

# Do Sistema e Prestação de Cuidado aos Direitos dos Utentes

António Marques Pinto  
Presidente da Associação dos Jovens Médicos (AJOMED)

Autor

A saúde é um recurso fundamental do indivíduo, da comunidade e da sociedade, sendo essencial que os utentes sintam que estão em segurança e ao cuidado dos melhores profissionais.

Num contexto particularmente sensível para a Saúde em Portugal como aquele que estamos presentemente a vivenciar, os profissionais de saúde necessitam de dar um sinal claro à sociedade de que estão efectivamente preocupados com o presente e futuro da saúde dos Portugueses.

A reforma do sistema, as questões éticas, os cortes orçamentais e as políticas de “racionamento” têm sido temas centrais das intervenções de muitos médicos refletindo uma crescente preocupação da classe com toda essa problemática. Mais que nunca, é necessário assumir posições claras em matérias essenciais para a vida dos profissionais e para a saúde dos cidadãos.

Por só poderem ser prestados cuidados de saúde de qualidade se o médico tiver condições para tal, torna-se necessário dar apoio directo e efectivo a projectos e acções para o desenvolvimento do campo da saúde,

além de fomentar e defender diversas temáticas, principalmente no que diz respeito à sua promoção socioprofissional. Comparando com outras áreas da economia, no sector da saúde é ainda mais significativa a necessidade de definir políticas eficazes de gestão de recursos humanos.

A teoria da autodeterminação elaborada por Richard M. Ryan e Edward L. Deci com a finalidade de responder às questões epistemológicas e éticas do paradigma eudemónico considera a saúde e o bem-estar psicológicos como consequentes do compromisso com os desafios e propósitos da vida. A base para a confiança pública está na integridade pessoal aliada a um comportamento ético. Ora, uma vez que as instituições de saúde dependem massivamente do capital humano, tem de ser dada relevância à análise das motivações dos seus colaboradores, os quais se regem pelos mais elevados princípios de conduta nas suas acções e decisões. Uma das grandes problemáticas diz respeito à vigência de sistemas de remuneração inadequados e incentivos não financeiros pouco desenvolvidos, associados

ao aumento da burocracia dos concursos para recursos humanos e para aquisições que não promovem a eficiência nem sequer a transparência.

A emigração é uma forma profícua de fugir às dificuldades, sendo também verdade que arranjar um emprego no estrangeiro possa constituir o início de uma sólida carreira internacional. Todavia, não é aceitável formar médicos para depois os exportar a custo zero para outras nações quando a sua formação ficou tão cara ao Estado que financiou, quase integralmente, os jovens clínicos. É necessário repensar todo o sistema de saúde, de modo a criar condições que sejam economicamente viáveis, sem que a qualidade do serviço às comunidades seja diminuído. Por outro lado, julgo também dever-se prestar atenção aos números clausus tendo em conta que as decisões que forem tomadas agora terão repercussões no futuro.

A Ordem dos Médicos tem chamado a atenção para o facto de os jovens médicos deverem ser activos, interventivos e exigentes. A sua mais nobre missão é a de



defender os doentes, ser a sua Voz num momento em que estes estão mais fragilizados. Têm de evitar a todo o custo que a Saúde se torne num direito de apenas alguns. Aliás, o direito à Saúde é um imperativo moral que deve ser defendido não só por todos os médicos mas também pelos restantes cidadãos, sendo óbvio que, no contexto social que se vive actualmente, se exige o envolvimento das comunidades, das famílias e dos próprios utentes, otimizando, deste modo, os recursos existentes. Só assim se cuidará do direito à saúde dos cidadãos, sem exclusão de nenhum sector. Veja-se que o sistema de saúde português é considerado um dos melhores serviços públicos do mundo. Envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Além disso é equitativo e universal e tendencialmente gratuito, colmatando a problemática da desigualdade de distribuição do rendimento em Portugal, que apresenta um dos coeficientes de Gini mais elevados da União Europeia. O país não pode perder aquele que ainda é um dos últimos motivos de orgulho nacional, o seu sistema de Saúde. Recordemos a citação de Arthur Schopenhauer, filósofo Alemão do século XIX, o qual afirmou que “O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem.”

