

O papel actual do sector social na Saúde

Alguns aspectos da História das Misericórdias, o seu presente e perspectivas futuras

Miguel Sousa Neves **Autor**

Médico, Pós-graduado em Direcção de Unidades de Saúde pelo INDEG/ISCTE

Em termos muito simples, diremos que foi D. Leonor que terá criado as Misericórdias. De facto, o início da construção do Hospital das Caldas da Rainha, em 1485, marca o início da actividade institucional, seguindo-se logo depois em 1493, com D. João II, o início da construção do Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa. A Misericórdia de Lisboa é depois fundada em 1498.

As suas características iniciais poderão ser definidas como de inspiração cristã com uma actividade polivalente e uma forma associativa de irmandade.

A Missão das Misericórdias dividiu-se, desde o seu início, em sete obras espirituais e sete corporais. Espirituais: Ensinar os simples; dar bom conselho a quem pede; castigar com caridade os que erram; consolar os tristes desconsolados; perdoar a quem errou; sofrer as injúrias com paciência; rogar a Deus pelos vivos e pelos mortos. Corporais: remir os cativos e visitar os presos; **curar os enfermos**; Cobrir os nus; dar de comer aos famintos; dar de beber aos que têm sede; dar pousada aos peregrinos e pobres; enterrar os mortos. As Santas Casas foram criadas para a prática da totalidade das obras corporais e espirituais e ainda hoje as mesmas continuam a ser consideradas como **a missão das Misericórdias**.

Praticamente desde o seu início houve sempre uma intenção integradora e coordenadora com a promoção da integração, no Hospital de Todos-os-Santos, dos pequenos e deficientes hospitais existentes em Lisboa assim como a integração na Misericórdia de cada localidade, dos estabelecimentos locais de assistência hospitalar e social.

Houve também quase sempre uma forte

preocupação técnica e administrativa com a escolha criteriosa de administradores qualificados independentemente da condição e classe social. Inclusive foram fixadas normas minuciosas, de ordem administrativa nos estatutos publicados em 1514 do regimento das capelas e hospitais “O Estatuto da Reforma” (infelizmente algumas das boas práticas iniciais foram um pouco descuradas por algumas Misericórdias nos nossos dias).

Com as Misericórdias foi criada uma Rede Hospitalar envolvendo o país inteiro que lhe fornecia estabelecimentos e serviços a funcionarem descentralizadamente mas ao mesmo tempo com actuação junto das populações interessadas e das próprias famílias dos doentes.

O nome da “Santa Casa” nasceu do povo por lhe garantir uma razoável protecção social e auxílio na doença.

Muitas Misericórdias têm vários séculos de existência lembrando, por exemplo, a data de fundação de algumas ao longo do tempo: 1498 – Lisboa; 1499 – Porto; 1500 – Póvoa de Varzim; 1597 – Esposende; 1928 – Póvoa de Lanhoso; 1995 – Gondomar.

As Misericórdias espalharam-se rapidamente, não só pelo território nacional, como também por praticamente todos os locais onde os portugueses chegaram na fase dos descobrimentos e expansão.

Havia, inclusive, um aforismo popular no tempo da expansão que dizia mais ou menos o seguinte: um português, um padrão; dois portugueses, um abraço; três portugueses, uma Misericórdia.

Há ainda espalhadas pelo mundo várias Misericórdias que funcionam de acordo com os seus objectivos primários e que realçam o carácter humanitário e social da expan-

são portuguesa ao longo dos tempos. Este tipo de estrutura de apoio social é única no Mundo e é algo que os Portugueses se devem orgulhar não só pelo seus princípios mas especialmente pela sua acção prática em prol das comunidades onde se foram inserindo.

De referir que a Misericórdia de Lisboa, a mais “rica das Misericórdias” por ter o controlo dos jogos de sorte que todos conhecemos, embora mantenha a designação social e continue a exercer extensa acção social, deixou de ser, na época do Liberalismo, uma irmandade como todas as outras. Em 1834, o governo, então presidido por Fontes Pereira de Melo, encetou um processo de nacionalização da Misericórdia de Lisboa que, desde essa data e até aos nossos dias, passou a ser um serviço público do Estado Português.

Ao longo dos tempos as Misericórdias foram sempre consideradas Instituições essenciais para um bom desempenho social da nossa sociedade.

