

A NOSSA SAÚDE (SNS) NO SÉCULO XXI

Manuel J Antunes

Professor Catedrático da
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Já se tornou lugar-comum afirmar-se que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi a principal conquista da Revolução de Abril. Se é evidente que a atual orgânica do SNS se deve em grande parte à obra do Dr. António Arnaut, universalmente aclamado como “pai do SNS”, enquanto titular da pasta dos Assuntos Sociais, Saúde e Segurança Social, em 1979, pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, em colaboração com o Prof Mário Mendes, seu Secretário de Estado, é necessário reconhecer que já antes do 25 de Abril, com uma reforma do sistema de saúde e assistência conhecida como “reforma Gonçalves Ferreira”, pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, surgira o primeiro esboço de um Serviço Nacional de Saúde.

Os principais atributos do SNS, expressos na Constituição da República, Universalidade, Acessibilidade e Gratuitidade (esta última mais tarde associada ao adjetivo “tendencial”), transformaram-no num dos mais avançados sistemas de saúde do mundo, traduzido, há uns anos atrás, pelo 12º lugar atribuído pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

Temos, pois, que nos orgulhar do nosso SNS, mas há que reconhecer que ao longo dos seus 35 anos de existência, acabados de celebrar, ele foi adquirindo alguns vícios e insuficiências que, gradualmente, lhe diminuíram a universalidade e a acessibilidade. Durante este tempo, a sociedade mudou, a economia progrediu e os cuidados de saúde evoluíram de uma forma extraordinária. Tudo isto teve como resultado alterações profundas ao qual o Serviço teve grandes dificuldades em se adaptar.

Em 2013, para servir a população do País, de pouco mais de 10 milhões de pessoas, o SNS realizou 10 milhões e meio de consultas médicas (1,03 *per capita*), das quais quase 3

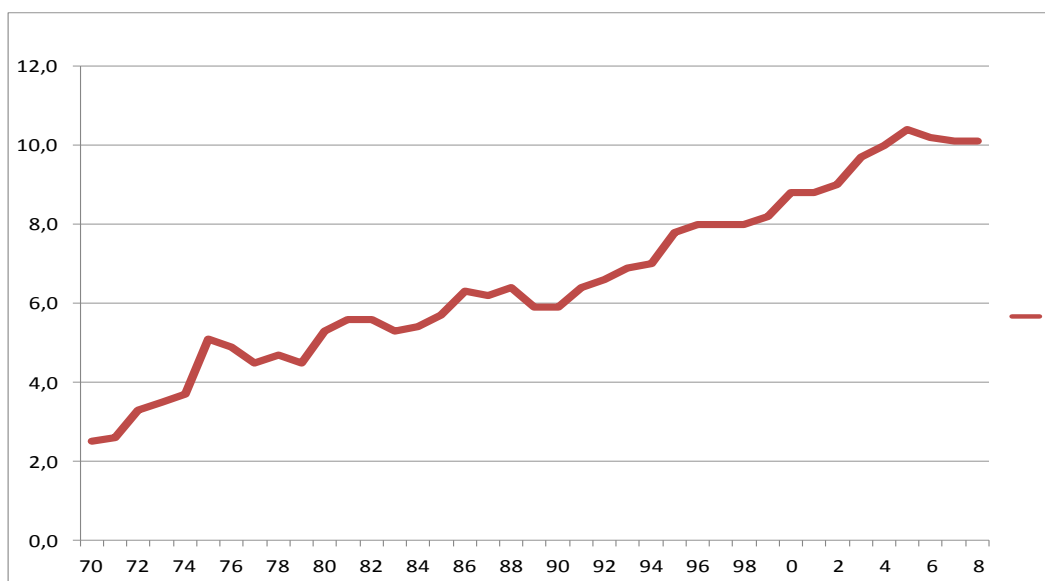
milhões de primeiras consultas e 7 milhões e meio de consultas subsequentes; mais de 8 milhões de internamentos hospitalares; cerca de 550 mil cirurgias, cerca de um quarto urgentes; e 78 mil partos e 25 mil cesarianas. Trata-se de uma actividade diária, muito intensa, cobrindo as 24 horas do dia, que impõe uma organização muito eficiente que possa satisfazer não só os objectivos programáticos do Serviço mas, especialmente, as necessidades dos cidadãos. E requer um orçamento gigantesco que, entre o público e o privado, consome actualmente quase um décimo da riqueza produzida no País.

O custo da Saúde

Costuma afirmar-se que “a saúde não tem preço”. A verdade, que não conseguiremos iludir, é que ela tem um custo.

A saúde, que consome cerca de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), é o maior sector da economia do País. As despesas com a saúde têm crescido de forma exponencial em Portugal, muito para além do que tem acontecido noutros países desenvolvidos. Em 2010, o orçamento do SNS ultrapassou os 9 mil milhões de Euros!