O actual sistema de saúde português, tal como outras criações institucionais e políticas das últimas décadas resultou de um processo de aperfeiçoamento constante, sendo influenciado não apenas pelas de-

cisões governamentais, mas também pela participação e adesão das diversas forças envolvidas, das quais se destacam os profissionais de saúde e, em particular, os médicos, cujas competências de gestão em saúde tenderão a ser cada vez mais valorizadas com o passar dos anos.

A organização dos serviços de saúde sofreu, ao longo dos tempos, a influência dos conceitos políticos, religiosos e sociais de cada época. Nos dias de hoje, a importância da gestão em saúde não se mede apenas pela tendência de integração dos cuidados de saúde ou pelas pressões para a racionalização económica e organizacional das entidades prestadoras. Foi ela a responsável pela *ruptura conceptual com a metodologia organizacional até então em vigor*, pela melhoria da gestão da informação, e pela intervenção de maneira integrada e pluridisciplinar no processo de gestão das organizações de saúde. Por tudo isto, e para um melhor entendimento do nível do patamar alcançado em termos de ganhos de saúde é necessário conhecer a história da prestação de cuidados de saúde em Portugal e no Mundo.

Os primeiros sistemas de saúde organizados surgiram no século XIX devido à necessidade de diminuir as perdas de produtividade causadas por doença. Graças ao chanceler Otto Bismarck, a Alemanha implementou o *Welfare State* (Estado Providência), através da promulgação dos primeiros seguros sociais obrigatórios, cobrindo a doença, os acidentes de trabalho, a invalidez e a velhice, a par de legislação mais específica sobre condições de trabalho. Em seguida, deu-se a generalização dos sistemas *bismarckianos* a diversos paí-

ses como a Inglaterra em 1911, aos países escandinavos com forte implantação dos partidos sociais-democratas (Noruega, Suécia, Dinamarca) e, mais tarde ainda, a França com o Governo da Frente Popular e aos Estados Unidos da América (EUA) com o *New Deal* do presidente Franklin Roosevelt. Essas resoluções tomadas pelos governos de então foram, pelo menos em parte, motivadas por razões políticas ligadas à manutenção ou conquista do poder, preocupando-se em assegurar uma certa estabilidade social face às brutais transformações desencadeadas pela industrialização e triunfo do capitalismo. Simultaneamente, dava-se a afirmação da vocação do hospital como instituição de saúde e produtora de cuidados tecnicamente diferenciados, levando ao desenvolvimento da hospitalização pública que mais tarde estaria na origem de sistemas de saúde de tipo universal, nos países do Norte da Europa. Em Inglaterra, o Beveridge Report – “Social insurance and allied services”, que é apresentado em 1942 ao parlamento propondo um serviço de saúde universal “do berço à sepultura” está na origem do *Welfare State* inglês. A publicação no imediato pós-guerra do *National Health Act* possibilitou a criação, em 1948, do National Health Service (NHS), sistema de saúde universal, com serviços gratuitos, assente em centros de saúde públicos, com profissionais assalariados, ligados a hospitais locais. O NHS foi a referência internacional que inspirou a criação do actual Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, sendo que no entanto essa realidade portuguesa é relativamente recente.

Em Portugal, o início da organização dos

serviços de saúde pública foi impulsionado por Ricardo Jorge com o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública em 1901, sendo que a prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos mais desfavorecidos. Só em 1946, com a criação dos serviços médico-sociais das Caixas de Previdência, o país passa a adoptar um sistema *bismarckiano*, à semelhança do que já se tinha passado em muitos países. Com a criação do Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos

n.º 56/79, que é criado o SNS, dotando-o de autonomia administrativa e financeira e de uma organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais. Desde então foram muitos os Decretos-Lei e Despachos Normativos que aos poucos foram contribuindo para a obtenção de um sistema de saúde com características *beveridgianas*, como o que temos hoje.

