gerais, os gabinetes de relações públicas, os gabinetes de utentes. Mas todos eles se situam a um nível «minimamente invasivo», isto é, não transformam profundamente o sistema, nem sequer as instituições, dependendo o seu grau de desempenho da qualidade e energia das pessoas que os animam.

Marginalmente, podem surgir manifestações de voluntarismo baseadas em posições de maximização da responsabilidade pública. Uma delas será o que se designa por «cultura do *deficit* financeiro», muito desenvolvida na fase terminal do ciclo político anterior: ela pretende «forçar a mão» do Estado-pagador através da assunção deliberada de acréscimos imoderados de gastos públicos no sector da saúde. E chegou-se ao ponto de arvorar esta prática em ética de administração de unidades de saúde. Mas esta posição, além de marginal, não pode ter continuidade no tempo. O rol de necessidades que pressionam a procura, como a mudança do padrão epidemiológico, a pobreza crescente, o desemprego e a instabilidade social, aliados às drásticas contenções da oferta pública gerada pela obediência aos critérios nominais fixados pelos acordos de Maastricht, determinam a sua cessação brusca.

Os nossos hospitais estão impreparados para os novos problemas de saúde. Mas deverão ser eles a acolher tais problemas? Tem havido tentativas de flexibilizar a resposta hospitalar a este novo padrão de doença, como nos EUA, através do desenvolvimento de actividades de prevenção secundária das doenças cárdio-vasculares em meio hospitalar. É o caso da educação para a saúde promovida pelo hospital junto dos seus doentes em risco de doença coronária. Com aviso e preparação antecipados, a terapêutica pode ser desencadeada precocemente e sequelas do infarte e até a morte podem ser eficaz e eficientemente prevenidas. Mas, não tenhamos ilusões, a estrutura hospitalar é extremamente rígida e vai ter muita dificuldade de se adaptar a estes novos desafios. Daí as pressões exercidas em várias frentes sobre os hospitais para os reduzir em dimensão, ampliar o ambulatório e modificar o sistema de compensação financeira, de modo a aumentar-lhes a eficiência técnica.

3. Reformas macroestruturais do sistema de saúde

A nível da macroestrutura 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. Um conceito moralmente elegante, mas ainda um pouco distante.

4. Que deveremos nós, aqui reunidos, recomendar?

Com o prazer que dá a leitura do que escrevem pessoas que pensam de modo muito diferente, verifiquei pelas memórias da baronesa Thatcher que os pontos críticos sobre que fez incidir a reforma dos serviços ingleses são os mesmos que considero assumirem prioridade entre nós: reforço da autonomia dos hospitais e separação da prestação do financiamento através da atribuição de orçamentos capitaçãoais às administrações regionais ou de orçamentos clínicos a médicos de família. Mas, atenção, é necessário fazer as duas coisas em simultâneo: conceder aos hospitais um estatuto que lhes permita serem responsáveis e a gestores de orçamentos e às ARS, a nível macro, ou aos clínicos gerais, a nível de orçamento clínico individual, a possibilidade de contratarem e pagarem os serviços de que os doentes a seu cargo necessitam.

5. Autonomia e responsabilização dos hospitais

Antes da reforma da regionalização que aí há-de vir não devemos estar muito preocupados com a questão da legiti-

dade das representatividades: se regionais, se a escalão geográfico inferior; será certamente uma importantíssima discussão a travar na devida altura. Mais importante neste momento seria que houvesse vontade de conferir autonomia e responsabilização aos hospitais e vontade de separar a prestação do financiamento. Assim se resolveriam vários problemas de uma só vez: (a) o acto de revolta que representa a «cultura do *deficit*» que derrapou para a «cultura da ineficiência»; (b) a vitalização dos direitos do utente pelo mecanismo da soberania do direito de consumidor; (c) a representatividade da sociedade civil e das suas formas políticas organizadas — os partidos — na gestão das unidades de saúde; (d) finalmente, a recentragem das preocupações dos governos e administrações dos prestadores, suas carreiras, salários e aspirações, para os cidadãos utentes, doentes ou sãos, com seus problemas e angústias.

6. O papel das ligas na reforma do sistema de saúde

As ligas são um tecido social ainda muito frágil, mas um tecido que tem de ser reforçado e incentivado. As ligas existentes deviam juntar-se e propor ao governo a realização de um programa anual de financiamento das actividades que prosseguem, mas em regime de competição.

Se o governo dispusesse de 150 000 contos para apoio a iniciativas deste tipo, abria um concurso nacional onde as ligas candidatas apresentavam projectos de actividade de intervenção dentro de certos sistemas de referência. Haveria um júri nacional que seleccionava os melhores projectos, propondo a atribuição dos apoios financeiros selectivos.

Finalmente, quanto às reformas, um último comentário. Como gosta de afirmar o Prof. Boaventura Sousa Santos, os

governos e os políticos costumam ter, em relação à crise do Estado-Providência, um discurso de ruptura, mas, no fundo, todos mantêm uma prática de continuidade. A razão de ser deste paradoxo reside na popularidade dos discursos de ruptura e na impopularidade das práticas de ruptura. Vejamos o que se passou em Inglaterra: a Sr.^a Thatcher fez durante anos um discurso de ruptura em relação ao Estado-Providência, mas, quando se convenceu de que o Serviço Nacional de Saúde é mais eficiente do que os modelos liberais do continente ou dos Estados Unidos e percebeu a sua importância social e eleitoral, mudou o discurso e em 1984, em Brighton, afirmou: «The National Health Service is safe with us.» E a verdade é que muito boa gente está convencida de que foi ela que salvou o NHS, reformando-o profundamente.

Será possível que os partidos políticos tenham uma posição comum sobre as grandes linhas de reforma dos serviços de saúde? É possível que sim, há consensos indiciadores, mas há também práticas redutoras e limitativas. A mudança de gestores partidários para novos gestores partidários é um obstáculo real à geração de consensos mais alargados.

Menezes Correia*

1. O hospital como um dos elementos do sistema de saúde

O hospital enquanto elemento de uma rede só pode ser pensado no quadro da interacção com os outros serviços de saúde. O nosso sistema de saúde assenta nos princípios da dupla instância e da dupla referência. A *performance* deste modelo depende da organização das interacções entre os dois níveis de cuidados.

Sucedem que, na sua prática quotidiana, os serviços são frequentemente geridos como sistemas fechados e os mecanismos de retracção negativa, necessários à pilotagem do sistema, ou não existem ou não funcionam. As relações entre as instituições são mecânicas e burocráticas, constituindo motivos de ineficiência e de desumanização.

Acresce que, como o sistema é predominantemente público, os prestadores têm comportamento monopolista, tornan-

* Administrador, Hospital da Prelada, Porto.

do-se insensíveis às preferências do cliente. O serviço de saúde tem tendência a fornecer um «produto» que traduz mais as capacidades e motivações técnicas do prestador do que a resposta às necessidades da população. O modelo de financiamento reforça as tendências referidas; percebendo o cidadão como uma «fonte de despesas», os serviços utilizam a referência como solução para limitarem encargos, independentemente das razões de eficiência técnica e das preocupações de humanização.

2. Mudanças estruturais no sistema de saúde

Como mudar esta situação? Não parece que tal se consiga através de atitudes voluntaristas nem também da normatividade, se bem que experiências como as de algumas unidades de saúde tenham conduzido a melhorias sensíveis. Efectivamente serão necessárias medidas estruturais que, no contexto das reformas em curso nos países europeus, adquiriram definitivos direitos de cidade: separação do prestador e do pagador, concorrência entre prestadores e regulação pelo Estado.

A acumulação de múltiplas funções, nomeadamente as de pagador e prestador, torna o Estado juiz e parte interessada e impede a avaliação da actividade dos serviços. Isso conduz a que continuem a ser indefinidamente financiados serviços públicos de pouca utilidade social em detrimento de prestadores privados que poderiam eventualmente garantir uma melhor relação custo-efectividade. Separando as funções de pagador e prestador, é óbvio que o pagador é estimulado a optar pelo melhor preço dentro da qualidade desejada, criando condições para a concorrência entre sector público e privado.

A concorrência entre prestadores terá de assentar em dois pressupostos: o desenvolvimento da componente privada na

área do internamento e a redefinição do estatuto jurídico do hospital público. A experiência tem demonstrado a dificuldade de implantação de serviços privados de doentes agudos. Um dos motivos que está na raiz deste problema prende-se com a política de crescimento contínuo do sector público.

Ora o sistema de saúde tem de ser pensado globalmente, não fazendo sentido planear o sector público sem atender à componente privada. O sistema de saúde deve mudar, passando o Estado a ser mais agente regulador e menos agente prestador.

3. Cenários de evolução possível do sistema de saúde

Um cenário possível será o da evolução para um sistema onde os cuidados sejam prestados por hospitais públicos e por hospitais privados, com e sem fins lucrativos, financiados por «fundos de saúde», constituindo estes agentes reguladores na orientação da procura e na definição das características da oferta.

A liberdade de escolha, exercida através de um mediador informado e com grande capacidade económica, obrigará os prestadores a níveis elevados de eficiência e qualidade. Neste contexto, o actual estatuto do hospital público é insuficiente. Obrigado a suportar as servidões do modelo de gestão pública, o hospital não poderá competir no mercado. Por isso se defende o estatuto de empresa pública, enfatizando-se a possibilidade de recrutamento de profissionais por contrato individual de trabalho, em condições de maior flexibilidade remuneratória.

Um dos aspectos importantes a considerar será o de encontrar uma solução organizativa susceptível de criar o risco de actividade sem prejudicar o consumidor. A existência

desse risco será, no entanto, uma das regras do jogo, mas também um dos elementos determinantes na mudança do relacionamento da instituição com o «cidadão-cliente». Trata-se agora de colocar o cidadão no centro do sistema. Nesta óptica, o *marketing*, considerado uma função que concorre para a definição das necessidades da clientela, assume um lugar proeminente.

Ao contrário do que acontece com os sistemas burocráticos de características monopolistas, que manifestam uma grande indiferença perante o público, o hospital terá de cativar o doente e dessa atitude decorrerá, desde logo, um atendimento de melhor qualidade e, portanto, mais humanizado.

Importa, no entanto, abrir um parêntesis para distinguir entre humanização e qualidade, porque, em nossa opinião, têm sido erradamente associados os dois conceitos. Como é evidente, a humanização é um pressuposto dos serviços de saúde.

4. Modelo sócio-técnico de hospital: humanização e qualidade dos serviços

Tomando por referência o modelo sócio-técnico de hospital, diríamos que a esfera privilegiada da humanização é o subsistema psicossocial, enquanto a garantia de qualidade, considerada um programa estruturado de avaliação e monitorização sistemática da qualidade assistencial, encontra a sua sede nos subsistemas técnico, estrutural e de gestão.

Enquadram-se no movimento para a humanização dos hospitais as ligas de amigos e voluntariado, que são movimentos cívicos que prestam um apoio precioso à actividade dos serviços, mas a quem está deontologicamente vedado interferir no seu funcionamento técnico.

Integram-se nos programas de qualidade, por exemplo, as comissões de prevenção da infecção hospitalar, que têm

como objectivo promover a qualidade através de procedimentos cientificamente validados.

Esta distinção parece-nos fundamental, porque, constituindo a garantia de qualidade uma metodologia científica, deve ser objecto de formação de profissionais, de modo que a *qualidade* seja integrada como uma das funções da gestão.

Retomando o tema das mudanças estruturais, parece também adquirido que deve ser assumida uma atitude gradualista e experimentalista, devendo a cada medida ser associado um mecanismo de avaliação que confirme ou infirme a adequação da decisão tomada.

5. Acesso ao sistema: programa PERLE

Um dos aspectos mais negativos do nosso sistema de saúde tem a ver com a dificuldade de acesso por razões de natureza organizacional. As listas de espera traduzem objectivamente a má acessibilidade e atingem sobretudo os estratos sociais mais desfavorecidos.

No levantamento dos doentes em lista de espera para intervenção cirúrgica efectuado em 1992 pela então Direcção-Geral dos Hospitais constatou-se que havia 92 000 doentes aguardando intervenção com uma demora média de 223 dias de espera. Os serviços apontavam como principais causas dessas listas a falta de tempo operatório (56%), a falta de camas (15,4%) e a falta de médicos (18,7%).

Em 1995 foi criado o PERLE, que pretendia diminuir as listas de espera através da compra ao sector privado de serviços na área da cirurgia. Os efeitos esperados com um programa deste tipo tinham a ver com a saúde dos doentes, com a racionalização da oferta e com a introdução da concorrência. Tratou-se de um primeiro passo no sentido de separar os papéis do financiador e do prestador, assumindo o Estado,

i- através das administrações regionais, o papel de comprador
e avaliador.

r-
e
a
o.
r-
ta
n
r-
le
le
c-
a-
ra
o-
es
as
as
le
as
r-
o-
m
n-
os
o,

Dos pontos fortes do PERLE deve salientar-se a avaliação da qualidade, através de uma grelha construída por peritos médicos, integrando indicadores de estrutura, de processo e de resultados. É significativo que, constituindo a qualidade o principal parâmetro de escolha dos concorrentes e sendo significativa a variação dos preços, a adjudicação tenha sido aceite sem reclamações. A utilização deste instrumento de avaliação foi porventura a primeira experiência, ainda que muito limitada, na área da acreditação dos serviços.

Um dos pontos fracos do programa residiu no seu baixo índice de execução, mas seria importante avaliar os resultados obtidos e as potencialidades de soluções desta natureza no aproveitamento dos recursos existentes.

Artur Morais Vaz*

1. Participação da comunidade na gestão hospitalar

No cargo que actualmente desempenho encontro-me num hospital em que o papel da comunidade é mais relevante, quer o perspectivemos de um ponto de vista crítico relativamente ao modelo de gestão adoptado, quer o consideremos determinante para o sucesso do projecto de gestão privado de um hospital público.

Gostaria, no entanto, de recolocar a questão. Isto é, para mim o essencial é, primeiro, saber se é ou não importante envolver a comunidade na gestão do hospital e, em segundo lugar, se é importante, como deverá tal participação concretizar-se com eficiência e eficácia.

Todos nós falamos da comunidade como de uma entidade exterior à qual fazemos o favor (pelo menos, é isso que perspassa dos nossos discursos) de dar importância ou que

* Administrador hospitalar.

nos conselhos gerais dos hospitais serve para justificar os *deficits* (e apoiar as reivindicações das administrações perante a tutela) ou para, em última análise, calar as críticas e esconder os pontos menos fortes das prestações dos hospitais.

2. Massificação da prestação de cuidados de saúde

Esta posição decorre de uma postura cultural automática de defesa, a qual tem a ver com a posição que o hospital foi obrigado a assumir no sistema de saúde (garante último do direito à saúde, porta sempre aberta de entrada no sistema, não necessitando de «lutar» pela sua sobrevivência, em busca de melhor e maior procura, em concorrência com os restantes hospitais), e também daquilo a que se referiu o António Correia de Campos — o desenvolvimento da tecnologia. O incremento da tecnologia transforma os hospitais em sítios frios e desumanos, os médicos transformam-se em técnicos de tratamento e a relação pessoal «hipocrática» desvanecese. No entanto, gostaria ainda de referir uma terceira razão para a «desumanização» (isto é, para a desvalorização do que é individual e único) dos hospitais, à semelhança do que, penso, se passou na educação. A massificação da prestação dos cuidados de saúde, decorrente do 25 de Abril e dos seus movimentos sociais, traduziu-se na institucionalização da prestação dos cuidados e na funcionalização da relação dos profissionais com os utilizadores, desencadeando-se, igualmente, movimentos de procura «cega» ou mal dirigida, como as «falsas» urgências, que apenas ajudam a piorar as coisas.

O Júlio Reis referiu, não sei se exactamente por estas palavras, que, antigamente, os profissionais eram mais humanos, no sentido de que aparentemente se preocupavam

mais com os doentes. Não sei é se a sociedade portuguesa passou de um modelo de funcionamento solidário, típico de sociedades pouco urbanizadas, para um modelo mais liberal, do «salve-se quem puder», e agora, com algum espanto, se repara que este modelo não fornece as respostas que a sociedade esperaria, pelo menos naquelas situações em que existe uma privação — de saúde, de emprego, de rendimento, de companhia. Por isso ainda nos surpreendemos por existirem cerca de 30 milhões de norte-americanos que não têm acesso a quaisquer cuidados de saúde ou por 28% da população portuguesa viver abaixo do nível de pobreza. Como é isso possível numa sociedade latina que é, teoricamente, solidária, em que a família, os amigos, os vizinhos, sempre funcionaram como almofadas sociais? Estas características estão a desaparecer a uma velocidade extraordinária e as respostas que encontramos vão sempre no sentido da maior institucionalização e, por conseguinte, no sentido da maior massificação.