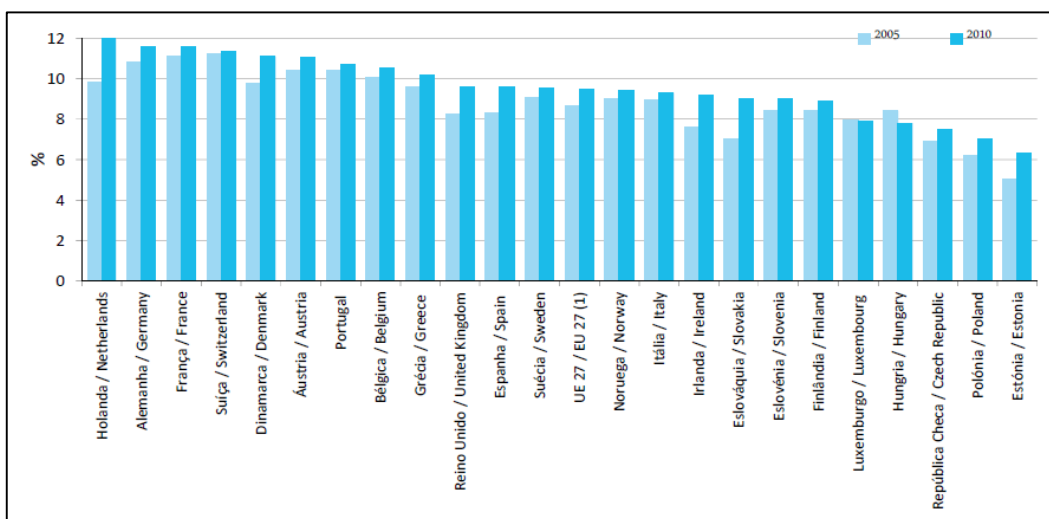
Fig. 1 – Evolução da despesa com a saúde em Portugal (% PIB)



OCDE - Health Data, Outubro 2011

Dados referentes a 2010 mostram que Portugal estava em 7º lugar entre os países da EU no que respeita às despesas com a saúde.

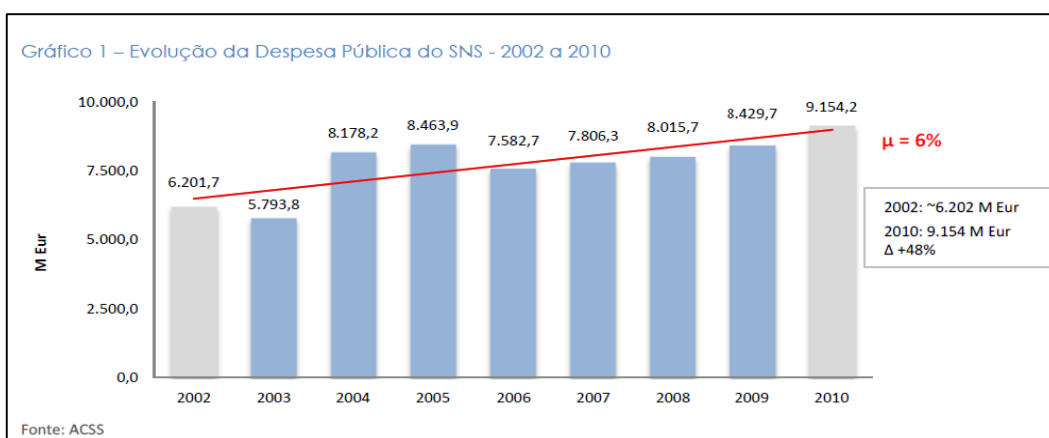
Fig 2 – Despesa com a saúde na União Europeia



OCDE - Health Data, Outubro 2011

De facto, em todo o mundo desenvolvido, o custo com a saúde cresce a um ritmo pelo menos duplo do valor da inflação, mas o relatório final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar - GTRH, publicado em Agosto de 2012, mostrava que em Portugal o crescimento na última década foi superior a 50%, isto é, uma média de 6% por ano, duas ou três vezes o valor da inflação homóloga e quatro ou cinco vezes o do crescimento do PIB.

Figura 3 – Evolução da despesa pública com a saúde em Portugal



Relatório GTRH – 2012

E embora a percentagem de despesa privada com a saúde tenha vindo a crescer progressivamente, cerca de dois terços destes custos são despesa pública que constitui actualmente cerca de 24% da despesa total do Estado.

Fig 4 – Evolução recente da despesa pública e privada com a saúde em Portugal

	Unidades: % / Units: %							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Despesa pública em saúde na despesa do estado (%) % of National healthcare expenditure in national expenditure	26,6%	27,3%	25,7%	25,9%	25,4%	25,9%	25,3%	24,0%
Tx. cresc. (%) Growth rate (%)	-4,2%	2,5%	-5,8%	0,9%	-2,0%	1,9%	-2,2%	-5,1%
Despesa pública em saúde na despesa nacional em saúde (%) % of public healthcare expenditure in national healthcare expenditure	69,7%	69,8%	67,8%	67,6%	66,1%	67,6%	67,3%	65,5%
Tx. cresc. (%) Growth rate (%)	-0,2%	0,1%	-2,8%	-0,3%	-2,3%	2,2%	-0,4%	-2,7%
Despesa privada em saúde na despesa nacional em saúde (%) % of private healthcare expenditure in national healthcare expenditure	30,3%	30,2%	32,2%	32,4%	33,9%	32,4%	32,7%	34,5%
Tx. cresc. (%) Growth rate (%)	0,6%	-0,3%	6,5%	0,7%	4,8%	-4,3%	0,9%	5,5%

Apifarma, Abr/2013

Ineficiência e Desperdício

“A deficiente gestão dos recursos materiais e humanos do nosso SNS constitui a causa principal do seu angustiante estado actual. O desperdício resultante da não utilização, da utilização indevida e da utilização abusiva dos recursos atinge, pelo menos, os 25%”, escrevi eu no livro “A Doença da Saúde”, em 2001. Este número era uma simples assunção baseada na própria experiência e no que ia ouvindo nos corredores hospitalares.