Em consequência das restrições orçamentais na grande maioria dos países desenvolvidos, as organizações do sector hospitalar

financeiros e implementou mecanismos de gestão privada, apresentando duas diferenças fundamentais face aos restantes hospitais do SNS: contratos individuais de trabalho e maior flexibilidade nas relações de aprovisionamento. Essa metodologia foi alargada à ULS de Matosinhos em 1999 e ao Hospital do Barlavento Algarvio em 2001. Estas experiências estiveram na origem da empresarialização dos hospitais que se deu em Dezembro de 2002 com a criação de 31 hospitais S.A., os quais a partir de 2005, fruto da aprovação de um novo modelo de



Hospitais em 1968, as instituições hospitalares e as carreiras da saúde são objecto de uniformização e regulação, mas o esboço de um SNS surge apenas em 1971 com a Reforma de Gonçalves Ferreira. Foi então reconhecido o direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurá-lo através de uma política unitária de saúde, integradas todas as actividades de saúde e assistência, introduzido o conceito de planeamento central e descentralização na execução, e criados os “centros de saúde de primeira geração”.

**A pedra basilar é a** aprovação da nova Constituição em 1976, cujo artigo 64.º dita que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde, direito esse que se efectiva através da criação de um sistema nacional de saúde universal, geral e gratuito. Para tal, incumbe prioritariamente ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos (independentemente da sua condição económica) aos cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país, mas é só em 15 de Setembro de 1979, através do Decreto-Lei

têm sido alvo de reformas orientadas para a melhoria da eficiência e do desempenho. O *taylorismo* (gestão científica) tem cerca de um século mas teve a sua origem no sector industrial e só mais tarde foi adaptado aos serviços de saúde. É principalmente depois da II Guerra Mundial que os hospitais tendem a seguir o modelo de gestão empresarial e a criar a figura do *Chief Executive Officer* (CEO), a despeito da manifesta preocupação com a profissionalização e instrução de administradores hospitalares remontar já à década de 1920 em países como os EUA. Em Portugal, esse fenómeno foi mais tardio, tendo sido embrionário no contexto da reforma do sistema de saúde de 1971 e da modernização da sociedade e economia portuguesas. No entanto, “experiências concretas” em termos de gestão só se irão perpetuar anos mais tarde. A primeira, em 1995, diz respeito ao Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), o qual foi objecto de concessão de gestão por contrato a uma entidade privada. Por sua vez, o Hospital de São Sebastião, criado em 1998 em Santa Maria da Feira, instituiu um sistema de incentivos

gestão hospitalar aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde, deram expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (E.P.E.). Esta nova personalidade jurídica surge com o objectivo de facilitar a introdução de modelos e técnicas da gestão privada nos então recém-criados hospitais-empresa. Os hospitais tiveram por isso um papel de protagonismo nestes processos de mudança, se bem que a conceptualização actual de gestão em saúde já não seja de todo hospitalocêntrica.

Eficiência não significa gastar menos, mas gastar melhor. Segundo Maynard, “A finalidade de um comportamento eficiente não é apenas reduzir custos. Se fosse, o comportamento mais eficiente seria o de não produzir, pois nesse caso os custos seriam zero.” Muitos estudos apontam para ganhos de eficiência associados à mudança das regras de gestão mas apresentam diferenças metodológicas marcadas. Por isso, a investigação sobre a efectividade da introdução de tais modelos e técnicas de gestão é ainda insuficiente para afirmar que essa metodologia esteja a proporcionar efetivas

melhorias no desempenho. Só estudos mais aprofundados poderão comprovar se de facto o modelo empresarial é diferenciador pela positiva.

Em gestão e economia da saúde é importante pensar em termos marginais, isto é, nos acréscimos de custo e nos acréscimos de benefício/efeito que estão associados a determinadas intervenções. Assim, deverão efetuar análises comparativas das várias opções utilizando-se diferentes tipos de avaliação económica: análises de minimização de custos, custo-benefício, custo-efectividade (Rácio Custo-efectividade e Rácio Custo-efectividade incremental) e custo-utilidade. Nesta última em particular, os benefícios são medidos em termos de acréscimo de utilidade, nomeadamente qualidade de vida, através dos famosos *QALY* (*Quality Adjusted Life Years*) recorrendo-se a instrumentos como o EuroQoL (EQ-5D). Trata-se de uma metodologia peculiarmente útil quando se comparam intervenções que aumentam a esperança de vida à custa de efeitos secundários significativos, ou então tratamentos que apesar de não reduzirem a mortalidade reduzem a morbilidade.