3. Hospitais da comunidade *versus* hospitais do governo

Retomando a questão da participação das comunidades nos hospitais, gostaria de referir a minha experiência pessoal relativamente aos conselhos gerais dos hospitais. É interessante notar que a maioria dos representantes das comunidades, designadamente os representantes das assembleias municipais, são quase sempre médicos que trabalham no próprio hospital. Os conselhos gerais são, assim, instrumentalizados na luta de poder corporativo ou nos conflitos internos dos hospitais. Não faz sentido criarem-se órgãos que não servem para aquilo para que foram criados, porque a sua constituição o impossibilita.

Tão-pouco faz sentido falarmos de hospital *versus* comunidade. Trata-se de dois sistemas que devem interagir obrigatoriamente. O hospital tem de pertencer à comunidade, a qual deve senti-lo como seu. Hoje, mercê do centralismo da administração pública, o hospital apenas depende do governo que o tutela, ao qual pertence e cujas ordens cumpre. Aliás, o hospital tem, de uma forma geral, medo da comunidade. E este medo radica nas eventuais exigências da comunidade e na dificuldade que temos de reconhecer competência à comunidade, aos utilizadores, para compreenderem o complexo mundo em que nos movemos. Por isso, nos escondemos em jargões técnicos que só nós percebemos e consideramos a comunidade um conjunto de ignorantes que iriam estragar tudo se lhes déssemos essa oportunidade de intervirem no hospital.

Alguém falou da relação quase mágica que se estabelece entre as populações e o hospital, sítio de cura (e de morte, também e cada vez mais), e que serviria de obstáculo a uma relação mais saudável. Mas por que há-de tal relação deixar de ser mágica? O que me parece mais importante é que os hospitais e os serviços de saúde, em geral, reflectam sobre as formas de se potenciar a intervenção da comunidade, não como mero instrumento das administrações ou como meio de manter as populações mais ou menos acríticas relativamente ao funcionamento dos serviços de saúde, mas antes como forma de obter mais-valias, para as comunidades e para o hospital, dessa relação.

4. Separação do prestador de cuidados de saúde do financiador

Considerando, assim, que é importante que as comunidades intervenham na gestão dos hospitais e outros serviços de

saúde, qual será então a forma de melhor o garantir? Desde logo, penso que devemos considerar as questões relativas à organização do sistema. Naturalmente, a separação entre prestação de cuidados e financiamento dos mesmos parece-me estratégica, porque, nesse caso, os serviços de saúde serão obrigados a fidelizar os seus utilizadores, uma vez que é deles que dependerá a sobrevivência da organização. Hoje cada doente que entra num hospital público é apenas mais um doente, mais uma fonte de despesa. Com o actual sistema é mais importante a ausência dos utilizadores do que a sua presença. No Hospital Amadora/Sintra, pelo contrário, devido ao modelo de gestão adoptado, mas também como reacção a um ambiente muito hostil e desinformado, cada doente é muito bem tratado, podendo correr-se o risco de se perder a perspectiva produtiva que, necessariamente, terá de nortear o funcionamento de organizações tão complexas e de tão grandes dimensões. Acho que o hospital não necessita de adoptar um modelo de constante e permanente justificação perante a comunidade, mas também não pode trabalhar em completa roda livre, ignorando ou instrumentalizando a comunidade. Se o hospital depender da sua capacidade de angariar e manter «clientela», certamente se desenvolverá um natural interesse pela sua satisfação, auscultação e participação na vida do hospital.

5. A partilha do poder

Finalmente, gostaria de referir que as questões de participação das comunidades no funcionamento ou gestão dos serviços de saúde têm também a ver com questões de poder e da sua partilha. Quanto menos intervenção houver, designadamente dos utilizadores ou dos seus representantes, quanto mais longínqua e indefinida for ou estiver a tutela, quanto menos clara for a distribuição de competências, quan-

to menos esclarecida for a comunidade, mais poder sobra para os profissionais de saúde. Médicos, enfermeiros, administradores, todos, teremos de aprender a viver numa situação em que poderemos ser postos em causa nas nossas decisões, clínicas ou de gestão, por aqueles que são a verdadeira causa da nossa existência.

6. Participação da comunidade e papel das ligas de amigos

Queixamo-nos de que a comunidade não participa, mas, ao mesmo tempo e no fundo, não queremos que ela realmente participe na vida e gestão dos serviços de saúde. A participação cívica em Portugal é genericamente reduzida e esse é um dado que devemos considerar quando reflectimos sobre esta questão dentro do sistema de saúde.

Mas a saúde é um campo exemplar quando pensamos em participação a um nível diferente, ao nível dos projectos de educação para a saúde, saúde escolar, materno-infantil, etc. Naturalmente não excluo a participação da comunidade nos órgãos sociais dos serviços de saúde, mas não sei quais as formas mais adequadas de isso se verificar nem quais os representantes da comunidade — as chamadas forças vivas, os movimentos sociais, os eleitos autárquicos. Por outro lado, penso que a participação se faz pela via da partilha de responsabilidades. O hospital e os serviços de saúde, de uma forma paternalista, têm vindo a assumir algumas funções que lhes não pertencem e que devem ser devolvidas à comunidade. É o que se passa com a função *avaliação*, que, em grande parte, deve pertencer a quem utiliza os serviços, e não a quem presta os cuidados. Se não, estaremos sempre a ser juízes em causa própria!

Além disso, não vale a pena continuarmos a chorar sobre a incapacidade da comunidade para participar se não reco-

nhecemos às pessoas que utilizam os serviços de saúde a sua qualidade de consumidores e de, enquanto consumidores, se organizarem, se protegerem, se associarem e exigirem mais informação para consumirem melhor e mais adequadamente. No entanto, esta responsabilidade pertence por inteiro aos utilizadores dos serviços e não deve corresponder a um voluntarismo paternalista da nossa parte.

As ligas de amigos, o voluntariado, tudo isso são formas de operacionalizar a participação e de tornar menos dura a experiência da hospitalização. Mas nos cuidados primários tais formas deverão ser adaptadas à natureza do processo produtivo dos cuidados, que é completamente diferente do modelo hospitalar e que está muito mais próximo da vida das populações.

Parece-me essencial realçar que a participação dos consumidores, da comunidade, decorrendo da relevância social dos cuidados de saúde, encontrará terreno mais fértil numa cultura de qualidade total dos serviços de saúde, isto é, num ambiente em que se reforce a relação fornecedor/cliente em cada acto, em cada actividade, em que cada pessoa se sinta sempre fornecedor de algum bem ou serviço e que, simultaneamente, se sinta cliente de alguém, no sentido de poder exigir com a mesma veemência a qualidade que lhe exigem como fornecedor.

7. Gestão hospitalar e modelos de financiamento da saúde

Os hospitais podem ser geridos como empresas públicas, como empresas de capital público, com ou sem a participação das autarquias nos conselhos de administração. Há muitos modelos que podem aplicar-se aos hospitais, sendo sempre melhores do que o actual modelo, o qual se encontra esgotado, por burocrático.

É necessário aumentar a autonomia dos hospitais, aumentar a responsabilização das pessoas que gerem os hospitais. Os modelos pretensamente democráticos que agora parecem querer regressar, com eleições das direcções técnicas, parecem-me profundamente desajustados daquilo que se exige. O que irá conseguir-se com esse movimento é a recorporativização da gestão hospitalar e o reforço das posições protectoras, principalmente dos médicos, em detrimento de uma maior participação da comunidade. Não faz sentido exigir modelos democráticos exclusivamente internos, o que faz sentido é implementar modelos democráticos externos, em que os mecanismos sociais de controle da actividade dos serviços de saúde sejam exercidos pelas comunidades.

Necessariamente que o modelo de financiamento, através do estabelecimento de um ambiente de concorrência gerida, aberta e clarificada (relativamente ao actual parasitismo do sector público pelo sector privado, principalmente o de natureza individual), é um meio fundamental de aumento de participação e de «humanização» dos cuidados. Num «mercado» de saúde serão os clientes a determinar aquilo que de facto é a sua satisfação, a qualidade das respostas que são fornecidas às suas necessidades.

Por outro lado, um outro aspecto poderá ser determinante. Falo da desinstitucionalização dos cuidados. Resolvemos tudo criando instituições, mas há muitas situações que poderiam ser melhor resolvidas se optássemos por soluções mais leves e flexíveis.

8. O acesso ao sistema de saúde

Consideremos ainda as questões do acesso. O sistema deve ser selectivo, introduzindo mecanismos de discriminação positiva relativamente aos que apresentam menor capa-

cidade de acesso — os mais velhos, os mais pobres, os residentes em locais mais distantes da prestação dos cuidados. E, se for considerado necessário, o sistema pode utilizar instrumentos de desincentivo de consumo não justificado ou excessivo.

9. O direito à informação

Em relação ao tipo de informação a que os utilizadores dos serviços de saúde têm direito, julgo que têm direito a toda. A informação pertence-lhes, não a quem apenas a deve decodificar. Não posso reconhecer a ninguém o direito de limitar esse direito à informação, por vezes baseado em juízos muito próprios e que, eventualmente, resultam na manipulação da informação. Entendo que é necessário rever a actual posição, aliás ingrata, dos médicos enquanto exclusivos responsáveis por tal informação. Eles deverão antes ser gestores da informação clínica de cada utilizador, distribuindo-a de forma criteriosa, não voluntarista e não paternalista, no âmbito de uma cultura nova em que se reconheça a capacidade e autonomia dos utilizadores dos serviços de saúde, independentemente das características individuais de cada um.

Finalizando, direi que as responsabilidades devem ser assumidas pela comunidade, sem paternalismos. Podem arranjar-se ou tentar-se desenvolver meios que favoreçam o incremento dessa autonomia da comunidade e da sua capacidade de intervenção, mas a comunidade é que é responsável por que isso aconteça.

Carlos Costa*

1. Os consumidores e as organizações de saúde: participação ou satisfação?

O problema em debate neste encontro, a relação entre o hospital e a comunidade, é, na minha opinião, um aspecto que relança o carácter complexo das organizações de saúde e as suas características específicas quando comparadas com outro tipo de organizações.

De facto, numa perspectiva económica, qualquer organização só existe para se realizarem transacções entre ela e os consumidores. Em termos normais, estas transacções ocorrem somente quando o consumidor está satisfeito. Por outras palavras, assumindo que existem condições normais de funcionamento do mercado, incluindo a presença de informação completa e pertinente, os prestadores produzem e fornecem os serviços mais valorizados pela sociedade. Isto porque o consumidor manifesta preferências, exprimindo as suas prio-

* Assistente de Economia da Saúde, ENSP.

ridades em função do tipo e do preço dos produtos que adquire.

Nesta lógica, para existir sucesso (satisfação do produtor) ou êxito neste tipo de organizações é igualmente necessário que os consumidores estejam satisfeitos. É devido a esta «ideologia» que a grande maioria das organizações do mercado paradigmático estão essencialmente preocupadas com a satisfação dos consumidores, e não com a participação dos mesmos no seu palneamento e gestão.

Algumas das intervenções neste encontro têm até ao momento suscitado a questão da participação dos consumidores na actividade das organizações de saúde (vejam os exemplos citados sobre o papel do conselho geral do Hospital Geral de Santo António), relegando para segundo plano a questão da satisfação.

Será este o enquadramento racional para a relação entre hospitais e consumidores?

Embora no mundo real não existam soluções puras, entendendo que, para uma maior comodidade de exposição, deve perspectivar-se uma alternativa ideal, pelo que, à semelhança do que ocorre no mercado paradigmático, maior relevo deve ser dado à satisfação dos consumidores.

E aqui começam alguns dos problemas das organizações de saúde. Em primeiro lugar, porque, enquanto para a grande maioria dos bens e serviços os consumidores manifestam preferências, para os cuidados de saúde estes agentes exprimem necessidades. Em segundo lugar, porque a satisfação dos consumidores pode ser encarada como uma função directa da qualidade dos cuidados prestados.

A qualidade dos cuidados prestados, como referiu o Dr. Menezes Correia, pode assumir duas vertentes, a primeira com um carácter mais técnico, sendo equacionada em termos estruturais (instalações e equipamentos e processo organiza-

tivo) e de processo, a segunda, com uma aparente relação directa com a humanização dos cuidados, respeitando às amenidades.

Para além das interacções existentes entre as duas vertentes e da maior capacidade de avaliação por parte dos consumidores em relação às amenidades, sendo frequente a associação entre qualidade dos cuidados e qualidade das amenidades, interessa muito mais situar o âmbito da avaliação da qualidade.

A este respeito, três aspectos devem ser considerados: (1) a validação externa da actividade dos hospitais; (2) a introdução do princípio do risco de actividade; (3) a satisfação dos profissionais de saúde.

2. Satisfação dos profissionais de saúde

Começando pelo último aspecto, satisfação dos profissionais, deve ter-se presente que não pode garantir-se qualidade de cuidados, nem satisfação dos consumidores, sem que os profissionais das organizações de saúde estejam igualmente satisfeitos.

Contudo, dois aspectos merecem especial atenção: (1) a satisfação dos profissionais é condição necessária, mas não suficiente, para se garantir satisfação dos consumidores, ou seja, não deve presumir-se que, garantindo condições de trabalho e de remuneração adequadas para os profissionais, tal é suficiente para um bom desempenho das organizações de saúde; (2) o princípio actualmente em vigor de carreiras administrativas e assalariamento dos profissionais de saúde, embora historicamente tenha constituído um avanço, actualmente pode ser encarado como mais uma barreira para o normal funcionamento dos serviços de saúde, introduzindo-lhe inércia, o que, aliás, está bem patente tanto na insatis-

fação existente entre os profissionais de saúde como no «congelamento» da actividade dos serviços de saúde.

Estes aspectos evidenciam a necessidade de se introduzirem mecanismos competitivos nas organizações de saúde, os quais, por comodidade de exposição, podem ser sintetizados pela noção de risco de actividade.

Para tal devem ser considerados os seguintes aspectos:

- As modalidades de pagamento dos serviços de saúde — deve ter-se presente que os incentivos devem destinar-se aos profissionais, e não às instituições, pelo que deve ser repensado o princípio de as organizações serem financiadas em função da sua produção. A este respeito, a experiência e a investigação existentes nos EUA são ilustrativas;
- As modalidades de pagamento dos profissionais de saúde devem conter incentivos positivos e negativos, ou seja, premiar aqueles que cumprem o seu papel e penalizar os que apresentem maus desempenhos;
- O risco de actividade deve incidir somente sobre a oferta e os profissionais de saúde, estando sempre salvaguardado o interesse dos consumidores, não fazendo sentido prejudicar consumidores quando existe mau desempenho das organizações e dos profissionais de saúde (esta pode ser uma das consequências de financiar os serviços de saúde em função da sua produção).

3. Avaliação dos serviços de saúde

A validação externa da actividade dos hospitais pode ser encarada de duas formas:

- Pelo conhecimento das necessidades e expectativas dos consumidores em relação às organizações de saúde.

Esta função, que pode ser sintetizada pelo *marketing* dos hospitais, para além de disponibilizar informação sobre a comunidade, pode constituir uma metodologia para a definição das prioridades de cada organização e, concomitantemente, adequar a sua estrutura e processo às realidades concretas;

- Pela definição de um critério de sucesso das organizações de saúde que seja simultaneamente externo e interno. Em relação a este aspecto, somente duas observações:
 - 1) Nas organizações lucrativas o simples facto de o respectivo critério de sucesso (o lucro) deter estas características garante que a sua actividade está a satisfazer os consumidores, ou, por outras palavras, a satisfazer as suas preferências, pelo que a eficiência técnica e a eficiência económica são optimizadas;
 - 2) Pelo contrário, nas organizações de saúde, para além de não existir um critério externo para avaliação do seu desempenho, quando muito, estas instituições são avaliadas pela eficiência técnica, não existindo evidência de que as necessidades dos consumidores estão a ser satisfeitas, pelo que a eficiência económica pode não estar a ser optimizada.

Em termos de síntese, devo referir que, muito mais importante do que a participação dos consumidores na gestão dos serviços de saúde, interessa garantir a sua satisfação, pelo que a definição de um critério de sucesso interno e externo, a introdução do risco de actividade sobre os profissionais de saúde, constituem os mecanismos mais efectivos para a sua concretização.

4. Informação dos consumidores e acesso aos serviços de saúde

Irão ser referidos três aspectos:

- 1) A informação fornecida aos consumidores;
- 2) O acesso aos serviços de saúde;
- 3) A gestão dos serviços de saúde.