Mas uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas - TC em 2008 revelou que “os hospitais do SNS desperdiçam dois milhões de euros por dia” Em mais pormenor, refere o relatório da auditoria que “devido a ineficiências nas unidades hospitalares”, as perdas para o internamento rondaram os 242 milhões de euros e no caso de ambulatório foram cerca de 503 milhões. Ou seja, em 2008, os desperdícios totais rondaram os 745 milhões de euros. No caso do internamento, aquele valor representa 27% do total de custos considerados e no caso do ambulatório chegam a 41% do total”. Mas é evidente que estes números indicam

apenas o que é visível, e referem-se apenas aos hospitais, podendo imaginar-se que o valor real vão bastante para além daqueles.

E o relatório, produzido em 2011, remata: "Apurou-se que as ineficiências resultantes do excesso de utilização de recursos humanos, de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, parte substancial dos custos operacionais das unidades hospitalares, com destaque para os recursos humanos, representam cerca de 67% das ineficiências apuradas na atividade de Internamento e cerca de 72% das ineficiências identificadas nas atividades de Ambulatório".

O que confirma o que eu havia escrito no livro, uma década antes, que “a baixa produtividade e eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), fruto de uma deficientíssima utilização dos recursos humanos e materiais, geradora de grande desperdício, levaram ao reconhecimento quase generalizado da necessidade de alterar profundamente o actual sistema de gestão”.

É por demais evidente que pouco ou nada mudou durante estes anos todos! E, no entanto, Correia de Campos, ex-ministro da Saúde, em entrevista ao Jornal de Negócios em reacção à auditoria do TC, desvalorizava as estimativas de 25 a 30% de desperdício no SNS, considerando que “esses números não estão provados”. Infelizmente, os responsáveis pela Saúde no nosso País levaram demasiado tempo a entender o que se passava e ainda mais tempo a reagir.

Diagnóstico

Das reações e declarações reproduzidas frequentemente na imprensa escrita e de som e imagem constata-se que os cidadãos têm a percepção de que os cuidados de saúde estão cada vez mais distantes. É evidente que todos gostaríamos de ter um centro de saúde na rua em que vivemos, se possível até do mesmo lado da rua! Mas há que moderar as expectativas com que nos foram alimentando durante tanto tempo. E as comparações que frequentemente se fazem com outros sistemas de saúde de países mais desenvolvidos que o nosso, na maioria nossos parceiros da EU, especialmente pelas organizações profissionais,

não são aceitáveis. Também não temos as casas, os carros e as estradas que eles têm (talvez eu não esteja correto em relação às últimas)!

Estou certo de que esta afirmação não obterá o acordo de todos. Alguns catalogá-la-ão de insensível; eu acho que é realista. A nossa economia não tem capacidade para corresponder a todas as necessidades, nesta como noutras áreas.

Portanto, a pergunta que se tem de colocar neste momento, e a que, provavelmente, ninguém saberá responder, é: O SNS é sustentável?

No final do ano de 2012, era notícia que “O Hospital de Santa Maria sem dinheiro para remédios” (Expresso 8/12/2012). De 2010 a 2012 (os números consolidados de 2013 ainda não são conhecidos), foi a seguinte a evolução do orçamento do ministério da Saúde, inscrito no Orçamento Geral do Estado:

Fig 5 – Evolução do Orçamento do MS (em milhões de Euros)

2010	2011	2012	2013
9.154,2	8.251,8	7.498,8	7.112,4

Em média, estas verbas correspondem a mais de 7% do PIB e a 16% das despesas com a Administração Central. Verifica-se, pois, que em três anos a despesa do SNS foi reduzida em quase 2.000 milhões de euros! Será possível fazer o mesmo com este corte? Apesar do que dizem os responsáveis, penso que não, mas voltarei ao assunto adiante.

Este cenário, da responsabilidade do actual executivo, segue-se à constatação de que a dívida do SNS duplicara em apenas três anos (2008-2010), ascendendo a 2.904 milhões de euros no último ano daquele período, quando era ministra da Saúde a Dra. Ana Jorge (Público 8/6/2012). É importante salientar que o montante da dívida nunca fora, até então, assumido pelos sucessivos responsáveis que sempre adotaram a atitude de ‘varrer a poeira para debaixo do tapete’.

Só em meados de 2011 o actual ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, assumiu que “a dívida actual do Serviço Nacional de Saúde (SNS) chega aos três mil milhões de euros”. Um valor sobre o qual se especulava mas que o Governo anterior nunca assumiu. Só a indústria farmacêutica reclamava uma dívida de mil milhões de euros, mas afinal o SNS devia o triplo aos seus fornecedores. Ora, se havia (há?) 3.000 milhões de dívidas a fornecedores, como é que isso pode ser acomodado no atual orçamento anual do SNS?

Fica, assim, bem claro que no meio desta austeridade que nos caiu em cima, a manta terá, inevitavelmente, que ficar curta e, quando pretendermos tapar a cabeça, os pés ficarão descobertos. E a prova está já aí, nos casos, embora admitindo que pontuais, dos atrasos nas consultas e cirurgias, que geram crescente descontentamento.

Mas o impacto não se fará notar só na quantidade. Os juízes conselheiros do TC também estão preocupados com o futuro. O corte na despesa “poderá ter como resultado um *downgrade* dos serviços de saúde em quantidade e qualidade, afectando o patamar de resultados e ganhos em saúde já alcançados, mas também a equidade no acesso, caso os utentes sejam impelidos para sistemas alternativos de financiamento e prestação de cuidados de saúde”.