A saúde não exige somente medidas de carácter científico, económico e social, o enfoque deverá, aliás, ser posto numa análise constante, basear-se no desenvolvimento sustentado, numa atitude de reflexão “histórico-crítica” da concepção e consignação das políticas transectoriais, com vista a atingir uma gestão integral e sistémica de toda a acção do sistema de saúde. Só assim, estou certo, cumpriremos de forma humanizada e sustentada com os valores associados a todos os sistemas universais de saúde.

Por outro lado, a melhoria da Saúde é indissociável do progresso cultural e moral. Na

Europa e nos EUA, a esperança de vida à nascença aumentou 48 anos entre 1700 e 1971, sendo que mais de 90 % dessa melhoria ocorreu antes da descoberta do primeiro antibiótico, o que nos leva a concluir que ainda não são só os avanços tecnológicos ou farmacêuticos mas também as políticas de saúde e as condições sociais que fazem a diferença para uma maior sobrevivência no mundo. Apesar do alargamento e enriquecimento do conceito de saúde inerentes ao paradigma da sociedade informada continuam, porventura, a existir profundas lacunas de conhecimento no que respeita ao estado de saúde da população. É necessário obter informação mais fidedigna e se possível desagregá-la por grupo etário, género, região, classe social e categoria socioprofissional. Independentemente da afectação dos recursos financeiros e humanos, o sistema de saúde nacional só terá a ganhar com esse desafio que constitui a constante recolha e trabalho dos dados que nos permitem inferir sobre o verdadeiro estado de saúde dos portugueses. Deverá estar mais do que nunca, dado os tempos difíceis que se vivem, convenientemente preparado para a sociedade que serve com os seus ofícios, sendo que, actualmente, os maiores desafios e oportunidades no sector da saúde estão na resposta ao aumento exponencial dos custos aliado a uma oferta excedentária de uns recursos e limitada de outros, no envelhecimento da população e patologias crónicas que alteraram o perfil de morbimortalidade dos portugueses, tudo isto envolto sempre por questões éticas cujo peso é maior dada a complexidade da cada vez mais sofisticada prestação de cuidados de saúde quer do ponto de vista técnico quer do ponto de vista organizacional. Todas

essas temáticas são distintas, mas resultam em última análise na defesa dos direitos legítimos dos doentes e do seu direito a uma medicina de elevada qualidade.

Vale a pena enfatizar que se vive num mundo e principalmente num momento de recursos escassos que necessitam de ser muito bem utilizados. Michael Eugene Porter, professor da Harvard Business School, famoso pela autoria do conceito de “cadeia de valor”, reitera a lógica de que a competição baseada em valor e focada em resultados é uma competição de soma positiva, onde o ganho de todos os participantes é possível, na medida da sua dedicação e capacidade de interagir positivamente no sistema de saúde. Assim, o valor para o paciente passará pelo alinhamento dos interesses de todos os participantes, ou seja, fornecedores, consumidores e governo.

Em conclusão, é necessária uma maior integração dos processos e cuidados de saúde aliados a um aumento da eficiência. As diferentes organizações de saúde devem procurar comparar-se na perspectiva de aperfeiçoar as suas práticas e alcançar um melhor desempenho, ou seja, adoptar o *benchmarking*. Para que seja possível a confrontação dos dados surge a necessidade de utilizar indicadores de gestão do desempenho formais, consistentes, coerentes e transparentes. É porém necessário ter em conta que a prestação de cuidados não é uma actividade humana burocratizável e que o principal compromisso do sistema de saúde português deverá ser fazer tudo o que está ao seu alcance para salvaguardar a saúde e o bem-estar de quem o honra com a sua escolha, o utente, não obstante os avultados custos muitas vezes resultantes das tomadas de posição.