No que se refere à informação, devem ter-se em atenção dois aspectos. Um primeiro respeita à informação geral para todos os consumidores, relativamente ao qual chamo a atenção para os aspectos referidos na primeira intervenção, essencialmente os associados à facilitação do processo de definição de prioridades, e para a caracterização dos serviços e do seu funcionamento. O segundo aspecto respeita à informação da situação de cada doente, em que alguns aspectos de humanização estão patentes, pelo que, em princípio, deve facultar-se toda a informação, embora com a prudência e o bom senso que cada caso aconselhe.

O acesso aos serviços de saúde não deve ser desligado do seu critério de sucesso. De facto, na eventualidade de o mesmo ser simultaneamente externo e interno, e após a definição das prioridades de saúde e de cada organização, torna-se lógico que, sempre que existam listas de espera ou barreiras administrativas para o acesso aos serviços de saúde, os mesmos não estão a ter um bom desempenho. Este aspecto, associado ao risco de actividade dos profissionais de saúde, é, na minha opinião, um bom mecanismo para se minimizarem os problemas de acesso aos cuidados de saúde.

5. Gestão dos serviços de saúde

Finalmente, em relação à gestão dos serviços de saúde, somente duas reflexões suplementares:

- Será que a actual separação entre cuidados primários e secundários de saúde é lógica e eficiente? Tendo em atenção a perspectiva dos consumidores, só existem cuidados de saúde, pelo que esta divisão corresponde somente a uma preferência do prestador. Por outro lado, atentas as realidades portuguesa e dos EUA, por exemplo, pode esperar-se que este tipo de separação seja ineficiente. Em primeiro lugar, porque a integração de cuidados, de gestão e de financiamento existentes em algumas organizações de manutenção de saúde existentes nos EUA tem demonstrado um melhor nível de eficiência. Em segundo lugar, porque a separação administrativa entre centros de saúde e hospitais somente contribui para um aumento dos custos e da ineficiência em Portugal, expressos (1) pela duplicação de actos, com as naturais perdas de produção da sociedade decorrentes da multiplicidade de contactos que os consumidores necessitam de fazer e (2) pela menor rentabilização de alguns equipamentos de saúde, como, por exemplo, podem referir-se os laboratórios de análises clínicas ou as instalações de imagiologia;
- As modalidades de pagamento dos serviços de saúde. Anteriormente chamou-se a atenção para a existência de alguns potenciais efeitos perversos decorrentes do financiamento em função da produção. Contudo, estes efeitos poderão ainda ser ampliados quando os cuidados primários e secundários são financiados de forma distinta, pelo que se torna necessário repensar este

aspecto, garantindo que os cuidados de saúde serão financiados pelos mesmos princípios.

Sintetizando, pode afirmar-se que será necessária uma reforma da saúde em Portugal, a qual deverá incidir essencialmente sobre os prestadores, referindo-se que a definição de mecanismos de gestão e de financiamento únicos para os serviços de saúde constitui uma abordagem a considerar e a explorar.

A estes aspectos devem ser acrescidos os associados à definição do critério de sucesso das organizações de saúde, bem como à introdução do risco de actividade sobre os profissionais de saúde.

Assim, posso terminar apelando para a necessidade de estudos e de reflexão sobre o funcionamento do sector da saúde em Portugal, reforçando o facto de que, ao contrário do que tem sido a prática existente, as reformas e as mudanças devem ser prioritariamente conduzidas do lado da oferta.

Francisco Ramos*

1. O hospital como parte da organização do sistema de saúde

Debater a humanização dos hospitais implica discutir tudo o que se relacione com a organização dos sistemas de saúde, organização hospitalar, financiamento, modelos de gestão, etc. A humanização não é uma questão fechada, é antes algo que depende e está condicionado pelos modelos de actuação dos serviços de saúde, nomeadamente na sua vertente técnica. O hospital mais desumanizado é certamente aquele que presta cuidados incorrectos e desadequados aos seus utentes, independentemente das condições aparentes de conforto que possa proporcionar.

Para além de questões culturais e sociais que penalizam o utente na sua relação com o hospital, há uma consideração económica que importa salientar. No hospital público português, por força do seu modelo organizacional e de financiamento, o utente (ou cliente, numa linguagem mais económica) é visto muitas vezes como um intruso que chega ao

* ENSP, Lisboa.

hospital de modo incorrecto (admissões urgentes, não programadas), que não deveria estar no hospital («falsas urgências, internamentos prolongados por questões sociais), que aparece no hospital para consumir recursos que não existem. O hospital sem doentes funcionaria de modo impecável, sem *deficits*, sem conflitos internos, seria uma organização perfeita... Mas, provavelmente, despedido da sua *razão de ser*.

2. O «hospital aberto»

O hospital, pela sua própria natureza, é uma instituição que tende a ser desumanizada. O que levanta a questão: o hospital deverá ser uma organização atraente para os seus utentes ou, assumindo uma posição de «fim de linha» no sistema de saúde, deverá ter uma postura fechada e repulsiva, cultivando a ideia de que deverá contribuir para evitar aquilo a que muitos chamam o «sobreconsumo» de cuidados de saúde? A opção pela ideia de um «hospital aberto» integrado num conjunto mais vasto de serviços de saúde merecerá, sem dúvida, um consenso alargado.

Para o atingir, e para além das óbvias considerações sobre questões culturais e de formação, será necessária alguma reflexão sobre o modelo hospitalar de progressiva especialização seguido até aqui, concentrando as tecnologias mais diferenciadas, os técnicos mais especializados, constituindo-se no último posto de todo o sistema prestador de cuidados de saúde.

Assim, para além da indispensável articulação com outros serviços de saúde, até hoje, no nosso país, com muito pouco sucesso, salvo raras exceções, conviria reflectir sobre um outro modelo de intervenção mais abrangente.

Um modelo de hospital aberto, atendendo a novas formas de intervenção e de prestação de cuidados, como a chamada «hospitalização domiciliária», prestando cuidados globali-

zados e pensados em função do consumidor e menos em função do seu próprio modelo de organização interna. Porventura, cuidados menos diferenciados, menos «prestigiantes», mas bastante mais atraentes do ponto de vista dos utilizadores.

Os modelos de financiamento são também muito importantes nesta matéria, embora seja errado pensar que, mudando as regras do financiamento hospitalar, se resolvem as ineficiências internas. O velho conceito de *money follows the patient* parece de crucial importância, invertendo a actual situação, em que a distribuição de recursos financeiros atende quase exclusivamente à capacidade instalada, muito pouco à produção e nada aos resultados obtidos. A introdução da noção de «risco» será determinante no processo de mudança que se pretende encetar.

Para tal é indispensável promover a separação entre entidades financiadoras e prestadoras, um ponto de quase consenso nas várias propostas de reforma dos sistemas de saúde. Isto num cenário de manutenção do financiamento público da saúde, mantendo, portanto, nesta área uma atitude de redistribuição de riqueza.

3. Informação e transparência dos serviços de saúde

Em termos de ligação do hospital à comunidade, a chave da questão poderá estar na informação disponibilizada, na «transparência» da actividade hospitalar. Num mercado caracterizado por fortíssimas assimetrias de informação, que potenciam o divórcio entre a comunidade e os serviços de saúde, a divulgação sistemática e generalizada de custos e resultados promoverá uma maior participação e envolvimento da comunidade no hospital, sem que tal se resuma a

reivindicações corporativas ou a ratificações externas de decisões dos órgãos de gestão.

4. Participação da comunidade nos serviços de saúde

A maior participação da comunidade nos serviços de saúde não está dissociada do processo mais geral de reforma do sistema. A separação entre responsabilidades de definição de política de saúde e de administração dos serviços aparece como crucial e urgente, incentivando que as políticas sejam pensadas e desenhadas com base no interesse dos utentes, e não nas conveniências dos serviços.

Recordando intervenção recente do Dr. Jorge Simões no IV Encontro da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES), a quase totalidade dos agentes, políticos e técnicos com intervenção no sector da saúde está de acordo nas linhas gerais a seguir pelo processo de reforma. No entanto, o passado recente mostra uma quase completa ausência de mudanças relevantes. Para além das normais dificuldades de qualquer processo de mudança de quebrar a inércia prevalecente, parece-me que estamos perante uma situação em que todos, em geral, estão interessados na reforma do sistema, mas, em particular, ninguém está interessado em mudanças significativas. Os interesses estabelecidos são importantes e nesta altura cada grupo em presença antecipa mais perdas do que ganhos como resultado do processo de mudança.

Esta será certamente uma possível explicação para o imobilismo em que temos vivido. Urgente se torna, citando a intervenção do Prof. Correia de Campos no mesmo encontro da APES, promover um balanço antecipado de perdas e ganhos de cada classe de agentes do sector, permitindo a formulação explícita de políticas que visem eliminar ou contornar as barreiras à mudança.

João Amado*

1. Humanização na saúde

Estamos a falar do tema *humanização*. Vou tentar, dentro do que agora sumariamente aqui esquematizei, não me repetir relativamente ao que já foi apresentado.

Penso que a humanização se coloca a diversos níveis:

1. A nível da pessoa, ao tempo desligada do seu contexto sócio-familiar, a pessoa que é internada ou recorre à instituição;
2. A nível da instituição em si, do técnico ou grupo de técnicos que intervêm gerindo o potencial de saúde desta pessoa;
3. A nível do papel dos intervenientes a que aqui mais queremos circunscrever-nos, ou seja, a nível da liga e dos seus elementos dentro do contexto institucional onde se movem.

* Médico, professor de Saúde Comunitária, ICBAS, UP.

1. Começando pela pessoa. É a situação que decorre do indivíduo — o indivíduo limitado, desajustado relativamente ao meio — e que aparece num contexto fragilizado a maior parte das vezes por um sintoma físico e que normalmente se desajusta relativamente a um contexto afectivo. Penso que é aqui, nesta sua percepção desenquadrada da sua afectividade, que se situa a maior ou menor percepção da desumanização a que nós, como instituição, o sujeitamos. Entendo que a possibilidade desta satisfação de facto — leia-se «que se exige» — parte de um pressuposto que muitas vezes nós, na retaguarda, alimentamos e, como arquétipo, temos ainda na gestão dos nossos sistemas de prestação de cuidados: o hospital é o lugar onde se vai buscar saúde. Penso que é uma concepção falaciosa: na verdade, estamos a debitar doença nas nossas sociedades e não há instituição que resista a um débito deste tipo. E mais: penso que a percepção e o desajuste deste conceito devem levar-nos a encarar o problema da saúde no seu contexto dinâmico. A saúde — e aqui o papel da liga é preponderante — não é um bem que se compre: não há dinheiro que liberte da doença, se bem que com pouco dinheiro possamos gozar de saúde, embora também tenhamos consciência de que a pobreza é, de facto, a maior condicionante geradora da doença e da morte. Não tenhamos dúvida! Penso que, portanto, este problema do desajuste relativamente à humanização passa também por um processo educacional: a saúde é algo de que a pessoa é responsável e pela qual tem de se comprometer. A situação de doença não é um «castigo», nem resulta de um «pecado», mas deve ser percebida e encarada como a limitação inerente à condição humana. E aqui a liga, no sentido do gratuito, do para além do economicismo, o qual reflecte a instituição, deve abrir esta mesma porta: «alguém» que gratuitamente se devota a alguém que, por qualquer azar, qualquer sorte — que também é construída —, necessita de recorrer a um

hospital; é o «ninguém» que encontra «alguém» que nada lhe «cobra» por tentar contribuir para um equilíbrio maior no desequilíbrio em que presentemente está.

2. Relativamente à instituição. Penso que o hospital está moldado para este tecnicismo no sentido mais do preservar a vida — que é uma situação de emergência, de recurso — do que no sentido de garantir uma melhor qualidade de vida. Com os decorrentes e imparáveis gastos, tanto a nível da saturação da própria instituição como a nível da saturação dos profissionais — porque não conseguem responder com qualidade a uma situação que é de emergência de vida —, penso que pode levar-nos a pensar esta para-estrutura que é a liga como algo enquadrado nesse contexto do gratuito. Assim, sem concorrência com a verdadeira instituição hospitalar, deve dela, se bem que articulada, estar, contudo, bem diferenciada.

A liga não pode ser confundida com a instituição porque esta a desarticula, ou melhor, a desvincula de um processo institucional de que forçosamente o utente está dependente. A liga, penso, poderá criar mesmo entre os próprios profissionais um sentido de aproximação face sobretudo ao hospitalizado, à pessoa diminuída, diminuída em toda a sua dimensão.

3. Relativamente ao técnico. Penso que há a percepção por parte do utente de que de facto tem de ser dada resposta a qualquer custo ao seu problema. Na medida em que as exigências básicas começam a estar satisfeitas, este grau de exigência cada vez é mais elevado. E o técnico também é pressionado e, no seu contexto de resposta, muitas vezes se dirige mais para o tratar do que para o cuidar — utilizando os termos aqui apresentados. É que, na realidade, o pedido da resposta social a esse técnico é relativamente ao tratamento e não ao cuidar — «sou julgado ou avaliado pelo que tratei e não da forma como cuidei». É uma atitude, uma

maneira de estar que condiciona, na base, toda a prestação de cuidados, nomeadamente num serviço de urgência, nomeadamente numa unidade de cuidados intensivos.

2. O papel da liga de amigos

E qual o papel da liga? Evidentemente que o contexto social de um indivíduo que é obrigado a recorrer a uma instituição se modifica: vai numa situação de dependente e adquire um estigma, a categoria de doente — «já estive internado, já fui sujeito a isto..., sou doente por isto e por aquilo...».

Neste aspecto, a liga deveria, por um lado, utilizar o seu potencial para adequar a resposta do hospital às necessidades sentidas do indivíduo — quando o indivíduo se sente limitado, então entende, interioriza, aquilo que lhe faz falta. Seria necessário percebê-las para podermos satisfazê-las.

Por outro, a liga, ao auscultar, ouvindo de facto os utentes, e tomando consciência do ponto-chave de desumanização do hospital, poderia tentar encontrar uma ponte entre as necessidades do grupo, da comunidade, e a resposta que uma instituição pode dar relativamente à maior necessidade sentida. E um outro aspecto é o que diz respeito ao acolhimento e acompanhamento desta pessoa que teve alta e que leva um estatuto de «doente». A liga, tendo um papel de educação relativamente a este indivíduo, é como uma pedra no charco que, por grupo familiar, por grupo social, pode ir prestando este contributo à sociedade, o que é uma nova forma de educação para a saúde e é um ponto-chave donde parti.

Assim, considero que a liga, neste seu sentido de gratuidade, utilizando este seu potencial, pode dar como moeda de troca esta humanização pretendida, a maior, a possível.

Penso que estamos a discutir um sistema de saúde, univocamente virado para a prestação de cuidados, para tratar doenças físicas. Contudo, mesmo neste aspecto, temos de partir de um pressuposto importante, o de que não há uma supra-estrutura que defina as necessidades. E para a expressão destas necessidades devemos partir da auscultação daqueles que utilizam ou têm necessidade de utilizar os serviços. Penso que a liga poderá funcionar como um sensor crítico e ao mesmo tempo interlocutor entre estas necessidades e a instituição, a que define as prioridades, a instituição hospitalar. O tipo e a forma de participação nestas instituições devem ser, tanto quanto possível, harmoniosos, mas triados.

3. Gestão das unidades de cuidados de saúde

Quanto à forma de gestão da unidade, põem-se-nos vários problemas. Fundamentalmente, a instituição deve estar predisposta a dar a melhor resposta possível à maior procura verificada nessa instituição e a prioridade deve ser definida — aspecto que é controverso — relativamente à procura para a qual ela está mais vocacionada. Este modo de actuação poderia ser uma forma velada de privilegiar a competência institucional através de filtragem da procura, mas um problema fica pendente: a quem compete a definição das regras de qualidade de gestão e da quantidade de serviços prestados? E como? Ou dever-se-ia optar pelo critério da qualidade? E como?

4. Acesso ao sistema de saúde

Quanto ao acesso ao sistema, ele tem de ser, sem dúvida, total. Mas a partir donde? É um problema importante. E com

que prioridades? E quem decide: é o técnico, ou é um «parajurista», um sensor?

Por outro lado, sabemos que o acesso a uma unidade diferenciada é um limite que apenas atinge, no hospital central, 1% da população. Como vamos fazer esta triagem? Embora tenhamos todos o direito de lá aceder... Quanto ao tipo de informação, penso que ela deve ser máxima, se possível toda. Sobretudo — considero este um aspecto importante — a informação sobre a entrada de cada indivíduo no processo de decisão.