Mas então, como e porque é que chegámos a este estado da nossa Saúde? A resposta pode ser extremamente simples ou complexa, consoante a lente por onde a virmos. Mas pode resumir-se por esta: do mesmo modo e pela mesma razão que chegaram ao estado em que estão a nossa Educação, a nossa Justiça e muitas outras coisas nossas...

Há muito tempo que eu vinha alertando para a “bancarrota” do SNS (Público 26/9/08). A palavra não é minha mas reflecte muito bem os avisos que fui lançando à navegação. No que fui muitas vezes alvo de críticas dos responsáveis, não só políticos como de classe, como a ameaça que me fez um Bastonário da Ordem dos Médicos de me expulsar, por ter ousado dizer que os médicos eram, pelo menos em parte, responsáveis por muitos dos problemas do nosso SNS. Não foi, pois, sem espanto que vi reproduzida num semanário as afirmações de outro Bastonário, o Dr. Pedro Nunes, de que “Portugal não tem capacidade para manter a ‘qualidade’ do SNS” (Sol, 3/6/2010).

A confirmá-lo estão as declarações, mais recentes, do Dr. Paulo Macedo: “A sustentabilidade do SNS não está minimamente assegurada” (Jornal de Negócios, 11/4/2012). E no início de 2011, quando Portugal se preparava para receber a Troika, Teresa Ter-Minassinan, a antiga chefe da delegação do FMI que negociou o empréstimo a Portugal na crise de 1983, afirmava que “os gastos com a Saúde são o principal problema orçamental de Portugal” (Público, 31/1/2011).

O diagnóstico está feito, resta-nos definir e aplicar a terapêutica.

Soluções

Tenhamos, desde já, a consciência de que a equação é de difícil resolução e nenhuma solução alguma vez conduzirá a um SNS perfeito.

No seu relatório anual publicado em Novembro de 2010, a OMS dizia que *“Nenhum país cobre realmente 100 por cento da população, para 100 por cento dos serviços disponíveis e em 100 por cento dos custos, sem listas de espera”*.

A génese dos problemas é multifactorial, mas o componente económico domina-o. Por isso, quero começar por reafirmar, como o fiz em 2001, que “é inevitável que o Orçamento Geral do Estado deixe de ser a única fonte de financiamento do SNS. Há, pois, que encontrar formas alternativas de financiamento, para o que é necessária alguma imaginação e, sobretudo, muita determinação política”. (A Doença da Saúde, 2001).

As relações com o Orçamento do País, acima expressas, tornam óbvio que ou produzimos mais de modo a aumentar consideravelmente o PIB, ou gastamos menos (ou ambos). E também é óbvio que a primeira hipótese é muito difícil de concretizar, pelas nossas insuficiências e por força de vivermos num mundo global. As estatísticas mostram que a produtividade do trabalho por pessoa empregada (padrão 100% para a EU a 27) é de 67% em Portugal, em paralelo com um PIB de 77% (mesmo padrão) (Eurostat, Out 2013). Como exemplo de referência (e de meditação), no Luxemburgo a produtividade é 160%. Resta-nos controlar os custos. E, novamente, várias perguntas se colocam: Que saúde queremos ter? Quanto custa? Quem paga?

Perante estas questões, são patentes várias atitudes: a dos cidadãos, que querem mais saúde por mais dinheiro; a dos políticos, que pretendem mais por menos, e a dos profissionais, que frequentemente parecem exigir menos por mais. E, no entanto, todos têm um importante papel a desempenhar.

E necessário ser-se realista quanto às possibilidades financeiras do País. De facto, cada doente extra, e cada atendimento extra, é uma fonte de despesa adicional não completamente compensada no orçamento hospitalar. O mesmo se passa dentro de cada hospital em relação aos diferentes serviços. Por outro lado, tanto a nível institucional como a nível individual, o que se ganha e o que se produz são variáveis independentes; logo, não vale a pena trabalhar muito...

São muitas e variadas as causas da escalada dos custos com a saúde. Em primeiro lugar, os custos das novas tecnologias. Os sofisticados equipamentos de diagnóstico e terapêutica, que se desactualizam no dia seguinte ao da aquisição, bem como a sua manutenção, são agravados pelo uso abusivo e desnecessário, muitas vezes por exigência dos doentes que neles vêem frequentemente a ilusória solução para todos os seus problemas. Eu conheci um doente que queria à força fazer uma TAC, porque um vizinho tinha feito uma e tinham-lhe diagnosticado um cancro do pulmão...

Um segundo, e não menos importante, factor são os gastos com medicamentos, no geral, e especialmente nas novas formulações, frequentemente apresentadas como potenciadores de curas milagrosas, muitas vezes insuficientemente comprovadas cientificamente, mas quase sempre colocadas no mercado a preços inoportáveis para o sistema, como foram notícia recentemente alguns medicamentos para a SIDA, a hepatite C e a para-amiloidose (doença dos pezinhos) e algumas outras doenças raras.

Relacionada com os dois componentes anteriores estão os investimentos na investigação, de montantes astronómicos, hoje verdadeiramente só ao alcance das grandes economias, mas que influenciam os preços em todas as outras.

Finalmente, e factor de grande impacto na actualidade, está o envelhecimento da população. A pirâmide etária está a inverter-se e todos esperamos mais vida e melhor qualidade de vida. Mas a população mais velha tem, naturalmente, mais doenças e necessita

de mais cuidados de saúde. Nos EUA, de onde provêm a maior parte das estatísticas, está calculado que mais de 80% das despesas com a saúde ocorre nos últimos dois anos de vida.