Nos Discursos Parlamentares (1954, página 157) há uma descrição de Almeida Garrett “Temos em Portugal uma Instituição que nos honra, que tem sido louvada, invejada por todas as pessoas, que é a melhor instituição que conheço... Em nenhum país da Terra há instituição filantrópica superior nem igual...” que bem atesta o valor destas Instituições.

Há cerca de 10 anos atrás existiam 389 Misericórdias com mais de 130.000 irmãos (associados) e 15.000 colaboradores que providenciavam os seguintes serviços: 132 creches, 155 jardins de Infância; 57 centros de actividades de tempos livres, 28 internatos de menores, 190 centros de dia, 222 lares de idosos, 61 centros de apoio

domiciliário, 6 estabelecimentos de deficientes e 60 serviços diversos, cujas áreas de actuação abrangem apoio financeiro e social a famílias carenciadas e pessoas isoladas, luta contra o alcoolismo, toxicod dependência e SIDA, bem como colónias de férias.

PORQUE É QUE AS MISERICÓRDIAS, DESDE HÁ 500 ANOS, SE DEDICAM AO SECTOR DA SAÚDE?

A resposta é simples e tem a sua origem numa das sete obras materiais que manda *cuidar dos enfermos* e é ao abrigo deste princípio que, em 2011, como em 1516, as Misericórdias prestam cuidados de saúde aos cidadãos. No que respeita à actividade hospitalar, no século passado, a lei nº 2001 de 2/4/1956 criou as bases de uma organização nacional regionalizada tendo-se dividido o país em três zonas (Norte, Centro e Sul) com hospitais centrais, regionais e sub-regionais. A mesma lei foi aperfeiçoada e desenvolvida pelo decreto-lei 48357 de 27/4/68 (Estatuto Hospitalar) e decreto-lei 48358 (Regulamento Geral dos Hospitais). As Misericórdias foram englobadas, com os seus hospitais, nesta organização nacional, mantendo porém a sua autonomia administrativa. Assim, as Misericórdias detinham um hospital central (Santo António do Porto), todos os regionais e quase todos os sub-regionais. Por decreto-lei 413/71, artigo 74, os hospitais regionais passaram a denominar-se distritais... e os sub-regionais em concelhios.

Antes de 25 de Abril de 1974 as Misericórdias eram proprietárias e geriam um hospital central, 25 distritais (incluindo Braga e Viana do Castelo) e 256 concelhios (16 no distrito de Braga e 13 no de Viana de Castelo).

As principais crises dos hospitais das Misericórdias foram provocadas pelo liberalismo que nacionalizou a Misericórdia de Lisboa e mais tarde pelas intervenções “socializantes” de Abril 1974, nesta fase pelos decretos-lei 704/74 e 618/75 (houve algumas excepções a estas nacionalizações que foram por exemplo o hospital de Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses).

O decreto-lei 489/82 de 28/12 vem posteriormente permitir que os hospitais concelhios voltassem para a administração das Santas Casas, muito deles degradados e sem qualquer projecto de viabilização ou auto-sustentação sendo que alguns dos acordos com o Estado eram deprimentes no seu conteúdo. Por exemplo o valor das

consultas e internamentos eram pagos muito abaixo do valor praticado para os hospitais sob a tutela directa do Estado. De qualquer modo, o Estado sempre reconheceu a existência de um sector social onde as Misericórdias se encontravam incluídas. Há uma norma jurídica base em que o Estado de Direito Português, a Constituição da República Portuguesa acolhe (art.º 80) esta distinção nos termos formulados, isto é, que em Portugal o sector social é distinto, quer do sector público, quer do sector privado; e essa distinção é também evidente no sector da saúde porque a Lei de Bases da Saúde tem uma base própria (Base XXXVIII)



para regular a intervenção do sector social na área da saúde.

O decreto-lei 519/79 de 29/12 fixou o regime jurídico-administrativo das Instituições Particulares de Solidariedade Social

As mutualidades

O Montepio Geral é uma Associação Mutualista com cerca de 170 anos de existência, um Banco, Residências para a 3ª idade e apoio a algumas situações de doença.

(IPSS). O decreto-lei 119/83 de 25/2 vem atenuar consideravelmente a acção tutelar do Estado.