Porque a medicina não é matemática no restrito aspecto de contas de somar, mas matemática no sentido de probabilidades: ninguém deverá esperar que a medicina vá resolver-lhe o problema como «dois e dois, quatro»: este é um aspecto importante de educação.

Penso que este desfecho relativamente à resposta que o serviço de saúde pode dar a uma preocupação individual ou a um problema particular é uma grande questão, um grande desafio, a que a liga, no meu entender, deverá dar uma atenção particular, nomeadamente formando as pessoas para transmitirem esta qualidade de senso crítico comum que é importante manter face à percepção do instável equilíbrio que é manter a saúde individual.

Luís Portela*

1. Casa de saúde

Ao longo de várias décadas, os gestores hospitalares, especialmente os médicos, preocuparam-se normalmente bastante com a eficiência técnica do trabalho efectuado nos hospitais. Preocuparam-se e preocupam-se.

Nesse sentido foi necessário, e muito bem, dotar as unidades hospitalares de infra-estruturas e de equipamento modernos e dar formação técnica apropriada aos profissionais de saúde.

Nos últimos anos somou-se a essa preocupação a de racionalizar a utilização dos recursos e, sobretudo, a de rentabilizar o sistema. Os hospitais haviam-se tornado um «poço sem fundo», não havendo orçamento que chegasse para cobrir tantas preocupações de actualização técnico-científica.

A perspectiva economicista, desde que não levada ao exagero, parece justificar-se. Era inapropriado, por exemplo,

* Médico, administrador de empresas.

manterem-se blocos operatórios muito onerosos a funcionar apenas cinco ou seis horas por dia, ou ter o serviço de consultas aberto só cinco meios-dias por semana, quando persistiam (ou persistem) longas listas de doentes a aguardar uma intervenção cirúrgica ou até mesmo apenas uma consulta.

O que parece ter sido menos cuidada é a filosofia de postura dos profissionais hospitalares perante os seus clientes. À medida que a vocação deixou de ser factor essencial para seguir as carreiras médica e de enfermagem — sobrepondo-se-lhe outros factores selectivos no acesso ao ensino superior — e que, em paralelo, se acentuavam as referidas preocupações economicistas, parece ter-se implantado uma certa desumanização dos hospitais.

Já ouvi um director de um hospital central afirmar que os hospitais são desumanos por definição. Serão? Será que os profissionais que neles trabalham desejam isso? Poderão as autoridades governamentais consentir tal estado de coisas? Aceitará a população resignadamente isso?

Desumanos porquê?

Porque quem recorre a eles está doente? Mas também muitos indivíduos são procurados os seus serviços. E, se a maioria dos seus clientes são pessoas que adoeceram antes de recorrerem ao hospital, a partir dessa altura vão ser procuradas condições para inverter o rumo das coisas, reconquistando progressivamente a saúde. Os hospitais são, assim, casas humanamente dirigidas para a saúde, para a vida.

Desumanos porque alguns dos seus clientes terminam por encontrar a morte física nas suas instalações? Mas a morte é algo de natural e humano. E num hospital essa morte pode ou deve acontecer com um sofrimento suavizado. E, ainda, também nestas instituições muitas pessoas começam ou reencontram a vida.

Desumanos porque alguns profissionais de saúde são por vezes frios, indelicados ou mesmo incorrectos para com os doentes? Mas em todas as profissões há bons e maus prestadores de serviços. E também há muitos médicos, enfermeiros e administrativos hospitalares atenciosos, gentis, preocupados em manterem um diálogo construtivo, informativo e até formativo dos seres humanos que recorrem aos seus serviços.

Desumanos porque alguns profissionais da área, por vezes, assumem uma postura de funcionários públicos — no mau sentido do termo —, fazendo o quanto basta e no menor período de tempo possível? Mas a qualquer momento podem as autoridades de saúde incrementar uma filosofia de prestação de serviços com qualidade, procurando — através de acções de formação apropriadas — mentalizar os profissionais para se disporem a oferecer o máximo, com os recursos disponíveis, lembrando-lhes o privilégio que é para eles desempenharem funções de conteúdo social e humanitário tão rico e enriquecedor.

A missão de criar condições para que os seres humanos possam reconquistar a saúde perdida é muito nobre. O trabalho dedicado dos profissionais que servem o próximo na área da saúde é muito bonito. O ambiente de uma casa onde se cria saúde pode e deve ser agradável, de serenidade, de repouso, de recuperação energética para a vida.

Em princípio, tudo o que de essencial se deve fazer num hospital é positivo, construtivo, salutar. Por isso, sempre gostei do termo *casa de saúde*, que me parece talvez mais adequado do que *hospital*. Pelo menos, talvez não tenha a carga negativa que este último parece ter. Mas certamente uma eventual mudança de nome não resolveria nada. Apenas seria útil se traduzisse uma diferente filosofia de postura dos seus profissionais. E como conseguir isso?

2. Gestão hospitalar: autonomia e responsabilidade

Parece-me que a gestão hospitalar pública deve ser feita por profissionais qualificados nomeados pelas autoridades governamentais democraticamente eleitas, contemplando as áreas administrativo-financeiras e as áreas técnico-científicas.

Este órgão de gestão deverá ter grande autonomia e responsabilização, devendo ser alvo de um controle sistemático de eficácia e actividade. Talvez pudessem ser criados prémios ao bom desempenho, por unidade hospitalar e por departamento, tendo em conta a eficácia clínica e o grau de satisfação dos utentes, para o efeito consultados algum tempo depois de terem utilizado os serviços hospitalares. E esses prémios talvez pudessem ser apenas reforços orçamentais que aumentassem a capacidade de realização dos mais capazes ou até mesmo traduzir-se em pequenos benefícios para os profissionais.

Os controles da eficácia clínica e orçamental talvez pudessem caber quase em exclusivo às autoridades de saúde. Mas o controle de satisfação dos utentes poderia ser partilhado com um órgão de representação da sociedade civil, tipo conselho geral, mas reformulado no sentido de uma real participação dos cidadãos da região.

Caberá aqui uma palavra às ligas dos amigos dos hospitais, que têm desempenhado um importante papel de apoio humanitário em diversas instituições hospitalares portuguesas num admirável regime de voluntariado e que, assim, parecem bem colocadas para participar, não na gestão, mas no seu controle.

Aos profissionais de saúde não cabe apenas tratar doentes. Mais do que isso, compete-lhes cuidar de pessoas. A formação na área das relações públicas e das relações

interpessoais parece dever ser incrementada de uma forma generalizada a esses profissionais, procurando mentalizá-los para «oferecerem o máximo com os recursos disponíveis». Também assim, ou sobretudo assim, poderão transformar-se hospitais em casas de saúde.

CD25A

Paula Santana*

1. As condicionantes de acesso
ao sistema de saúde

O tema que nos é proposto, «Organização dos hospitais na sua relação com a sociedade», não deve ser analisado sem antes compreendermos as razões que se prendem com a capacidade de utilizar/não utilizar os serviços de saúde. Esta parece-me ser uma reflexão importante e obrigatória. Como podemos falar de humanização sem antes conhecermos as condicionantes do acesso? Por isso, o acesso aos serviços de saúde é o objecto da minha intervenção.

Parto de dois pressupostos:

- 1) As alterações demográficas propiciam uma concentração da população mais jovem em áreas urbanas e da mais envelhecida em áreas rurais;

* Geógrafa, professora, Universidade de Coimbra.

- 2) A cobertura médico-sanitária e de infra-estruturas sociais intensifica-se nas áreas urbanas em detrimento das áreas rurais.

Verifica-se então a desigualdade no acesso e na utilização dos serviços de saúde, com tendência para o agravamento das inequidades relativas locais e regionais.

Devo ainda apresentar aqui alguns problemas, por exemplo, o desenvolvimento económico dos últimos anos, com a consequente atracção da população pelas áreas urbanas [a taxa de urbanização passou de 29,7% em 1981 para 33,8% em 1991 (INE, 1993)], o envelhecimento da população que se verificou entre 1981 e 1991 [a população com 65 e mais anos cresceu de 11,4% para 13,5% e o grupo dos 0 aos 14 anos passou de 25,2% para 20,2% (INE, 1993)] e ainda o reforço ou concentração do fenómeno de envelhecimento em concelhos já envelhecidos. Estes factos merecem a nossa atenção e exigem a adopção de medidas que, considerando este cenário, respondam às novas necessidades por ele determinadas, designadamente no que respeita à acessibilidade dos cuidados de saúde, aos diferentes padrões de morbilidade e utilização dos serviços e às exigências de uma população cada vez mais dependente (terceira e quarta idades).

Considero que se torna necessário repensar e agir de acordo com as novas necessidades, os novos padrões de consumo e os novos hábitos.

Em consequência das alterações demográficas que enunciei, poderão surgir mais pessoas com deficiências físicas e doenças mentais associadas à idade. O número de doentes crónicos mentais ou com dependências funcionais completas tem crescido de forma assinalável e as suas necessidades de consumo de saúde aumentam em paralelo. Em simultâneo, as condições sociais e familiares de apoio têm vindo a alterar-se profundamente, traduzindo-se na diminuição da capa-

cidade de cuidar dos parentes idosos. Assim, diminuem os cuidados informais e aumentam as necessidades de cuidados prestados por instituições de apoio social e de saúde.

Necessariamente que a implementação de novas tecnologias médicas, bem como um quadro demográfico em dramática mudança, entre outros factores, determinam a urgente reestruturação dos serviços de saúde em geral, de forma a torná-los mais eficazes e eficientes, no âmbito de uma maior racionalização da distribuição e utilização dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, muitas vezes escassos. Os principais problemas estão essencialmente relacionados com a persistência de lacunas e inequidades no acesso aos serviços, com o crescimento das despesas com a saúde e a aparente falência das soluções ensaiadas e, finalmente, com a inquietude da sociedade, em geral, e dos utilizadores, em particular, quanto à eficácia e aos resultados dos cuidados, isto é, quanto ao seu real impacto sobre os níveis de saúde das populações.

2. Informação sobre os serviços e os custos da saúde

Para responder a «com quem, onde, quanto, porquê e como usa os serviços de saúde» torna-se necessário entender as relações que se estabelecem entre os vários factores e que podem actuar como decisoras no acesso e utilização ou, pelo contrário, ser um travão. A informação acerca dos serviços, o conhecimento acerca da saúde e da doença, os custos relacionados com a deslocação, com as taxas, com os tempos de espera e da deslocação e com os medicamentos, são alguns factores que podem influenciar a utilização. Refiram-se ainda as características individuais (rendimento, ocupação, sexo, grupo social), a organização e gestão dos serviços de saúde,

a distribuição dos recursos, a sua acessibilidade e a disponibilidade de formas alternativas, como factores que podem influenciar os padrões de utilização. E, se identificar tais factores é, aparentemente, pouco problemático, já a avaliação da sua importância relativa na definição dos padrões de utilização constitui um dos mais motivadores desafios metodológicos da investigação.

Considero que as necessidades sentidas podem ser ou não expressas (isto é, transformar-se em procura e utilização dos serviços), dependendo do contexto sócio-económico e do tipo de serviços de saúde existentes. As necessidades expressas dependerão de factores comportamentais perante a saúde e doença, experiência passada com os serviços de saúde (aceitabilidade, cortesia, acessibilidade física), informação e consciencialização da população relativamente aos direitos e deveres com a saúde individual e colectiva. As necessidades expressas podem, assim, corresponder a uma procura desajustada relativamente às necessidades «reais» de forma positiva (oferta exagerada ou injustificada dos serviços de saúde) ou de forma negativa, identificando-se com baixos níveis de utilização de serviços de saúde.

3. Discriminação negativa no acesso à saúde

Na investigação que tenho vindo a desenvolver encontrei fenómenos de discriminação negativa no acesso à saúde. Em termos de justiça social, existem dois grupos na população que têm situação desvantajosa no acesso à saúde e pouca oportunidade para serem saudáveis: pessoas de recursos baixos e/ou residentes em áreas geográficas sem oferta ou com má acessibilidade geográfica aos serviços de saúde. A desigualdade no acesso (geográfica e económica) aos cuidados

entre a população urbana e rural reflecte-se no tipo, local, motivo e frequência de utilização da oferta dos serviços de saúde.

Aqui se consubstancia um dramático paradoxo — é exactamente nos locais em que as populações (pelas suas características) apresentam maiores necessidades em cuidados de saúde que se verificam maiores carências, decorrentes da própria natureza das comunidades — pouco numerosas, fisicamente dispersas, com fracos rendimentos económicos.

Necessariamente que não faz sentido, em termos dos custos (sociais e económicos) de oportunidade envolvidos, dotar cada concelho da totalidade dos serviços de saúde, de forma a garantir completa igualdade de acesso a toda a população. Mas não pode ignorar-se o sentido estratégico de uma (necessária) intervenção neste âmbito. Os custos para o país, mais uma vez sociais e económicos, da desertificação do(s) interior(es) e da concentração urbana por falta de condições nos locais de origem das populações deslocadas (com a plétora de perversidades sociais decorrentes) serão certamente bem maiores do que a adopção de uma política social (e de saúde) que vise melhorar as condições de acessibilidade das populações mais carentes aos serviços de saúde e adequar os serviços às reais necessidades das comunidades em mutação.

4. Satisfação dos utentes

Também verifiquei que a utilização repetida do mesmo serviço pode traduzir o reconhecimento da satisfação com os cuidados recebidos, para além de outros factores que merecem ser pensados. Não pode ser esquecido o conceito de qualidade, tão intimamente relacionado com a satisfação e que é hoje considerado um dos aspectos mais importantes na

análise dos serviços de saúde, mesmo que se parta do princípio de que o conceito pode variar, dependendo de quem define o termo.

A satisfação implica um conjunto de condicionantes, que foram anteriormente referidas pelo João Amado pelo Menezes Correia, das quais as relações interpessoais são uma parte importante. A satisfação corresponde a uma avaliação cognitiva e a uma reacção emocional à estrutura (características relativamente estáveis do prestador de cuidados, seus recursos e condições físicas e organizacionais), processo (cadeia de acontecimentos desencadeados para solucionar o problema de saúde e acontecimentos paralelos) e resultado dos cuidados prestados pelo serviço de saúde (impacto no estado de saúde), nos domínios técnico (ou científico), interpessoal (ou de relação) e de «amenidades» (ou conforto). A continuidade da utilização dos serviços é muitas vezes consequência da satisfação por parte do utente.

Júlio Reis reconheceu a pouca articulação entre as várias entidades que formam o sistema de cuidados de saúde. Quero referir que essa é uma realidade e, considerando que a entrada no hospital deverá ser orientada pelo centro de saúde, se verifica, principalmente nas áreas urbanas, que o sistema está enviesado, isto é, parte da população procura os cuidados hospitalares directamente, sem passar pelos cuidados primários. Tal corresponde a uma perversão do «desenho» do sistema de acesso ao hospital, o qual apenas não deverá ser agenciado no caso dos cuidados de urgência. E tal comportamento deve-se, fundamentalmente, à aceitabilidade (conceito que integra a imagem, tecnologia, cultura médica, história, etc.) dos cuidados de saúde primários, mais desvalorizados aos olhos dos seus utilizadores, na comparação com os hospitais (sem que tal corresponda, de facto, a qualquer juízo objectivo e justificado de valoração).

5. Política de saúde

Vou concluir dizendo que a política do governo, ou, se se preferir, a carga ideológica que a caracteriza, tem, desde logo, influência quer na política de saúde, quer na forma como a oferta de cuidados se concretiza. A política, assumindo as prioridades resultantes da opção ideológica, determina a oferta de cuidados e a sua organização, a sua acessibilidade espacial e, em certa medida, as noções (e sensibilidade social) de saúde/doença. A oferta de cuidados manifesta-se quer ao nível da disponibilização de recursos para consumo (tipo, qualidade, quantidade e local) e, por vezes, também ao nível das estratégias das populações, quer ao nível do acesso aos diversos tipos de cuidados (referenciação ou livre utilização). Os factores associados à disponibilidade, reunindo aspectos relativos à acessibilidade espacial (oferta) e à acessibilidade económica (rendimento das famílias), são responsáveis pelos padrões de utilização (quanto mais perto estão os serviços, ou quanto mais afluyente é a população, maior é a utilização, ou, no mínimo, maiores são as oportunidades de acesso) e, em menor parte, pela forma como a saúde/doença é assumida ou sentida pelas pessoas. Os factores de predisposição, associados a características das populações e à forma como percebem os seus contactos com os serviços de saúde (satisfação/insatisfação), constituem um dos quadros mais marcantes de influências na utilização, directa e indirectamente (ao determinarem também a forma como foi percebida a saúde/doença). A forma como a saúde/doença é percebida pelas populações influencia a adopção de estratégias de actuação.