A tudo isto se soma a actual 'prosperidade nacional' (população mais próspera também gasta mais em saúde...). Os doentes estão cada vez mais informados, o que não é negativo, e recorrem mais cedo e mais frequentemente aos cuidados de saúde, o que também é positivo, mas isso frequentemente resulta numa excessiva e injustificada utilização desses cuidados, como o comprova a muitas vezes injustificada frequência dos serviços de emergência dos hospitais.

Estratégias

Para um realinhamento do orçamento do SNS, podem ser adotadas várias estratégias: Redução de despesas, com intervenção directa sobre o 'mercado da saúde', e outras acções governamentais 'controladoras do sistema'; ou aumento das receitas, quer através de um aumento da contribuição do orçamento geral do estado, quer por co-pagamento por parte dos utilizadores.

Constitui exemplo da intervenção sobre o mercado o abaixamento dos custos com medicamentos, assumido quase de forma unilateral pela actual Tutela. Por outro lado, o governo tem promovido acções de controlo do sistema através de uma concentração dos mecanismos de contratação de pessoal e de contratualização centralizada com os fornecedores de medicamentos e outros bens de consumo.

Pelas razões acima discutidas, um aumento significativo da contribuição do OGE para as despesas com a saúde é inviável, porque provavelmente até já se ultrapassou o limite do razoável. Lembremo-nos que para dar mais à saúde terá que se subtrair noutra campo da nossa vida social.

Resta, pois, neste capítulo, uma maior contribuição directa do cidadão nas despesas que origina individualmente. O cidadão já contribui, indirectamente, para estes custos através dos impostos. Há ainda as taxas moderadoras, que constituem uma parcela ínfima de financiamento do Serviço e a que a maior parte dos cidadãos (cerca de 60%) não estão

sujeitos ou não pagam. Mas, em minha opinião, deverá haver uma contribuição direta do utente no custo dos cuidados que recebe.

Naturalmente, não estou a advogar o pagamento integral do respectivo custo, incomportável para quase todos, mas de uma porção / proporção a determinar do custo individual de cada acto, e considero que dela se devam isentar os genuinamente carenciados, os tais dois milhões e não mais, a quem o dever de solidariedade da sociedade deve garantir os mesmos cuidados com a mesma qualidade. Esta co-responsabilização do utente pelos serviços recebidos, participando nos seus custos, obviamente implica a alteração do preceito constitucional que estabelece a tendência para a gratuidade dos cuidados de saúde. A co-responsabilização teria, ainda, um efeito pedagógico significativo, diminuindo a sobre-utilização e reduzindo o desperdício.

Podemos fazer o mesmo e gastar menos?

Por muitas opções que se façam no sentido de melhorar o financiamento da saúde, este será sempre curto, tendo em conta os factores de aumento dos custos anteriormente enumerados. É aqui que entra na equação o elemento recuperação do desperdício. Os dois grandes componentes da despesa em saúde são os bens de consumo, incluindo os medicamentos e dispositivos médicos, e os custos com o pessoal, variável de instituição para instituição e de especialidade para especialidade, dependendo da sua diferenciação.

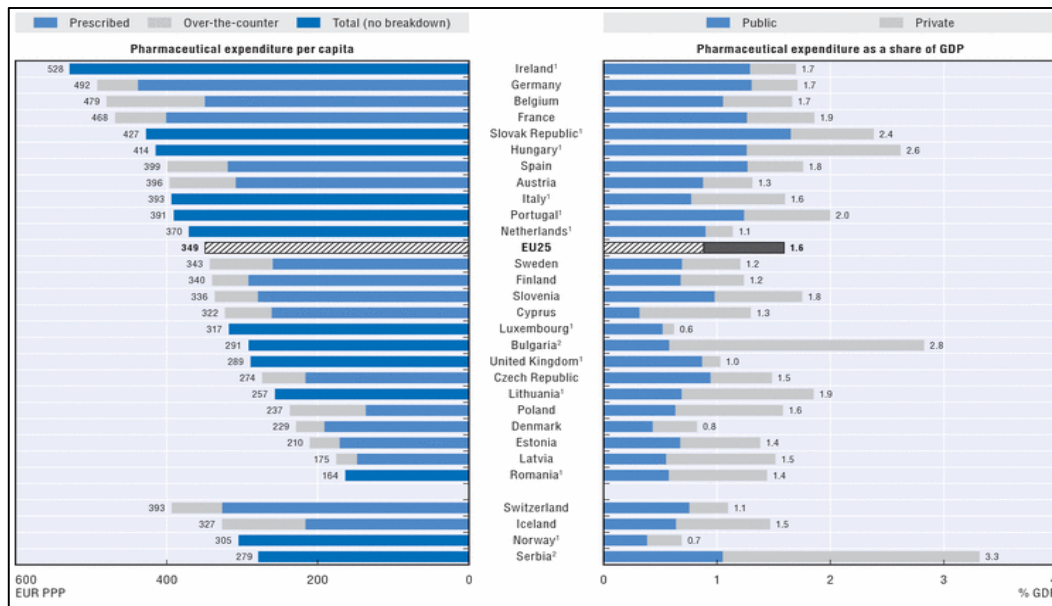
Um relatório recente da OCDE não só afirma que Portugal gasta muito com a saúde como também faz uma avaliação negativa da qualidade, o que significa haver pouca eficácia, muito desperdício e falta de controlo da gestão. Na União Europeia somos dos maiores gastadores no domínio dos medicamentos, o que resulta de vários monopólios de interesse exercidos por todos os grupos envolvidos, desde os burocratas aos profissionais, dos laboratórios farmacêuticos às farmácias.