Junto da Igreja, as Misericórdias poderão ser consideradas Associações Privadas de Fiéis embora esta designação não seja de todo pacífica e tenha fomentado muitas discussões ao longo do tempo sobre o papel tutelar da Igreja em instituições que nasceram e se desenvolveram com o apoio e protecção da Igreja Católica mas cuja força e capacidade criativa residiu no facto de serem autónomas no modo como geriam as suas actividades e cujos irmãos (associados) eram personalidades que se destacavam nas comunidades onde foram estabelecidas.

“As Misericórdias são assim instituições não lucrativas, integrantes do 3º sector e praticantes de uma economia social e de solidariedade que as torna perenes e actuais e o seu universalismo de abertura a todos sem qualquer discriminação nem exclusão de raça, condição ou mesmo credo, tanto no socorrer como no ser socorrido...” (Padre Vítor Melícias no VIII Congresso Nacional das Misericórdias, 2007). No que respeita à sua sustentabilidade actual há que ter em devida conta:

- Um vasto património, mas muito variável de Santa Casa para Santa Casa;
- A cooperação com o Estado – por intermédio dos Centros Regionais de Segurança Social e da Rede de Cuidados Continuados;
- A **prestação de serviços de saúde/actividade hospitalar** que está actualmente em fase de expansão;
- A prestação de serviços directos de apoio à Comunidade.

A criação, em 1976, da União das Misericórdias, e posteriormente do Grupo de Saúde das mesmas, veio dar consistência e robustez a um projecto que se encontrava debilitado e desbaratado no espaço e no tempo.

No entanto, algumas Misericórdias debatem-se ainda com problemas inerentes à sua organização baseada em associados (Irmãos) cuja Direcção (Mesa) é votada/escolhida entre os seus pares que trabalham de forma gratuita e na medida das suas disponibilidades de tempo. Em alguns casos há um desconhecimento ou negligência para a necessidade de criação de estruturas funcionais com gestores à altura dos desafios e da complexidade organizacional do mundo em que vivemos. Palavras como “amadorismo”, “egocentrismo” e “paternalismo” são muitas vezes utilizadas para se descrever os problemas de instituições que não convivem bem com uma sociedade de informação onde tudo se processa rapidamente e os níveis de competitividade crescem exponencialmente. A Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde é, no entanto e como muitas outras, um exemplo de sucesso de uma organização de serviços à comunidade que, para além de uma vasta rede de serviços de apoio à população da região desde infantários, lares de idosos, apoio domiciliário e serviços de saúde, tem a segunda maior taxa de empregabilidade do Concelho logo a seguir à autarquia vila condense.

Na economia actual os desafios que os países enfrentam têm necessariamente a ver com a globalização competitiva e o facto do Estado Social Europeu, nascido numa época de economia crescente, estar a viver uma das suas piores crises de sempre com dificuldades económico-financeiras gravíssimas e populações cada vez mais envelhecidas.

Assim, há que repensar o papel das Misericórdias com economia social

que ajude a minorar eventuais desequilíbrios e conseqüente desagregação da estrutura social.

Mas para isso será necessário que os Governos acreditem na capacidade das IPSS e assumam sem ambiguidades nem constringimentos as Misericórdias, como “motores” de desenvolvimento estratégico no âmbito da rede social que é fundamental para que a sociedade continue a funcionar com um sentido de solidariedade inerente a uma Estado de Direito.

Os governantes terão que permitir que as IPSS possam ir criando fundos de sustentação próprios com destaque na área de prestação de serviços de saúde.



Da parte das Misericórdias será necessário **innovar** no plano conceptual e estratégico, no plano organizacional e no plano operacional (ex: exigência na selecção dos responsáveis) para que possam, hoje mais que ontem, serem verdadeiros pilares de apoio social numa altura cada vez mais difícil para todos os portugueses.

E aproveito para lembrar – salvaguardando as diferenças enormes entre dois sistemas completamente diferentes – que no *ranking* dos melhores hospitais dos Estados Unidos da América a maior parte dos lugares cimeiros são ocupados por organizações sem fins lucrativos:

1. John Hopkins Hospital, Baltimore;
2. Mayo Clinic, Minnesota;
3. Cleveland Clinic;
4. Massachusetts General Hospital, Boston;
5. UCLA Medical Center, Los Angeles;
6. New York Presbyterian University Hospital of Columbia and Cornell;
7. Duke University School of Medicine, Durham NC;
8. Barnes Jewish Hospital, University Washington, St. Louis;
9. University of California San Francisco Medical Center;
10. Brigham and Women's Hospital, Boston.