A utilização é determinada, em grande parte, pelo tipo de juízo que os consumidores emitem relativamente às situações individuais, materializando-se em impulsos de utilização/não utilização e na escolha do tipo de serviços de saúde que consomem.

6. Os problemas do acesso ao sistema

Vou desenvolver a minha reflexão em torno dos «problemas levantados ao acesso», um dos pontos que nos foi proposto para esta tarde.

Gostaria de recolocar a questão da equidade e acessibilidade dos cuidados de saúde. Sabe-se que o acesso e a utilização dos serviços de saúde não dependem, em exclusivo, da mera existência de oferta, mas resultam antes, igualmente, das necessidades efectivamente sentidas pelas populações, do seu meio-ambiente, estilos de vida e condições sócio-económicas. Por isso, a saúde (e, *a contrario*, a doença) não deve ser entendida como simples resultado de existência ou não de serviços de saúde. É, pelo contrário, determinante a visão multissetorial do fenómeno. É que as soluções — os instrumentos para melhoria dos níveis de saúde — não se situam apenas no âmbito da actividade dos serviços de saúde nem dependem exclusivamente da sua localização e acessibilidade geográfica.

Faço a distinção entre acesso à saúde e acesso aos cuidados de saúde. Este último tem sido feito através da localização dos recursos. Por vezes, o debate político acerca do acesso à saúde tem sido erradamente focado, privilegiando a localização dos serviços (isto é, o acesso aos cuidados de saúde), fundamentalmente os hospitalares. A mudança desta prioridade para uma visão mais integrada do acesso à saúde deve passar também pelo reforço dos cuidados primários e preventivos, com a responsabilização pessoal das autoridades locais autárquicas e sanitárias pelo estado de saúde das comunidades.

Cada grupo social e cultural tem uma percepção própria da dor e da doença ou não doença e correspondente decisão de utilização dos serviços. As reacções comportamentais relativamente ao que é percebido e interpretado são causadas por forças sociais que indicam aos grupos que comporta-

mento aprovam ou desaprovam. Por isso, as necessidades são produzidas ou induzidas por factores que podem estar relacionados com a educação, com valores (económicos, culturais e morais) ou com circunstâncias.

Retomando a lei dos cuidados inversos, que referi anteriormente, a oferta de cuidados médicos mais adequados e de «melhor qualidade» varia inversamente com as necessidades da população servida. A classe social mais baixa está associada a um tipo de acesso desvantajoso aos serviços médicos e, todavia, é neste grupo que são detectados os mais altos níveis de doença.

O acesso pode ser equacionado em duas vertentes: pelas características da população e pela avaliação, através de indicadores de *outcome*, da passagem do utente pelo sistema. Para a primeira concorre o orçamento familiar, a cobertura do seguro de saúde e as atitudes perante os serviços; a segunda é influenciada pelas taxas de utilização e de satisfação.

Devo ainda considerar a acessibilidade sócio-organizacional, que inclui todos os atributos dos recursos que dificultam ou facilitam os esforços do utente para receber cuidados de saúde (sexo do profissional de saúde, tipo de especialização, etc.) e a acessibilidade geográfica, a qual está intimamente ligada a atributos espaciais (tempo e distância física).

7. Propostas de alterações à organização da prestação de cuidados de saúde

Para finalizar, sintetizo algumas propostas para aumentar o acesso aos cuidados de saúde e que passam por alterações à organização da prestação de cuidados de saúde:

- 1) Modificação no sistema de marcação de consultas. Se for especificada a hora de atendimento, em vez do sis-

- tema em vigor, «primeiro a chegar, primeiro a ser atendido», coordenada com os horários dos transportes públicos, os tempos de espera podem ser reduzidos. Dar a possibilidade de marcação de consulta pelo telefone;
- 2) Maior coordenação entre os serviços de saúde públicos, primários e hospitalares, dotando os primeiros de poderes financeiros e de decisão que tornem o médico de família um verdadeiro «gestor» da saúde, responsabilizando-o mais pela saúde da família e da comunidade;
 - 3) Alteração do comportamento dos prestadores relativamente aos utentes dos serviços, aumentando a afabilidade e a cortesia, componentes fundamentais nas inter-relações pessoais e que têm reflexos na satisfação dos utilizadores e na utilização continuada dos serviços;
 - 4) Incentivo da utilização dos cuidados de saúde primários, principalmente na área urbana, de forma a diminuir a utilização indevida do hospital. O alargamento do horário de funcionamento do centro de saúde, por exemplo, permitiria a utilização a todas as horas do dia, constituindo uma alternativa aos serviços de urgência dos hospitais, principalmente para a população urbana. Por outro lado, se o período de consultas se estendesse até às 20 horas, permitiria que a população que exerce uma actividade profissional a utilizasse com mais frequência, principalmente a população masculina;
 - 5) Os cuidados de saúde primários podem ainda ser fornecidos, por exemplo, por equipas móveis que com facilidade possam deslocar-se a locais de menor acessibilidade geográfica, respondendo com mais eficiência e eficácia às necessidades de saúde da população rural em espaços desertificados;
 - 6) Desenvolvimento do serviço domiciliário, quer ao nível da consulta de urgência, quer no seguimento do doente saído de qualquer instituição de saúde;

- 7) Promoção de acções sociais junto da população em virtude de alguns estratos da população em determinados períodos da vida necessitarem de cuidados que ultrapassam os cuidados médicos. Acompanhamento do doente e levantamento de situações que poderão ser de grande utilidade aos «gestores» da saúde da comunidade;
- 8) Vigilância da saúde ou doença do indivíduo enquanto integrado na comunidade, alertando-o, por exemplo, para a necessidade de consultas de rotina ou de exames periódicos no caso das crianças e idosos e ainda certos tipos de morbilidade. Esta atitude poderá despistar ou intervir em casos que poderiam culminar em situações complicadas para a população e para os serviços de saúde — caso de internamento ou de necessidade de cuidados médicos na residência;
- 9) Aumento da capacidade de resposta às necessidades de saúde das populações, diminuindo as listas de espera dos cuidados hospitalares. Listas de espera de vários meses ou anos desencadeiam novas necessidades de cuidados médicos, por vezes aumentando o custo por doente tratado;
- 10) Aumento do leque de opções de prestação de cuidados de saúde, aumentando a concorrência, preservando a qualidade da prestação e a variedade de oferta, com garantia de condições equitativas de acesso.

Jorge Simões*

1. Um modelo caduco de hospital

Iria sintetizar a minha intervenção com uma tese e duas subteses.

A tese é: o actual modelo jurídico do hospital público português está esgotado, quer em termos de propriedade, de tutela, quer de gestão, de financiamento, e será, do meu ponto de vista, o novo modelo jurídico do hospital que irá recriar uma nova relação entre a comunidade e o hospital.

2. O normativismo hipócrita

A primeira das subteses é a seguinte: o actual modelo do hospital público português move-se numa teia de normativismo hipócrita. Esse normativismo hipócrita tem vários afloramentos — por exemplo, em relação ao financiamento:

* Administrador hospitalar.

os hospitais recebem determinados montantes, que constituem os seus orçamentos, que são pseudo-orçamentos e são desresponsabilizantes. O normativismo hipócrita verifica-se também ao nível da gestão dos recursos humanos. Outra hipocrisia normativista verifica-se com a responsabilização, e todos nós sabemos o suficiente para não termos de preencher estes conceitos. E existe também, do meu ponto de vista, algum excesso de normativismo na relação com os consumidores, ou na relação com a sociedade, e um exemplo adequado é o gabinete do utente, que poderia ser uma boa resposta, uma boa almofada social, mas funciona de uma maneira demasiado claustrofóbica, quer dizer, abafa e mantém na instituição as queixas, que são «julgadas» pelos próprios profissionais, ou seja, institucionaliza os queixumes dos cidadãos.

3. Redirigir a atenção para os doentes

Segunda subtese: o actual modelo do hospital público português preocupa-se mais com os prestadores do que com os doentes. É minha convicção que as administrações dos hospitais preenchem grande parte do seu tempo como a tentativa de resolução dos problemas dos quadros das carreiras, da disciplina ou da indisciplina dos prestadores, das queixas, dos conflitos... e assim se passam os dias. Não há grande preocupação com os fenómenos de exclusão social, que têm uma tradução evidente nas dezenas de milhares de cidadãos portugueses que esperam por intervenção cirúrgica, que esperam por consulta, que esperam pelas várias respostas possíveis do SNS. As ligas de amigos preocupam-se, em especial, com a forma como os doentes são tratados nos hospitais, não se preocupam, ou preocupam-se menos, com os doentes que não acedem aos hospitais.

O novo modelo certamente assentará em três pilares: o pilar do Estado, os hospitais públicos, o pilar do mercado, ou seja, aquilo a que podemos chamar entidades com fins lucrativos, e o pilar da comunidade, ou seja, as entidades sem fins lucrativos, em que as misericórdias terão certamente um papel importante.

Conhecemos razoavelmente o passado, pensamos conhecer o presente, seguramente não conhecemos o futuro. E, portanto, nenhum de nós tem os contornos exactos do modelo a construir. Aliás, num final de século tão turbulento e num país europeu pequeno como o nosso, às portas da conferência intergovernamental que poderá decidir uma parcela do nosso futuro, esta questão tem de ser vista, como muitas outras questões, com os constrangimentos que estão para além da nossa vontade e, se calhar, do nosso saber.

Só uma última nota, Sr. Professor Nuno Grande, acerca de um aspecto que me parece interessante: é que nós importamos coisas más da União Europeia, mas também importamos coisas boas, nomeadamente os princípios da defesa dos consumidores, por força de normas comunitárias, com aplicação obrigatória em cada um dos países da União Europeia. Esta legislação comunitária, por sua vez, já é herdeira de legislação de países mais desenvolvidos do que o nosso em matéria de defesa dos consumidores e seguramente mais avançada do que a prática da cultura ainda dominante na relação do hospital português com a sociedade e os cidadãos.

4. Participação da comunidade

A realidade social não se modifica ao nosso gosto, fazemos parte da realidade social e, por muito que gostássemos que a participação dos utilizadores dos sistemas de saúde fosse de uma determinada forma, não faz sentido, mais

uma vez, um discurso e uma prática normativistas. A realidade social movimentar-se-á num ou noutro sentido, apesar de nós.

Faço uma distinção, que me parece importante, entre as grandes unidades dos grandes centros urbanos (Lisboa e Porto) e as unidades dos pequenos centros urbanos e do meio rural. É que a participação da comunidade faz-se de maneira diferente: menos institucionalizada, mais informal, mais directa, no segundo caso.

Queria levantar ainda uma outra questão: as visitas são um bom exemplo da participação da comunidade no sistema, concretamente nos hospitais. E o facto de os doentes dos hospitais serem acompanhados por centenas ou milhares de visitas são, do meu ponto de vista, um sinal de saúde, de boa saúde mental da comunidade, e não o inverso.

Há cerca de dois meses participei numa mesa-redonda com o Prof. Correia de Campos e com o Prof. Diogo Lucena e levei para essa mesa-redonda uma recolha documental das posições dos principais agentes do sistema em relação à reforma do sistema da saúde e cheguei a uma conclusão curiosa: é que os principais agentes do sistema, incluindo os partidos políticos, os sindicatos, as confederações sindicais, a Ordem dos Médicos, etc., repito, do ponto de vista meramente normativo, ou seja, utilizando unicamente os documentos que me apresentaram, manifestaram um consenso explícito relativamente a alguns desses princípios reformadores.

5. Requisitos para reformar o sistema

Parece-me que existe um opção deste governo no sentido desta reforma, no sentido não substantivo, não global, do sistema de saúde, e uma opção eventual de reforma «nas

margens». Alguns requisitos a que deve obedecer essa estratégia:

- 1) A EXPERIMENTAÇÃO: portanto, aquilo que está a acontecer no Amadora/Sintra deve ser observado com a devida atenção pelos investigadores das ciências sociais, da ciência económica, da ciência jurídica, pelos decisores políticos. O mesmo, em relação ao Hospital da Prelada; o mesmo, em relação a muitas propostas que estão em cima da mesa para decisão política há longo tempo sobre novas formas de experimentação da gestão dos centros de saúde;
- 2) A AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS: não tem sentido iniciar-se um processo de experimentação sem avaliar os resultados;
- 3) O GRADUALISMO: não devem iniciar-se propostas de mudança simultaneamente e em todo o sistema de saúde nacional, se bem que em todas elas a estratégia deva ser clara e agregadora de todos os projectos.

Finalmente, as reformas dos sistemas de saúde: os Britânicos iniciaram um processo de reforma, não por causa da contenção de custos, mas por causa da insatisfação dos utilizadores e dos profissionais; a Sr.^a Thatcher não estava descontente com os 7% do produto interno bruto, mais foi seguramente a pressão dos cidadãos e a pressão dos profissionais que levaram à reforma do sistema de saúde na Inglaterra.

Maria Suzete Gonçalves*

1. Reivindicar a intervenção na organização dos serviços de saúde

I. A minha reflexão incidirá fundamentalmente sobre um conjunto de questões relacionadas com o tema que motivou este encontro, algumas das quais foram já objecto de análise por alguns dos participantes. A primeira questão diz respeito aos motivos que determinam que a comunidade e/ou a sociedade civil tenham vindo crescentemente a reivindicar o aparecimento de formas mais ou menos institucionalizadas de intervenção e de acompanhamento dos hospitais, como são, por exemplo, as ligas de amigos ou outras formas de organização delas similares.

Será que este movimento se relaciona com o facto de os hospitais prestarem cuidados de interesse colectivo, produzindo bens e serviços cuja utilidade social, aquando do seu consumo, ultrapassa o somatório das utilidades individuais, sendo por tal considerados bens de mérito, devendo ser acompanhado o

* Economista CCRN.

funcionamento das organizações que os prestam? Ou estaremos perante uma actividade consumidora de crescentes recursos, da qual derivam importantes encargos, sejam de carácter individual ou de origem colectiva, num quadro de múltiplas e crescentes necessidades a satisfazer, sendo por tal necessário avaliar a eficácia, a eficiência técnica e social, alertando a comunidade quando se verifica a sua ineficiente aplicação?

Será que este imperativo social de intervir na organização interna dos hospitais deriva da circunstância de estarmos perante um sector de actividade cuja produção de serviços de saúde envolve riscos e incerteza para o consumidor quanto à possibilidade de este atingir o objectivo último que esteve na base do seu consumo, o de melhorar o seu nível de saúde? A esta incerteza acrescerá a existência de ignorância do consumidor e de assimetrias de informação relativamente às alternativas clínicas possíveis para resolver um dado problema de saúde? Quando um indivíduo utiliza os serviços hospitalares, está limitado na sua capacidade de decisão, passando esse poder de escolha para os profissionais que nela trabalham, dadas as limitações colocadas à soberania do indivíduo. Estamos perante um processo de escolha de alternativas que apresentam riscos não totalmente conhecidos em termos de morbidade e sobrevivência.

De tal pode resultar a necessidade, por parte da comunidade ou dos seus representantes, de acompanhar de uma forma activa e organizada as condições de prestação de cuidados, representando um sentimento comunitário de intervir numa organização cujo funcionamento pode afectar as condições de sobrevivência dos indivíduos.

Ou ainda um dos motivos que poderão estar presentes nesta necessidade de interiorizar a comunidade na organização interna do hospital reside no reconhecimento de que a evolução científica e tecnológica tem tornado crescentemente impessoal a relação do hospital e dos seus profissionais com o doente,

temporariamente separado do seu meio familiar e social, tornando difusa a fronteira entre o seu reconhecimento social e o simples anonimato. Desse facto resultaria a necessidade de compensar esta insuficiência, recriando as relações pessoais e comunitárias, através da prestação de cuidados de tipo não clínico, alguns dos quais suportados em regime de voluntariado.

Ou será ainda o reconhecimento de que neste tipo de organizações, fundamentalmente suportadas por trabalho voluntário, militam «homens bons», a quem a sociedade reconhece idoneidade e mérito, delegando-lhes o poder de avaliarem as situações e de intervirem quando necessário, influenciando decisivamente as mudanças no sentido de satisfazerem o interesse colectivo? Qualquer uma das determinantes anteriores, de per si ou globalmente, tem estado na base de um crescente movimento de recriação de formas activas de intervenção da sociedade civil no interior do hospital através de organizações não governamentais com base nas comunidades locais.

2. O papel das ligas de amigos

II. Talvez seja importante reflectir se as funções que estas organizações são socialmente impelidas a desempenhar são de carácter supletivo, cobrindo falhas ou insuficiências das próprias unidades prestadoras, do Estado ou de outras formas de organização não governamental, como, por exemplo, as associações de defesa do consumidor, ou se, pelo contrário, estaremos perante novas funções, de carácter específico e insubstituível, que nenhuma outra organização pode ou deve suprir.