Os últimos anos têm revelado um descontrolo absoluto no gasto dos bens de consumo, especialmente dos medicamentos. O consumo de medicamentos *per capita* é agora (dados de 2012) de cerca de 391 Euros (2% do PIB), acima da média da EU (349 Euros) e dos

valores observados na Holanda, Suécia, Finlândia, Reino Unido, Dinamarca, Noruega e Islândia (Fig. 6).

Mas apesar da inédita intervenção direta no mercado em que o actual ministério tem estado particularmente ativo, a despesa com os medicamentos continua a aumentar. O objectivo é poupar, mas a maior parte dos hospitais continuam sem conseguir controlar a despesa. Porque, como já referi, todos os dias surgem fórmulas inovadoras, geralmente mais ativas, mas sempre muito mais caras, nalguns casos “vergonhosamente” mais caras, com lhe chamou recentemente o ministro. Se todos os novos medicamentos fossem utilizados, em todos os doentes potencialmente (o uso do termo potencialmente é deliberado) tratáveis, a fatura dos medicamentos no SNS duplicaria. Mas a pressão dos grupos profissionais e das organizações representativas dos doentes é praticamente invencível. Não lhe ceder acarretaria custos políticos elevadíssimos que geralmente os responsáveis não querem arriscar correr.

Fig. 6 - Despesas com medicamentos *per capita* e como parcela do PIB em 2010



OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database

Mas este não é o único problema relacionado com os medicamentos. O abuso da prescrição (polifarmácia) e a prescrição inapropriada, ambos da responsabilidade dos profissionais, e o desperdício, especialmente por culpa dos doentes, são contribuidores major. Basta cada um

de nós olhar para a “farmácia” lá de casa. Eu próprio já fizesse exercício e fiquei estupefacto!

Importa, portanto, alertar os profissionais, médicos, enfermeiros e outros, para os efeitos negativos do consumismo que continua a verificar-se, não só neste campo como noutros. O sentimento de segurança que leva à sobreutilização dos meios complementares de diagnóstico, e mesmo de alguns métodos terapêuticos, é frequentemente mais fictício que real e nem sempre resulta em benefício directo para o doente. Nos EUA está calculado que cerca de 50% dos cuidados de saúde são induzidos pelos prestadores e não pelas necessidades dos doentes.

O combate ao desperdício, de que há muito se fala e é evidente para muitos os que trabalham nas unidades de saúde, e foi medido pelo TC na auditoria acima referida, deve ser prosseguido de todas as formas possíveis, mas é necessário ter em conta que é impossível eliminá-lo completamente e os resultados se obtêm de forma lenta e progressiva, o que obviamente não se compadece com a emergência com que nos deparamos neste momento.

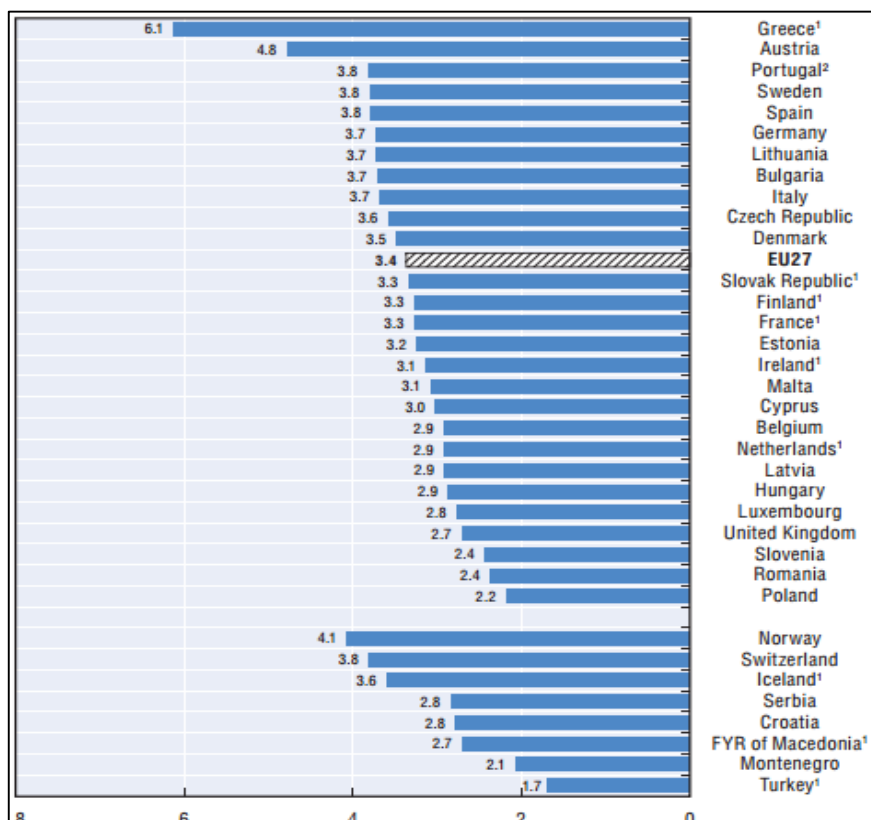
Recursos Humanos

Apesar da significativa diminuição dos quadros, alguns claramente excessivos, continuamos, inconscientemente, a desperdiçar recursos humanos.