Voltando à área da Saúde que será o factor de sustentabilidade mais importante das Misericórdias, mais de 130 instituições prestam serviços de saúde em Portugal.

O próprio Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social, celebrado entre o XV Governo da República em 1996, a Associação Nacional de Municípios e as três Uniões do Sector Social (Misericórdias, Mutualidades e as outras IPSS) elege, logo no ponto 2 da cláusula 2ª, a saúde como área prioritária dessa mesma cooperação. Actualmente a actividade na área da saúde divide-se em:

- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);
- Acordo com o Estado/ARS para consultas, exames complementares e cirurgias;
- Convenções com subsistemas de saúde como a ADSE, ADM, SAMS, CGD, Ministério da Justiça e seguradoras;

A RNCCI foi criada a 6 de Junho de 2006 (decreto lei nº 101/2006) no âmbito dos

Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

As Misericórdias asseguravam há dois anos atrás cerca de 50% das camas de Convalescença, 70% de Média Duração e Reabilitação, 85% de Longa Duração e Manutenção e 10% dos Paliativos num total de cerca de 65-70% de camas da RNCCI.

A Humanização da sua actividade hospitalar, independentemente do lucro financeiro da sua actividade, é um factor decisivo nesta área da saúde. Talvez seja esta a razão porque, numa primeira fase, praticamente só as Misericórdias concorreram para a RNCCI.

E faço também aqui um parêntesis para realçar um facto que muitos se questionam quando se fala do sector social: O sector social é beneficiado porque não paga impostos?

Se lembrarmos que o imposto nada mais é que um encargo que o Estado faz incidir sobre os cidadãos (IRS) e as empresas (IRC) para participarem nos encargos gerais da comunidade onde se inserem, então os 100% do sector social não são comparáveis com os cerca de 40% de muitos cidadãos e empresas. No plano da economia, é na economia social onde se associam pessoas assim se distinguindo da economia formal, onde se associam capitais. No sector social pagam-se quotas mas não se detêm quotas, da mesma forma que não se herdiam quotas; no sector social também não existe capital social mas apenas fundo social. O sector social não visa a remuneração do capital, como no sector privado, não há lucro, mas apenas resultado positivo da actividade. Por isso reinveste no sistema todos esses eventuais resultados positivos de exploração.

O acordo recentemente celebrado entre o Estado e alguns hospitais das Misericórdias veio acabar com uma situação insustentável onde, por exemplo, as consultas de especialidade eram pagas às Misericórdias a 5,99 euros e os electrocardiogramas a 3,87 euros pelo Estado. Com este novo acordo, algumas Misericórdias passam a fazer parte da rede de cuidados do Serviço Nacional de Saúde com serviços contratualizados com as Administrações Regionais de Saúde, os quais passam a ser fiscalizados e actualizados consoante os resultados e as necessidades das populações.

As Misericórdias têm também conseguido acordos de convenção com subsistemas sendo que, em alguns casos e tendo em conta o carácter social onde se inserem, os valores pagos são inferiores aos contratualizados com o sector privado para o mesmo serviço prestado.

NO FUTURO

Para garantir a sua sustentabilidade, as Misericórdias vão ter que trabalhar cada vez mais em rede, e de uma forma dinâmica e sempre actual, com todas as instituições públicas e privadas na área da saúde procurando interesses comuns e potencializando as suas capacidades.

Isto inclui necessariamente as Autarquias e outras IPSS na busca de melhores soluções para as comunidades onde estão inseridas. As Misericórdias terão também que ir criando Pólos de Excelência em áreas de saúde específicas com investimentos na investigação, inovação e do conhecimento.

Por último relembro que:

- As Misericórdias portuguesas nasceram por associação livre de cidadãos de cada comunidade – daí a sua autonomia;
- São organizações de voluntários que têm por Missão cumprir as obras da misericórdia, ajudando os outros – a sua distinção de outras organizações;
- E terão que cumprir essa Missão pela via da gestão dos equipamentos e recursos humanos de forma inovadora e com métodos actuais de gestão – fundamento da sua sustentabilidade.

Sendo que o orçamento actual de exploração ultrapassa os 850 milhões de euros/ano e o seu “core business” presente e futuro passará por respostas melhoradas ligadas à saúde e envelhecimento.

Nota: o presente artigo foi estruturado com base em várias publicações sobre as Misericórdias.