Se for considerada a primeira hipótese, a da substituição de funções que nunca poderão ser assumidas de forma adequada pelo hospital, pelo Estado ou por outras organizações, é de esperar que lhes sejam atribuídas, entre outras, as funções de avaliador da eficácia, eficiência e qualidade dos ser-

viços prestados, devendo por tal ser dotadas de mecanismos institucionais de intervenção, a desencadear interna ou externamente, de forma a serem corrigidas situações de deficiente desempenho.

Essa função supletiva poder-se-ia justificar pelo desconhecimento que a administração central possa ter da realidade local, limitando a sua capacidade de avaliar a unidade hospitalar. No entanto, poder-se-á aqui questionar se as autarquias não poderão assegurar essa função de acompanhamento e de intervenção no seio das organizações prestadoras de serviços de saúde enquanto representantes do interesse das populações, representação essa que lhes foi delegada pelo voto.

3. O que é um hospital?

III. Outra questão deve igualmente servir de base à reflexão sobre o tema proposto. O que é o hospital? Será que existe um hospital representativo ou, pelo contrário, existem diferentes tipos de hospitais? Ainda que a posse, tipo de administração e as bases organizativas possam ser comuns, existem diversos tipos de hospitais. Podem divergir quanto à sua história e inserção na memória local, quanto à sua dimensão, quanto à diferenciação e complexidade dos meios técnicos envolvidos, devendo naturalmente ser diferentes os modelos e formas de intervenção da comunidade no seu funcionamento.

4. O acesso aos serviços de saúde

Um dos problemas relacionados com o funcionamento dos hospitais e que tem motivado uma crescente atenção por parte da comunidade reside na existência de barreiras ao seu

acesso por parte dos doentes/consumidores, não no sentido de indisponibilidade de serviços e de inacessibilidade em termos de distância-tempo, mas no sentido da sua incapacidade de responderem à procura e satisfação das necessidades. Existem hoje, ainda que de forma desigual, no seio das organizações hospitalares, importantes barreiras ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde, quantificadas em longas listas de espera, que não têm a ver directamente com deficientes condições económicas ou físicas, dada a quase gratuitidade dos serviços prestados e localização próxima, mas com a «distância social» do hospital e dos seus profissionais a esses grupos. Alguns dos factores dela determinantes, enraízam num *deficit* de informação e de mobilidade no interior do sistema burocrático-administrativo, mais permeável no seu acesso a redes de influência de carácter pessoal, profissional e de tipo informal.

Esta forma de inacessibilidade aos serviços de saúde é ainda mais injusta porque afecta os mais pobres, os menos instruídos, sendo de amplitude e incidência desconhecidas, porque escapam completamente aos sistemas de informação mais comuns. Será que as organizações de base comunitária, ao serem integradas nas estruturas de administração hospitalar, poderão representar e defender os interesses destes grupos sem voz, incapazes de se organizarem directamente ou através de instituições deles representativas?

5. As mudanças necessárias

IV. Por último, quero acrescentar, para além do que foi referido sobre algumas condicionantes, na base das quais se tem desenvolvido um crescente desejo social de «entrar» nos hospitais, que a eficácia da participação da comunidade nos serviços de saúde, independentemente do modelo institucional e organizativo que vá suportá-la, exige que algumas

mudanças sejam feitas, algumas delas ultrapassando as simples organizações hospitalares.

Em primeiro lugar, é necessário reorientar a investigação e análise do sistema de saúde para as unidades de saúde, no sentido de avaliar os diversos modelos e formas de gestão, as relações que se estabelecem entre os múltiplos agentes presentes, avaliando o funcionamento e a sua *performance*. Este novo «olhar» transforma o hospital no objecto central de análise, assim como as suas múltiplas relações internas e externas, incluindo aqui as estabelecidas com a comunidade.

É igualmente importante que os hospitais desenvolvam uma cultura de instituição, substituindo o actual vazio, não pelo modelo, defendido por alguns, de *marketing* comercial, mas pelo *marketing* institucional. É necessário desenvolver uma nova cultura hospitalar orientada para o interesse colectivo, baseada na abertura e transparência, chamando os cidadãos a conhecer, acompanhar e intervir no funcionamento e administração destas organizações, consideradas de interesse superior. Para tal os hospitais deverão consolidar duas áreas determinantes para o sucesso deste novo modelo: o desenvolvimento de mecanismos e processos regulares de auto-avaliação, que os relatórios de actividades e contas anuais não substituem, assim como a formação contínua de *todos*, repito, de todos os seus recursos humanos.

Por último, também se entende que é necessário que ocorram transformações estruturais no sistema de saúde português com relevante impacto nos hospitais, nomeadamente: a separação no Estado das funções de prestador e financiador das unidades hospitalares; a autonomia na organização e gestão dos hospitais; a implementação de novos modelos de financiamento; o desenvolvimento de mecanismos de discriminação positiva ao nível do apoio público aos investimentos; finalmente, uma real descentralização para as regiões de funções consideradas essenciais para um melhor desempenho do sistema de saúde, em geral, e dos hospitais, em particular.

Constança Paul*

«Levei-o ao hospital. Assisti, assim, a uma das primeiras consultas do banco, apressadas, quase brutais, em que toda a gente tinha o ar de estar ali por empréstimo. Médicos, enfermeiros, funcionários, pareciam atormentados pela ideia de algum outro serviço importante e inadiável. O primo ficou internado, sob a tremenda suspeita de um cancro na bexiga. Visitava-o diariamente, embora nada tivéssemos a dizer um ao outro. Ele não tinha apetite, secava como uma árvore desfolhada. Encarreguei um enfermeiro de lhe comprar leite fora do hospital.

Pela primeira vez sentia-me misturado nesse ambiente. As horas ali à beira do primo Lucas revelavam-me o interior de um mundo que até aí servia apenas de ilustração das teorias aprendidas. Um mundo trágico e nojento. Ali os nossos pulmões sorviam doença. Um ar salobro, uma luz amarela. Fístulas horrendas, rostos tremendamente resignados ou ansiosos, urinas grossas, gemidos em bocas escuras. Macarrão

* Psicóloga, professora de Psicossociologia Médica, ICBAS, UP.

no fundo dos pratos, branco empastado repelente. E tudo isto cheirava. Um odor que ia das narinas ao estômago, contorcendo-o de nojo. Dantes entrava ali com um ar afadigado e breve dos mestres. O ambiente satisfazia a nossa vaidade profissional. Tudo isso agora tinha um significado humano. Dores e chagas atormentando homens, como eu, e não curiosas entidades clínicas. Causavam pena, respeito e repulsa física.» [Fernando Namora (1949, 44-45), *Retalhos da Vida de Um Médico*, Lisboa, Editorial Inquérito, L.^{da}]

1. O modelo da biomedicina e a desumanização dos serviços de saúde

Ao reler o livro de Fernando Namora, *Retalhos da Vida de Um Médico*, não posso deixar de considerar que a actual desumanização dos hospitais é seguramente muito menos desumana do que era há quase meio século. Aumentou a eficácia dos cuidados, melhorou a hospedagem dos utentes e, se não há a desejável personalização de cuidados, há uma massificação de prestação de cuidados de saúde que, embora insatisfatória, é seguramente positiva.

Começo por sublinhar que a presente ruptura do modelo de saúde corresponde à falência de um modelo de gestão e política de saúde, mas também à falência do modelo teórico subjacente ao próprio conceito de saúde e doença. O actual sistema assenta num modelo biomédico, com uma ênfase exclusiva no tratar a doença, privilegiando a medicina das especialidades e, na sequência disso, prestando pouca ou nenhuma atenção à pessoa como um todo. A biomedicina é a expressão máxima do dualismo cartesiano, em que a mente surge separada do corpo e em que este é visto como o objecto de conhecimento, sujeito a leis universais e cujas disfunções têm causas que, quando removidas, permitem que se restabeleça o bom

funcionamento da *máquina*. A metáfora do corpo como máquina é a mais usada pela medicina actual, quer no seu discurso oficial, quer leigo, num discurso que constrói a própria desumanização da *cadeia de produção*, onde entra o *corpo-máquina* para reparação de algum sistema, ou remoção de *peças*. É este o modelo predominante ou exclusivo, adoptado nas várias escolas médicas e de enfermagem. É no hospital central que toda a educação médica e de enfermagem é feita, centrada na doença aguda, e não nos doentes.

Mas é a falência deste modelo teórico que quero referir. Recentemente, a doença é considerada um produto da interacção entre um agente, um hospedeiro e o meio-ambiente, donde todas as doenças, mesmo as infecções, têm causas múltiplas. A susceptibilidade geral à doença varia com os grupos sociais, estando relacionada com a classe social, as experiências anteriores, estilo de vida e comportamento dos indivíduos. Isto aponta para a necessidade de mudanças políticas e sociais para modificar as experiências de saúde nos diferentes grupos. O modelo actual de abordagem da saúde e doença liga-a ao comportamento e estilo de vida dos indivíduos e é incompatível com uma ênfase exclusivamente centrada nos hospitais e no tratar a doença aguda.

Esta perspectiva coloca-nos de imediato face a problemas de duas ordens, o modelo de sistema de saúde que inclua as valências de prevenção primária e apoio de retaguarda, para a convalescença ou os cuidados paliativos, para além do hospital de agudos, e o problema específico do hospital como um dos pilares do próprio sistema de saúde.

A formação dos vários tipos de profissionais que trabalham na saúde, com especial destaque para os médicos e os enfermeiros e a pensar nos diferentes serviços de saúde que o sistema comporta, assume uma importância capital para a eficácia e humanização do sistema, a par das necessárias reformas políticas e de gestão.

2. Formação dos recursos humanos

Actualmente, não há treino de competências de comunicação nas profissões médica e de enfermagem, que tanto exigem em termos de capacidade de relações humanas na vertente verbal e expressiva. Nas escolas médicas e de enfermagem é insipiente, ou inexistente, o ensino de sociologia, antropologia, economia e política de saúde que permita aos profissionais situar as suas atitudes e as dos utentes na sociedade, questionar as suas práticas e o próprio sistema e política de saúde que as legitimam e encontrar formas alternativas de abordagem dos problemas.

Enquanto se procede às difíceis reformas de fundo do sistema de saúde e se caminha lentamente nas mudanças de atitudes a nível da comunidade, podemos, de uma forma pragmática, avançar a nível da formação de todos os profissionais que trabalham nos hospitais e que serão sempre uma pedra base da execução das políticas de saúde junto dos utentes e com um importante papel «pedagógico» na desejável mudança de atitudes.

A satisfação ou insatisfação de um utente com os cuidados hospitalares depende, paradoxalmente, ou talvez não, tanto da qualidade do serviço médico como do humor do porteiro ou de um auxiliar. Ou seja, o factor «eficácia» tem vários níveis, que vão desde a acessibilidade do sistema e o seu fluxo *versus* barreiras internas, já abordado, ao acolhimento, hospedagem e eficácia de cuidados médicos propriamente ditos.

O modelo de gestão e financiamento traduz o modelo de encarar a saúde e a doença das populações e mudará em paralelo com este. As soluções globais preconizadas por Paulo Mendo ou as defendidas por Nuno Grande apontam claramente para uma mudança da ênfase do sistema de saúde baseado, quase exclusivamente, na estrutura hospitalar,

criando alternativas válidas de serviços de cuidados primários, não baseadas na medicina das especialidades, mas na medicina geral de família e reservando os hospitais para as situações agudas. Mas como restabelecer a confiança dos utentes nos serviços dos centros de saúde, alterar o crescente consumismo desta poderosa indústria de tratamentos e fármacos?

As várias frentes de reforma do sistema de saúde começam a ficar evidentes: as vertentes política e económica, alterando o financiamento dos hospitais, introduzindo a concorrência entre prestadores, encontrando formas de gestão hospitalar integradas num modelo de regionalização da saúde, que passariam a responsabilizar cada hospital pela sua eficácia junto das entidades regionais e da comunidade em que se inserem e, simultaneamente, cuidar da vertente de formação de todos quantos trabalham nos hospitais, com diferentes níveis de responsabilidade, visando a recuperação da *dimensão cuidativa* na prestação de serviços de saúde, a par de uma crescente eficácia técnica.

PARTE II
OUTROS CONTRIBUTOS

CD25A

CD25A

Arnaldo Silvestre Mallmann*

A proposta cooperativo-comunitária UNIMED no atendimento à saúde

O atendimento à saúde tem apresentado crescentes problemas na grande maioria dos países ocidentais, sejam ricos ou pobres.

Na Europa o estado de bem-estar social permitiu que as actuais gerações gozem de padrões de atendimento médico-hospitalar jamais sonhados por seus pais ou avós.

No entanto, diversos motivos, entre eles o envelhecimento da população e os crescentes custos de medicina, têm levado os sistemas públicos de saúde à falência.

Também nos países da América, a provisão da saúde à população está a passar por profundos questionamentos e transformações. Neste continente, porém, existe a agravante de em países como o Brasil o sonho de um atendimento universal, sofisticado e custeado unicamente pelo Estado

* Director para os Assuntos Internacionais UNIMED do Brasil.

dever ser abandonado sem jamais ter sido atingido. Novamente os custos médico-hospitalares se mostram incompatíveis com a renda da população.

Estas dificuldades, embora tenham crescido no período mais recente, têm uma longa história. A UNIMED surgiu em 1967, por iniciativa de 21 médicos liderados pelo Dr. Edmundo Castilho, como uma reacção à crescente mercantilização e à degradação da qualidade do atendimento médico oferecido à população. No entanto, o Estado, ao mesmo tempo que trazia para si o atendimento médico antes suprido pelas comunidades isoladamente segundo as suas posses, permitia que as empresas de medicina privada prosperassem.

O argumento para a estatização era, como ainda o é o de oferecer acesso ao atendimento médico-hospitalar, universal e com qualidade uniforme. Como isto se mostrou impossível, abriu-se espaço para que empresas de medicina com interesses puramente comerciais prosperassem, explorando tanto médicos como pacientes.

A UNIMED organizou os médicos e atendeu aos interesses dos pacientes, o que lhe permite contar hoje com mais de 80 000 médicos cooperantes, que atendem mais de 10 milhões de usuários dos seus serviços em todo o Brasil.

Isto foi possível porque os médicos, organizados em 320 cooperativas espalhadas pelo Brasil, têm a capacidade de conhecer os seus usuários, as suas necessidades médicas e capacidades de pagamento, aproximando as possibilidades de tratamento à realidade de renda local.

Para isso, os médicos devem controlar os seus custos sem, é claro, sacrificarem outros, pois, se de um depende o resultado da sua cooperativa, de outro depende a existência de usuários.

Esta acção dos médicos é local e também comunitária, mas a UNIMED percebeu que, isoladamente, não é suficiente para assegurar um atendimento a todos os que gostaria.

Os médicos são um dos pilares da assistência médica e a sua colaboração é essencial. Mas dois outros pilares, pacientes e hospitais, também devem ser organizados, pois a estatização e a comercialização da medicina causaram-lhes muitos males.

No pilar dos hospitais, o modelo tradicional de assistência médica no Brasil, resultado da grande herança trazida por nossos pais portugueses, esteve historicamente baseado na benemerência. As forças vivas de cada comunidade mantinham o seu hospital através de contribuições e doações voluntárias. Ainda hoje no Brasil cerca de 65% dos leitos são filantrópicos e de caridade. Os trinta anos de excessiva estatização da medicina, no entanto, prejudicaram esses hospitais, que ficaram habituados a receberem verbas públicas e a facturarem procedimentos médicos, como se o Estado fosse o grande cliente e sustento, e não a comunidade onde estava inserido.

Isto também comprometeu o outro pilar da medicina, os pacientes organizados em comunidade, pois eles desobrigaram-se de sustentar os seus hospitais quando o Estado tudo passou a suprir.

A Constituição brasileira de 1988 estabelece que o atendimento à saúde deve ser universal e baseado num sistema único para todo o país, coordenado pelo Estado, hierarquizado e descentralizado nas comunidades. Determina também que há total liberdade para a actuação da medicina liberal e privada e que esta deve ser complementar do sistema público. Reconhece ainda as entidades filantrópicas e sem finalidade lucrativa como prioritárias para auxiliarem o Estado no atendimento à saúde: caso dos hospitais de benemerência e cooperativas.

Mas como viabilizar tal sistema e superar os vícios acumulados?

A UNIMED entende que só a acção conjunta dos três pilares, hospitais, médicos e usuários, agindo como um tripé,

com a colaboração do Estado, pode recuperar o atendimento à saúde.