Muito se tem falado sobre a falta de médicos, como causa dos problemas da nossa Saúde. Portugal tem actualmente (dados de 2012) 3,8 médicos por milhar de habitantes, superior à média da UE27 (3,4), igual à da Suécia e Espanha e Suíça, acima da Alemanha, Dinamarca, França e Reino Unido, e apenas abaixo da Grécia, Áustria e Noruega.

De fato, a menos que sejam diminuídos os *numerus clausus*, em breve teremos excesso de médicos, que contribuirá para engordar a sua “exportação” para o estrangeiro, o que, aliás, já vai acontecendo em números significativos. Por outro lado, a quase obrigatoriedade de incluir os novos médicos nos quadros do SNS é uma prática que tem os dias contados.

Fig. 7 – Número de médicos por milhar de habitantes na UE27



OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database

O problema reside na distribuição desequilibrada e utilização ineficiente. E esta depende, quase exclusivamente, dos directores de serviço. Mas a responsabilização destes só é possível se a responsabilidade passar também pelo recrutamento e pelo modo de gerir.

Mas também aqui há que fazer correcções. O ensino pós-graduado necessita de reformulação urgente. Continuamos a seguir metodologias obsoletas, desfasadas dos tempos actuais. Os currículos das faculdades de medicina têm vindo a ser modificados mas muito há ainda que fazer, incluindo a alteração da fórmula de acesso dos alunos aos cursos de medicina. A inclusão de uma disciplina obrigatória sobre políticas de saúde e gestão de unidades de saúde é um imperativo. Como dizia Abel Salazar, “quem só sabe de medicina nem de medicina sabe”.

O passo seguinte da formação médica, a especialização, ainda é mais caótico. Como é possível, por exemplo, continuar a ignorar a características psicotécnicas, e até físicas, dos candidatos às diferentes especialidades, cada uma com especificidades próprias. As disciplinas cirúrgicas, por exemplo, e em especial as tecnicamente mais diferenciadas, pressupõem uma certa capacidade “artística” que não está ao alcance de todos, por muito que se esforcem os responsáveis pela formação. Não é artista quem quer... Tal como tocar piano não pode ser aprendido pelo simples acto de se assistir a um ou vários concertos, a cirurgia é uma arte que requer qualidades inatas e um volume suficiente de exercício regular para atingir a "perfeição" ou a excelência.

Um outro aspecto que importa corrigir é o do regime de trabalho dos médicos. Tenho sido insistente proponente da adoção do regime de exclusividade, que sempre pratiquei e “impus” no meu serviço. Não tenho nada contra a actividade privada e aqueles que a escolhem. Mas o estado actual, em que a grande maioria dos médicos divide o seu tempo entre a actividade pública e a privada, é, a meu ver, indutora de ineficiência, para além de poder constituir causa de incompatibilidades e mesmo de conflitos de ética.

Ao contrário da situação com os médicos, que acabo de descrever, parece haver uma carência absoluta de enfermeiros. Provavelmente não tão grande como as organizações de classe pretendem fazer crer. Também aqui, o excesso de enfermeiros a serem formados todos os anos tem de ser corrigido, para evitarmos o desemprego e a emigração em massa, que já estamos a testemunhar. Um enorme desperdício, tendo em conta os elevados custos de formação, tanto de médicos como de enfermeiros, de que estão a beneficiar os países para onde se estão a dirigir.

A gestão das unidades de saúde. O papel dos Directores de Serviço

A gestão das unidades de saúde, especialmente dos hospitais, tem sido frequentemente posta em causa. Os hospitais constituem grandes empresas que justificam gestão profissionalizada. Os três grandes centros hospitalares do País têm orçamentos de cerca de 500 milhões de Euros e muitos milhares de trabalhadores. O Centro Hospitalar e

Universitário de Coimbra – CHUC, a que pertença, é o maior empregador da Região Centro.

Embora os conselhos de administração dos hospitais sejam polivalentes, incluindo profissionais das várias áreas, incluindo a da gestão, a sua nomeação é geralmente influenciada por factores alheios à qualidade. Basta ver como são geralmente mudadas quando se altera a situação política do País e a cor do governo. Tendo o conceito de hospitais-EPE como base uma larga autonomia de gestão, que hoje, aliás, quase desapareceu, a maioria dos gestores, assim nomeados, limitam-se a cumprir as diretrizes que vêm “de cima”, de quem tem necessariamente pouco conhecimento da realidade no terreno. E quem não as cumpre é rápida e convenientemente afastado!

Mas não é apenas nos conselhos de administração que está o segredo de uma boa gestão. Tudo o que é realmente importante na gestão de um hospital ocorre dentro dos serviços. A melhor equipa de gestão hospitalar não consegue nada sem uma boa colaboração e participação dos responsáveis pelos serviços. Daí que se quiser melhorar tem que se começar pelas Direcções de Serviço. No sistema actual, os directores de serviço limitam-se, na maior parte dos casos, a ser directores dos médicos, o que não favorece o espírito de equipa que deveria prevalecer. Acredito firmemente que o futuro do SNS passa pela implementação de formas alternativas de gestão dos serviços, que são as unidades funcionais do sistema e que, portanto, detêm a respectiva chave do sucesso ou insucesso.

Como forma de implementar esta filosofia, o art. 7º do Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro, da iniciativa da Dra. Leonor Beleza, criou os Centros de Responsabilidade, atribuindo a cada um a “necessária autonomia a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades”. Enfatizava-se a gestão local, por quem tem maior conhecimento do dia-a-dia do funcionamento das múltiplas unidades orgânicas que constituem os hospitais. Mas este modelo não teve o sucesso que dele se esperava, principalmente porque não foram dotados dos necessários instrumentos regulamentares, mas também porque os ministros que lhe seguiram não foram particularmente entusiastas dele.

O conceito viria a ser ressuscitado pela Dra. Maria de Belém com o Decreto-Lei nº 374/99 de 18 de Setembro que criou os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), com a mesma filosofia mas talvez com mais determinação. Mas, mais uma vez, e pelas mesmas razões, não vingou. Para a história, ficará o CRI que dirijo, criado em 23 de Dezembro de 1998, também ele já desprovido de muitas dos atributos e responsabilidades que lhe foram inicialmente outorgadas mas deixados à arbitrariedade das sucessivas administrações hospitalares, através das necessárias delegações de competências.

O funcionamento dos CRI, como de outras formas de gestão intermédia, fundamenta-se no binómio autonomia – responsabilidade e implica uma auto-regulação para a qual os diretores de serviço não estão, na sua maioria, preparados mas para que poderiam ser educados. Penso que a experiência do CRI de Cirurgia Cardiotorácica do CHUC, amplamente reconhecida por quase todos mas também vilipendiada por alguns, incluindo alguns responsáveis da Tutela, poderia constituir um modelo a replicar no SNS.

A Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde – APEGSaúde justificou deste modo o título de Médico Gestor - Top Excelência que me atribuiu em 2005: *“Muito se escreveu sobre as virtudes e defeitos do modelo de CRIs na administração pública, mas, por si só, o facto de a experiência de Coimbra se ter mantido e consolidado ao longo dos anos, é notável. Nela ressalta o sistema de incentivos implementado pelo se Director, verdadeiramente inovador e pioneiro em Portugal e que recolhe os ensinamentos do que melhor se faz internacionalmente, tanto em gestão pública como em gestão privada”*.

Assim o julgou também um relatório do TC, publicado em Agosto de 2012 e referente a uma auditoria aos serviços de cirurgia cardiotorácica do País, realizada de 2008 a 2010, que referia que *“a criação de estruturas de gestão intermédia com conteúdo funcional e autonomia real, configurando uma intenção séria de descentralização efectiva, poderá contribuir decisivamente para colocar a responsabilidade nas áreas nevrálgicas do hospital, onde se processa e decide a qualidade dos cuidados prestados e onde, simultaneamente se gera o essencial da despesa e desperdício”*.

E declarava, ainda que *“a delegação de competências do Conselho de Administração no CCT-CRI, que permite contratar e realizar despesas até 100.000€, afigura-se limitativo de*

uma pretensa autonomia, se tivermos em conta os custos diretos (2010 - 7.702.615€). Apesar disso, o CCT-CRI dispõe de mecanismos que lhe permite uma maior liberdade na gestão de algumas áreas, como seja, a dos recursos humanos”. Tinha então, mas hoje já não tem!

Tendo em conta que estamos habituados a que o TC seja geralmente restritivo das autonomias, este relatório surpreendeu pelo tom liberalizador, especialmente quando recomendou ao Ministro da Saúde: 1) *Mandar avaliar e considerar a disseminação das boas práticas identificadas entre os serviços de cirurgia cardiotorácica; 2) Considerar o reforço da autonomia de gestão do modelo empresarial, concretizando na plenitude os Centros de Responsabilidade Integrada que se justifiquem, em função dos resultados e do rigor de gestão praticados.*

Conclusões

A questão final a que o País e os seus cidadãos têm de responder é: O SNS do futuro será para quem? Para todos? Apenas para os pobres? Gratuito ou participado? Com taxas moderadoras ou co-pagamentos.

Questão pertinente mas que tem importantes problemas éticos, qualquer que seja a resposta que se lhe entenda dar.

Como escrevi n’A Doença da Saúde, em 2001, tanto os cidadãos como os profissionais e os dirigentes têm que assumir as respectivas responsabilidades e reconhecer que se atingiu o ponto de viragem e de que não é mais possível continuar a pretender que o problema apenas aflige os outros países e que lhe somos imunes.

A resposta é urgente e necessita de ações quase de emergência. As verdadeiras reformas estruturais, nomeadamente no que respeita à organização do sistema de trabalho dos profissionais, ainda não foram feitas. Talvez a crise económica, política e social que atravessamos não seja a altura ideal para as fazer, mas é das crises que frequentemente surgem as grandes soluções.

É importante promover e favorecer as lideranças, naturalmente sujeitas a escrutínio regular. Perdoem-me a imodéstia, mas não quero terminar sem reproduzir o que a Dra. Leonor Beleza escreveu em Prefácio d' A Doença da Saúde (2001):

“Apetece-me sugerir a todos que leiam atentamente o que escreveu o Prof Manuel Antunes. O que ele escreve não deve deixar ninguém indiferente. O que ele sugere é uma revolução assumida e pacífica, assente no esgotamento das indecisões, das hesitações, das mudanças constantes, de politiquices partidárias ou outras. O que ele sugere é que, com base na consideração central do respeito pelos cidadãos que necessitam das estruturas de saúde...os decisores tenham a coragem de fazer o que há muito está identificado como indispensável. E que, do mesmo passo, abandonem o discurso fácil...Mais do mesmo, se o mesmo é mau, é mais do mau.”

O tempo não é mais para hesitações mas para “fazer o que ainda não foi feito”, e há muito deveria tê-lo sido.