Nisto se baseia a proposta de acção comunitária que a UNIMED está a implantar.

O conteúdo médico do atendimento deve ser comum, pelo que todos os recursos do Estado devem ser mantidos para permitirem a igualização de serviços entre as comunidades mais pobres e mais ricas.

Mas os pacientes devem deixar a posição de passividade na qual estiveram nos últimos anos e organizar as suas próprias cooperativas de usuários, que definem as suas necessidades e padrões de atendimento médico-hospitalar. Essas cooperativas auxiliam na execução e gestão dos serviços e organizam a comunidade para contribuir para a sustentação do seu hospital local. Dessa forma passam a ter interesse no sucesso e no custeio daquelas entidades.

O hospital de benemerência, por seu lado, tem a sua capacidade de atendimento recuperada, inclusive para receber os totalmente desprovidos de recursos, o que tem sido cada vez mais difícil de realizar hoje em dia, isto porque torna a ter o apelo de recursos da comunidade, via cooperativa, e torna a receber pagamento adequado pelos serviços que prestar, o que não é cumprido pelo Estado.

A cooperativa de médicos oferece o trabalho dos seus profissionais às cooperativas de usuários e pode assegurar um atendimento ético e de qualidade, o que é não possível no serviço público.

Dessa maneira, pacientes, médicos e hospitais estão juntos, definindo os serviços a serem oferecidos. Estão também a partilhar e a controlar os custos da medicina, única forma de reduzir os absurdos desperdícios hoje comuns em todos os cantos.

Maria José Nogueira Pinto*

1. Cuidados de saúde primários. Enquadramento actual

Centro de saúde nacionalizado

Trabalho igual salários iguais	Desumanização da relação médico/ doente.
Número fixo de utentes	
Assegura-se o trabalho por imposição de escolha do médico	Perda de confiança no médico e nas estruturas
Longas listas de espera, cujo fim úl- timo, na maioria dos casos, é re- duzir o médico a escriba	Ida dos utentes para o centro de saú- de de madrugada, sem local em que se recolham das condições climatéricas, para consultas por vezes um mês depois.

* Jurista.

Se a relação do número médico/utentes não é das piores da Europa, a gestão de recursos inadequada, o conceito errado do sistema, a dificuldade de contacto, a sobrecarga de utentes/doentes para o horário disponível, geram um aumento de afluência aos SAP, às urgências hospitalares, transformando estes locais em centros de consulta alternativa, bloqueando-os e pervertendo-os.

O recurso à medicina privada aumenta também em consequência desta conjuntura, elevando-se os custos directos do doente de forma desnecessária. Optar pelo consumo de cuidados de saúde puramente privados não deve depender da má qualidade e inoperância do sistema de saúde de que o utente depende.

O aumento dos problemas de saúde na terceira idade traduz-se num acréscimo de consultas, medicação e cuidados auxiliares.

A nível cárdio-vascular não há preparação adequada de seguimento de retaguarda extra-hospitalar.

Na área ortopédica recorre-se à solução da fisioterapia, com os custos conhecidos, criando dificuldades de acesso geral, lesando quem de facto com urgência necessita dela.

O seguimento especializado em ambulatório não existe, deixando à medicina privada ou às estruturas hospitalares, sobrecarregadas, a tarefa do seguimento destes doentes, gerando maior inoperância.

2. Cuidados diferenciados. Estrutura hospitalar

A ausência de cuidados primários bem estruturados e funcionantes leva a uma centralização de cuidados na área hospitalar a nível dos serviços de urgência e do ambulatório. Assim, os hospitais realizam urgências que, na grande maioria, deviam ser-lhes alheias e fornecem cuidados em

consulta externa que deveriam estar fora do âmbito hospitalar.

A diferenciação dos cuidados com filtragem adequada permitirá aos hospitais o reposicionamento da sua actualção.

Para isto contribuirá a reformulação, já falada, dos cuidados primários, bem como a inserção de especialistas no ambulatório extra-hospitalar.

A esta dinâmica tem de estar subjacente a existência de vias de comunicação entre hospital e cuidados primários. Assim, as unidades hospitalares terão sectores de articulação por comunicação estabelecida com quem está instalado (especialidades e clínica geral) no ambulatório. Esta comunicação baseia-se no intercâmbio científico e de drenagem de doentes — o internamento e a alta.

As diferentes unidades de saúde públicas deverão ter um regime jurídico que lhes permita uma gestão empresarial, único modo de poderem, de forma equitativa, competir com os prestadores privados.

Assim, a caracterização dos hospitais como pessoas colectivas dotadas de autonomia administrativa e financeira é desde logo impeditiva dessa competitividade nas principais áreas, como o planeamento estratégico, recursos humanos, infra-estruturas e equipamentos, aquisições, etc.

É, pois, imperativo criar condições, nomeadamente de enquadramento jurídico, para a prática da medicina privada no âmbito dos hospitais públicos de forma efectiva.

A gestão privada das unidades públicas de saúde pode ser uma das formas de transferência, numa fase de transição, para o sector privado de parte da função prestadora do Estado. Contudo, afigura-se mais razoável que à gestão se associe o planeamento, construção e equipamento da unidade. Já não se concorda com o recurso ao contrato de gestão como forma de suprir as deficiências da gestão pública, as quais,

como se sabe, se devem fundamentalmente a um enquadramento jurídico que deve ser alterado.

A nível da estrutura hospitalar é de implementar a actual tendência para a criação de departamentos com responsabilidade própria e a gestão de recursos (a nível material e humano). A responsabilização só é possível se a responsabilidade passar pelo recrutamento e pelo modo de gerir.

Os recursos das unidades hospitalares através dos seus departamentos passarão pela rentabilidade das instalações e equipamento.

A possibilidade da realização da medicina privada a nível hospitalar é de implementar de imediato, bem como a sua adequação à concorrência com hospitais privados que venham a aparecer.

Assim, o financiamento de determinado utente pode contemplar o uso de quarto privado. Na actual estrutura, tal conceito não existe, confinando-se às estruturas privadas, que oferecem o bem-estar, mas com equipamento e cuidados aquém dos fornecidos por algumas estruturas hospitalares — o objectivo é possibilitar a concorrência entre o sector público e privado, de modo que a opção entre público e privado e enfermaria e quarto particular se faça tendencialmente por competências profissionais e coberturas de seguro.

A partir de determinado horário, as instalações passam a ser utilizadas pela medicina privada, com uma retribuição percentual ao departamento respectivo, que, por sua vez, pagará determinado valor à unidade hospitalar. Permite-se, deste modo, beneficiar proporcionalmente os departamentos mais produtivos desta área.

A utilização de meios auxiliares de diagnóstico será estruturada de forma semelhante, definindo-se quem e onde os executa. Fideliza-se o profissional de saúde à sua unidade hospitalar.

O pessoal de enfermagem a utilizar na área privada será da escolha da parte médica que preste os cuidados.

A nível de cada unidade hospitalar, os recursos obtidos são reutilizados na melhoria permanente de instalações e tecnologia. Os recursos retidos por cada departamento terão uma utilização norteada pelo espírito de melhoria permanente dos cuidados a prestar.

A nível das estruturas hospitalares privadas, toda a concepção pertencerá a quem gerir. Terão, no entanto, de contemplar directrizes do tipo de cuidados (valências, unidades, departamentos) e um investimento anual mínimo para assegurar a qualidade mínima exigida.

O utente, seja qual for o seu esquema de financiamento, terá acesso à estrutura hospitalar pública ou privada (urgência, consulta ou internamento) com a qual o seu financiador tenha acordado.

Um facto aceite pela generalidade dos agentes de saúde é o de que o elevado e desproporcionado nível de endividamento dos hospitais e outros centros prestadores de cuidados de saúde contribui de forma muito negativa para o funcionamento do sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal.

As razões são mais do que sabidas, mas importa, uma vez mais, proceder à sua explicitação. Em primeiro lugar, deve notar-se que a natural relação entre fornecedor e consumidor se encontra invertida. Dado o elevado volume de compras efectuado pelo sector de saúde nacional, o poder de mercado deveria estar, naturalmente, do lado do comprador. A existência de um endividamento elevado e disperso leva a que o poder de mercado se encontre.

Assim, na prática da medicina no ambulatório a nível do conceito de médico de família deve mudar-se radicalmente a lista para:

- Humanizar a relação;
- Recuperar a confiança;

Livre escolha do médico pelo utente;
Consequente diferente remuneração do médico.

O espírito do médico de família não pode ser regido por horário funcionalizado, mas de acordo com as solicitações de que é alvo, terminando com listas de espera desadequadas e tentativas de acesso desde a madrugada.

Assim, ele deve estar disponível para os seus utentes, o que implica uma remuneração por acto médico.

Só assim os centros de saúde constituirão um suporte adequado às solicitações, não sobrecarregando indevidamente as urgências.

A actual centralização no centro de saúde de todos os recursos aglomera-se excessivamente, com a desumanização consequente, pelo que, tendencialmente, essa prestação de cuidados ambulatoriais deveria ser implementada em locais com menor número de médicos.

Não é possível manter a actual gestão de espaços por períodos predeterminados de horas. Daí que as estruturas de futuro sejam rentabilizadas de modo diverso. A disponibilidade quase global implica gabinetes disponíveis para a prestação de cuidados.

Impõe-se, assim, evoluir para uma organização e gestão convencionada ou privada dos centros de saúde, assente em grupos organizados de profissionais de saúde.

As actividades de saúde pública devem ser remuneradas de uma forma fixa, não devendo ultrapassar as oito horas/semana. Nestas incluem-se actividades desde a saúde materno-infantil, saúde ocupacional, etc.

Neste enquadramento é fundamental a existência de especialistas na área do ambulatório, integrando, apoiando e formando o grupo em que estão inseridos.

Terão períodos a definir em função da dimensão do centro de saúde (isto é, número de utentes e médicos), onde este não deverá orientar-se por área nas consultas, mas pelo crité-

rio de escolha (só serão pela residência as consultas de prevenção da iniciativa da estrutura de saúde), que redefinirá a sua dimensão conforme as solicitações, quer nas especialidades, quer na clínica geral.

Conforme a dimensão, poderá um especialista dar apoio a dois, três ou quatro centros de saúde.

As especialidades a existir numa primeira fase:

Pediatria;
Ginecologia/obstetrícia;
Ortopedia;
Cardiologia.

Deverá haver uma ligação estreita, a definir, com os serviços ou unidades hospitalares para contacto mais diferenciado em termos de exames auxiliares/internamento.

Sem prejuízo das estruturas atrás citadas, que têm por objectivo não só os cuidados médicos de âmbito curativo, mas também todos os inerentes à medicina preventiva, poderão os médicos de determinada especialidade associar-se para fornecimento de cuidados médicos na área da especialidade em que se inserem afectos aos fornecedores, o que prejudica não só directamente o funcionamento do sistema de saúde, mas também os utentes e financiadores em geral. Em segundo lugar, o endividamento perante os diversos fornecedores encontra-se disperso por várias instituições, o que prejudica, naturalmente, um processo de negociação, já que o conhecido «dividir para reinar» tem aqui uma aplicação natural. Finalmente, a existência de um elevado endividamento, a que não se encontra associada uma taxa de juro explícita, faz com que esta apareça de modo implícito muito naturalmente incorporada nos preços de aquisição dos bens.

Esta situação tem de ser alterada. Por um lado, há que, urgentemente, sanear a situação presente e, ao mesmo tem-

po, desencadear as alterações institucionais, e outras, que sejam necessárias para que, uma vez saneada a situação, de futuro ela não venha a repetir-se.

O saneamento da situação passa pela centralização das dívidas numa única instituição e pelo seu refinanciamento, utilizando para tal os mecanismos que o mercado oferece. Entendemos que tal seria possível através da centralização das dívidas num instituto de gestão financeira da saúde. Seguidamente seria emitida por esse instituto dívida titulada e garantida pelo Estado. A adopção deste mecanismo iria permitir a amortização total da dívida perante os fornecedores e, ao mesmo tempo, um pagamento de uma taxa de juro explícita pelas situações geradas no passado, que se estima como sendo inferior à que actualmente se encontra a ser paga, directa ou indirectamente.

Mário Pinto*

Algumas notas sobre gestão hospitalar e o sistema de saúde.

1. Diagnóstico

A gestão hospitalar, no contexto de um serviço nacional de saúde, consiste essencialmente na afectação eficiente dos recursos disponíveis (meios) ao objectivo (fim), que é a prestação de cuidados de saúde, assegurando um elevado grau de equidade no acesso e utilização desses serviços pela população.

O sistema nacional de saúde sofre de importantes ineficiências, que têm levado a um agravamento gradual das suas dificuldades. A situação do sistema pode ser resumida da seguinte forma:

- Forte crescimento dos custos, provocado, em grande parte, pelo desenvolvimento tecnológico (novos tratamentos e exames, cada vez mais caros);

* Director, BPI.

- Reduzida produtividade do sistema, em parte provocada pela subtilização de equipamentos, o que impõe elevadas listas de espera, sobretudo nas cirurgias;
- Necessidade de controlar os aumentos das comparticipações do Orçamento do Estado nas despesas do sistema, por forma a continuar a redução do *deficit* público;
- Risco de ruptura financeira dentro de alguns anos.

Com a configuração actual do SNS, é quase impossível gerir os hospitais públicos numa perspectiva de eficiência de afectação dos recursos, já que eles não têm de negociar com entidades financiadoras, numa base concorrencial, os preços dos serviços prestados.

Na prática, continua a prevalecer a óptica do custo histórico para estabelecer os preços futuros, o que permite a manutenção de uma «estabilidade medíocre», em que não há quaisquer incentivos à mudança.

Nos hospitais geridos por instituições privadas sem fins lucrativos, sobretudo nas misericórdias, colocam-se problemas semelhantes, já que também aí é muito difícil criar mecanismos de incentivo.

2. Princípios da reforma

Para atingir um elevado grau de eficiência na afectação dos recursos utilizados no sistema de saúde é fundamental que existam incentivos que promovam a produtividade e a qualidade na prestação dos serviços à população.

A existência e eficácia desses incentivos só é possível se existir uma oferta significativa com gestão privada, que tenha o lucro como objectivo, no contexto de um mercado o mais concorrencial possível. A procura do lucro não põe em

causa o objectivo da equidade, desde que o mercado seja concorrencial entre oferta com fins lucrativos e oferta sem fins lucrativos e seja sempre devidamente regulado pelo Estado.

As grandes linhas de orientação que se propõem para a reforma do SNS podem resumir-se da seguinte forma:

- Separação entre entidades financiadoras e entidades prestadoras de cuidados de saúde, mesmo dentro do sector público, criando uma relação adversarial que gere ganhos de eficiência e de qualidade através da negociação regular dos preços a cobrar pelas entidades prestadoras às entidades financiadoras;
- Distinção, ao nível do financiamento do sistema, entre utentes com recursos, que deverão ter uma participação importante no custo dos cuidados de saúde que recebem, e utentes sem recursos, que deverão ter acesso a cuidados tendencialmente gratuitos;
- Descentralização nas estruturas públicas de financiamento e de prestação de cuidados, admitindo, inclusivamente, que entidades de regiões diferentes possam concorrer entre si na prestação de determinados serviços;
- Estabelecimento da possibilidade do *opting-out* pelos beneficiários, transferindo-o para sistemas privados de assistência na doença;
- Atribuição de um papel fundamental à iniciativa privada no sector da saúde e forte estímulo à concorrência entre entidades prestadoras, públicas e privadas;
- Inclusão do custo do capital (instalações e equipamentos) na determinação dos preços a cobrar pelos hospitais públicos às entidades financiadoras, evitando, assim, distorções na concorrência com hospitais privados;

- Redução do papel do Estado para uma função basicamente reguladora e de controle da qualidade do sistema;
- Criação de incentivos à produtividade e à qualidade dentro dos hospitais do SNS;
- Criação de incentivos à optimização da precisão médica, introduzindo, dentro do possível, uma análise custo/benefício nos tratamentos e exames mais caros.

3. Dificuldades previsíveis

Espera-se que a implantação de uma reforma nos termos descritos seja bastante difícil devido a problemas de diversa natureza:

- Presença de interesses corporativos («máquina» da administração pública, profissionais de saúde, indústria farmacêutica, outros fornecedores do sistema), que tenderão a fazer oposição às medidas que ponham em causa direitos ou privilégios adquiridos;
- Inércia do sistema como um todo, que impede uma adaptação rápida aos princípios da reforma;
- Falta de sensibilidade de grande parte dos profissionais de saúde para a necessidade de uma gestão eficiente e, sobretudo, para os comportamentos e métodos que dessa gestão decorrem;
- Falta de sensibilidade da opinião pública para a necessidade da reforma, já que estamos perante um bem público em que as preferências são mal reveladas; há geralmente a noção de um terceiro pagador, o Estado, esquecendo-se o facto de que quem paga são os próprios contribuintes;
- Problema politicamente muito sensível, propício à demagogia.

4. Gestão privada dos hospitais

A reforma proposta assenta, em grande medida, na concorrência e na participação do sector privado no sistema de saúde, como forma de promover a eficiência na afectação dos recursos disponíveis, sem pôr em causa a equidade.

A rede de hospitais existente em Portugal (que inclui hospitais públicos, das misericórdias, das ordens religiosas e de investidores privados), se utilizada de forma eficiente, tem na maioria das regiões capacidade instalada suficiente para fazer face à procura.

Não parece ser de esperar que investidores privados estejam interessados em construir novos hospitais de média e grande dimensão para poderem concorrer com o quase monopólio do sector público, pois poderiam estar a criar um excesso de capacidade instalada no sector.

Nos casos pontuais em que a oferta ainda seja insuficiente, poderão ser criados incentivos para a construção de novos hospitais ou para a reconversão e cessão de exploração de hospitais das misericórdias, em muito casos encerrados ou a funcionar de forma insuficiente.

Nos outros casos, parece ser de dar especial importância ao alargamento da experiência de gestão privada dos hospitais públicos (à semelhança do que está a ser feito no Hospital Amadora/Sintra, ficando o Estado com o papel de controlar de forma apertada o cumprimento dos contratos celebrados).

Esta solução permite ao Estado (directamente ou através das futuras entidades financiadoras autónomas):

- Negociar condições que reflectam ganhos de eficiência e de qualidade na gestão dos hospitais e nos serviços que prestam à população;

- Usar os preços praticados pelos hospitais privados (ou geridos por privados) como referência para o estabelecimento de objectivos de produtividade e eficiência nos hospitais públicos;
- Saber com antecedência quanto vai gastar com cada hospital (evitando os desvios orçamentais que se verificam por vezes nos hospitais públicos);
- Diminuir o seu envolvimento na gestão directa da actividade dos hospitais, dedicando-se mais à regulação do sector (controle da actividade dos hospitais, assegurando o cumprimento do objectivo de equidade) e aos problemas do financiamento do sistema.

CD25A

Notas finais

O tema que reuniu uma série de personalidades, de uma forma ou de outra ligadas à problemática da saúde, no Encontro de Coimbra foi a ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS NA SUA RELAÇÃO COM A SOCIEDADE e o seu motivo próximo foi a constituição e operacionalidade do conselho geral do hospital.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 19/88, o quadro de gestão hospitalar prevê a existência de um conselho geral, como órgão de participação e consulta, composto por: (a) uma individualidade a nomear pelo ministro da Saúde, que será o presidente do conselho geral; (b) um representante de cada uma das assembleias municipais dos quatro concelhos onde resida o maior número de doentes internados no hospital durante o ano civil anterior ao da designação; (c) um representante da associação ou liga dos utentes ou amigos do hospital, quando exista; (d) um representante do respectivo centro regional de segurança social; (e) um representante das santas casas da misericórdia da área de influência do hospital; (f) um representante da respectiva administração regional

de saúde; (g) um representante de cada um dos seguintes grupos profissionais: médico, técnico superior de saúde, de enfermagem, técnico de diagnóstico e terapêutica, técnico superior, pessoal de serviços de instalações e equipamento, técnico, administrativo e dos serviços gerais. As competências do conselho geral prevêm: (a) dar parecer sobre os projectos de planos anuais e plurianuais do hospital, bem como sobre os respectivos relatórios periódicos de execução; (b) apreciar as estatísticas do movimento assistencial e outros documentos que permitam acompanhar a actividade global do hospital; (c) dirigir ao conselho de administração as recomendações que julgue convenientes para um melhor funcionamento da instituição, tendo em conta os recursos disponíveis.

Como foi referido, logo no início, por Luiz Roseira, a funcionalidade do conselho geral é diminuta e a sua composição, nomeadamente a nomeação do seu presidente pelo ministro da tutela, não seria satisfatória nem permitiria uma participação responsável da sociedade civil na gestão hospitalar, o que justificava o repensar de alternativas de organização dos hospitais.

Do conjunto de intervenções que abordaram esta problemática, o sentido geral foi de desvalorização da importância deste órgão. O conselho geral não foi sequer constituído em todos os hospitais e, de qualquer forma, tornou-se evidente que para a maioria dos intervenientes a participação da comunidade na gestão hospitalar e principalmente as vantagens que daí advêm em termos da humanização dos hospitais não passam pela manutenção ou reforma do conselho geral, mas sim por mudanças estruturais mais profundas de todo o sistema de saúde.

A análise das contribuições apresentadas permite-nos fazer, por um lado, um diagnóstico da situação actual do sistema de saúde, com particular destaque para os hospitais,

e, por outro, delinear algumas das ideias-força que poderão vir a ser desenvolvidas para a mudança desejável do sistema.

Organizámos estas notas finais em duas áreas, sendo a primeira relativa ao *diagnóstico da situação dos serviços de saúde* e a segunda à *mudança de modelo de sistema de saúde*, incluindo quatro aspectos: (a) a *humanização* propriamente dita; (b) os mecanismos de compensação, como sejam as ligas de amigos; (c) a gestão hospitalar e a organização do sistema de saúde; (d) as condições essenciais para implementar a mudança do sistema.

1. Aspectos mais negativos do actual sistema

A desumanização dos serviços de saúde, quer considerada na vertente da qualidade relacional directa entre os diversos actores do sistema, principalmente no que diz respeito ao acolhimento e à comunicação e informação ao utente, quer em perspectivas mais macrossistémicas e funcionais, que incluem o acesso e trajecto dentro dos serviços de saúde e a qualidade dos próprios serviços.

O centralismo do sistema de saúde, muito apoiado no hospital, aliado a uma cultura desresponsabilizante de «função pública», a gerir orçamentos deficitários, face a uma massificação da prestação de cuidados de saúde, são os aspectos apontados como principais responsáveis por uma situação de ruptura do actual sistema.

2. Mudanças necessárias do actual sistema de saúde

a) A *humanização dos hospitais* é um problema que surge devido à ruptura financeira e de capacidade operacional

do sistema e/ou um problema de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde e dos utentes, com um sistema degradado como pano de fundo. A *humanização dos hospitais* passa por:

- 1) Formação dos recursos humanos (todos os níveis de profissionais);
- 2) Maior eficácia (diminuição das listas de espera — rapidez no atendimento — e qualidade do acto médico);
- 3) Mudanças estruturais do sistema, para que o acesso ao hospital seja triado de forma eficaz pelos cuidados primários de saúde, evitando, por exemplo, as falsas urgências;
- 4) Informação, quer geral sobre o sistema de saúde, quer particular na relação do utente com os profissionais;
- 5) Acesso ao sistema por parte das populações mais desfavorecidas, tendo em atenção os seus recursos sócio-económicos e a localização geográfica, com atenção especial para determinadas franjas da população, como os idosos;
- 6) Atendimento personalizado;
- 7) Aumento da cultura cívica, através de pequenas medidas, como otimizar a relação com as famílias dos utentes;
- 8) Ênfase no papel cuidativo em saúde, e não apenas curativo;
- 9) Redirigir a atenção de todo o sistema para os doentes.

b) Mecanismos de compensação («almofadas sociais»): participação organizada dos cidadãos através das ligas — fomentar o aparecimento de novas associações de voluntários e o desenvolvimento das ligas e outras associações existentes, ou seja, promover a «participação selectiva da comunidade».

c) *Novo modelo de gestão hospitalar*, que passa por:

- 1) Separação prestador/pagador¹;
- 2) Introdução da concorrência, nomeadamente público/privado e aparecimento de soluções como serem os médicos de família os agentes dos clientes do hospital²;
- 3) Escolha por parte do paciente³;

¹ Quer na Suécia, quer no Reino Unido, caminha-se no sentido de separar os papéis do prestador de cuidados e do financiador desses mesmos cuidados. As autoridades distritais (ou outras) compram os serviços dos hospitais concelhios ou ao Serviço Nacional de Saúde para os cidadãos, mas não controlam directamente esses serviços. Em alternativa há também o sistema de serem os clínicos gerais a gerirem a compra de serviços para os seus pacientes. Na Holanda os papéis de prestador e pagador sempre foram distintos; aqui apenas se tornaram as seguradoras, públicas ou privadas, mais activas na negociação com os prestadores de serviços de saúde, tornando-as mais selectivas e prudentes (C. Ham e M. Brommels, «Health care reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom», in *Health Affairs*, 106-119, 1994).

² Na Suécia, no Reino Unido e na Holanda o principal objectivo da reforma é a competição entre prestadores de serviços. Sob a influência do economista americano Alain Enthoven visa-se a introdução de mercados nos cuidados de saúde. Isto levou, por exemplo, à recomendação de encerramento de dez hospitais londrinos, principalmente alguns hospitais escolares, simultaneamente ao fortalecimento dos cuidados primários. Em Estocolmo, com a competição, a produtividade subiu em flecha, prevendo-se a concentração dos serviços em quatro dos dez hospitais existentes, reservando-se para os outros uma maior vocação para cuidados primários e de convalescença. Na Holanda não tem havido grande adesão às regras de competição de mercado e os contratos habituais entre os fornecedores e prestadores tende a manter-se, salvo face a restrições orçamentais, embora se preveja que tal possa começar a acontecer com o surgimento da actividade privada (Ham e Brommels, 1994, *op. cit.*).

³ A preocupação em aumentar a capacidade de escolha por parte dos pacientes é comum à Suécia, Reino Unido e Holanda. Neste último país a escolha sempre foi grande, ao contrário do que se passava na Suécia, onde só recentemente este aspecto foi implementado. No Reino Unido

- 4) Regionalização da saúde: responsabilização directa dos responsáveis locais pela gestão e financiamento autárquico e/ou regional dos hospitais; intermediação sócio-política através dos municípios e regiões; autonomia dos hospitais⁴;
- 5) Introdução de incentivos; pagamento em função dos serviços efectivamente prestados; orçamentos capitacionais de administração regional⁵;

havia liberdade de escolha do clínico geral e este também tinha liberdade para escolher o especialista a quem enviava os doentes. Recentemente, mantém-se a primeira escolha, mas a segunda já não é certa. Os clínicos gerais são os «porteiros» do sistema e a escolha por parte do paciente não é considerada prioritária, embora isso comece a ser contestado (Ham e Brommels, 1994, *op. cit.*).

⁴ Há várias maneiras de regular os mercados de serviços de saúde e em nenhum dos países, Suécia, Reino Unido e Holanda, os políticos pensaram em abandonar a regulação e o planeamento dos mercados, mas antes combinar incentivos de mercado com um conjunto de regras que guiam essa competição e a actuação em caso de fracasso, o que conduz a mercados regulados ou geridos. No Reino Unido estabeleceu-se um inquérito independente aos serviços que revê a situação, considerada em fase de transição, e faz recomendações. Processo idêntico está a ser realizado em Estocolmo. Na Holanda parece haver mais resistência ao surgimento destes mercados (Ham e Brommels, 1994, *op. cit.*).

⁵ Estes incentivos, aplicados quer aos hospitais, quer aos cuidados primários, quer aos próprios utentes, visam a melhoria do desempenho da prestação de cuidados. Este conceito liga-se à ideia de que o dinheiro segue o paciente (*money follows the patient*). Os hospitais em Estocolmo são financiados por caso desde 1992 e verificou-se um inesperado aumento de produtividade acompanhado da diminuição da lista de espera, com o risco de aumentar os gastos totais previstos. No Reino Unido a situação foi idêntica, prevendo três tipos de contrato: os contratos em bloco, os contratos de custo e volume e os contratos de custo por caso, mas, excepto nas situações em que eram os clínicos gerais a comprar os serviços para os utentes, eram os pacientes que seguiam o dinheiro ao procurarem os serviços que tinham contrato. Na Suécia criaram uma propina, a cargo do município, para pagar a ocupação das camas no

- 6) Estado com funções reguladoras: provedor do utente; o papel da saúde pública⁶;
- 7) Criação de empresas de capital misto, maioritariamente do Estado; empresas públicas com liberdade contratual;
- 8) Hospitalização domiciliária;
- 9) Criação de equipas móveis.

d) *Como implementar a mudança:*

- 1) Usar a experimentação;
- 2) Definir critérios de sucesso;
- 3) Avaliar as novas formas de prestação de serviços de saúde;
- 4) Fazer reformas graduais;
- 5) Avaliar sistematicamente a satisfação dos profissionais e dos utentes;
- 6) Avaliar externamente a qualidade dos serviços prestados.

Podemos afirmar que houve consenso relativamente à necessidade de mudança do actual sistema de saúde e à

hospital por doentes que já não estão a necessitar de tratamento agudo. Neste país há também a tendência para acabar com o clínico geral assalariado e passar a pagar aos que tivessem uma carteira de clientes suficiente (1000 ou mais) (Ham e Brommels, 1994, *op. cit.*).

⁶ A estratégia da Organização Mundial de Saúde, «Saúde para todos no anos 2000», influenciou a redescoberta da saúde pública. No Reino Unido a saúde pública ocupa um papel central no trabalho das autoridades políticas; na Suécia a saúde pública está a cargo de instituições independentes e centros académicos; na Holanda a saúde pública não está incluída no trabalho das seguradoras e são as autoridades locais que têm sido as responsáveis pela saúde ambiental, doenças transmissíveis, etc. (Ham e Brommels, 1994, *op. cit.*).

importância das ligas de amigos e outras associações de voluntários, enquanto formas de participação da sociedade, na regulação da vida hospitalar, se não na própria gestão dos hospitais.

As mudanças macroestruturais do sistema foram discutidas de forma quase exclusivamente centrada no hospital e ficaram algumas dúvidas relativas à articulação deste com os outros serviços de saúde de cuidados primários, que para alguns dos intervenientes será mesmo o aspecto central da mudança necessária do sistema de saúde, a par da mudança de paradigma que passe de uma perspectiva exclusivamente biomédica (com ênfase na especialização médica) para uma perspectiva de saúde global de cada indivíduo e das populações (com ênfase generalista).

Relativamente às mudanças do modelo de gestão, a separação prestador/pagador foi defendida pela totalidade dos gestores e economistas da saúde, bem como a introdução de competitividade concorrencial entre organizações, nomeadamente públicas e privadas de saúde. Ao Estado foi atribuído um papel de regulador do sistema, ainda que não tenha ficado clara a participação, aparentemente necessária, deste para garantir a prestação de serviços a todos os que deles necessitem.

A regionalização é ainda um tema em aberto e falta aprofundar as formas concretas de operacionalizar, quer o financiamento, quer a participação das estruturas autárquicas e/ou regionais na gestão hospitalar.



PRÉMIO Bial

1996



A Fundação Bial promove o concurso PRÉMIO BIAL 1996 visando, por um lado, galardoar as obras intelectuais escritas, de índole médica, com tema livre, por representarem uma investigação de grande repercussão, ou pela sua qualidade ou relevância científica, e, por outro lado, galardoar um tema livre de elevada qualidade intelectual, dirigido à prática da clínica geral.

As obras participantes serão apreciadas por um júri presidido pelo Professor Doutor A. Falcão de Freitas e constituído por um representante de cada Conselho Científico das cinco escolas de medicina portuguesas.

Os prémios serão:

GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA.....	15.000.000\$00
PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA.....	5.000.000\$00
MENÇÕES HONROSAS, no máximo de quatro	(cada) 500.000\$00

As obras candidatas deverão ser enviadas até **29 de Novembro de 1996** para:

FUNDAÇÃO

Bial

Rua João Oliveira Ramos, 87 - 4000 Porto - Portugal - Telef.: 5502333 - Fax: 595006

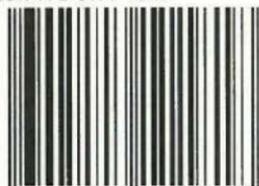
CD25A

CD25A

[...] a Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António pretendeu contribuir para encontrar um modelo de gestão hospitalar mais eficaz e mais humanizado, pelo que convidou para o ENCONTRO DE COIMBRA duas dezenas de personalidades ligadas ou interessadas nesta temática para que, em conjunto, reflectissem sobre as linhas de força a que deve obedecer um novo modelo de ORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS NA SUA RELAÇÃO COM A SOCIEDADE. Desse encontro resultou esta série de reflexões, que agora publicamos, para alargar ainda mais o debate das questões de saúde à sociedade.

LUIZ ROSEIRA

ISBN 972-8179-12-X



5 602227 111818

Apoio:

Bial



Banco Português de Investimento

PUBLICO