Nº 32 • ANO X • MAIO/96 • 850$00

Gestão HOSPITALAR

Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

António Correia de Campos

Algo está a mudar na Saúde

A Reforma dos Sistemas de Saúde

por Vasco Reis

•

Viagem de estudo da APAH a Inglaterra e à Escócia

•

PERLE – uma medida para um problema

E2P4

da Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares

Membro da Associação Europeia
de Directores Hospitalares

DIRECTORA
Armanda Miranda

CONSELHO REDACTORIAL
Ana Isabel Gonçalves
Joaquina Matos
Jorge Poole da Costa
Manuel Ligeiro
Manuel Delgado
Vítor Freire

PROPRIEDADE
Associação Portuguesa
de Administradores Hospitalares
Empresa jornalística nº 209259
Apartado 40031 – 1517 Lisboa Codex

ADMINISTRAÇÃO E ASSINATURAS
APAH
Apartado 40031 – 1517 Lisboa Codex

PUBLICIDADE
Tel.: 315 91 28 – Fax: 355 51 24
Apartado 40031 – 1517 Lisboa Codex

PRODUÇÃO GRÁFICA
Gradeco

MONTAGEM
Montalito

DISTRIBUIÇÃO
JMToscano
Tel.: 414 29 09/29 34 – Fax: 414 29 51

ASSINATURA ANUAL – 3.000$00

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL
TIRAGEM – 2.000 exemplares
Nº Registo 109060
Depósito legal nº 16288/87
ISSN: 0871 - 0776

Nº 32 • ANO X • MAIO/96 • 850$00

Gestão HOSPITALAR

Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

SAIBA QUE... 4

ATAC's 5

MARCO DO CORREIO 6

EDITORIAL 7

ACONTECIMENTO 8

- Forum Saúde/96 – Jantar-debate com a Ministra da Saúde
- IX Jornadas de Administração Hospitalar
- Viagem de estudo da APAH a Inglaterra e à Escócia

OPINIÃO 15

A Reforma dos Sistemas de Saúde – artigo de Vasco Pinto dos Reis

ENTREVISTA 20

Com António Correia de Campos

DOCUMENTO 24

- A saúde mental à luz dos políticos – Um trabalho de Nuno Afonso Ribeiro, Maria Anita Quintela de Brito e Arminda Cepeda
- Contributos para uma nova lei de Gestão Hospitalar

INVESTIGAÇÃO 33

A avaliação do desempenho dos hospitais portugueses por Dias Alves

GESTÃO 38

- Perle – Uma medida para um problema – Um trabalho de Dias Alves, Lima Cardoso e Meneses Correia
- Marketing social chega ao serviço de saúde – Uma visão sumária das presentes reformas no Norte da Europa por Joaquim Paulo Moreira

HOSPITAL ABERTO 48

O Hospital de Beja

LEITURAS 54

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

NORMAS EDITORIAIS

1º A Revista aceita trabalhos sobre qualquer assunto relacionado com o tema geral da gestão de serviços de saúde entendida esta no seu mais amplo sentido.
2º Os artigos deverão ser enviados ao Director. A este caberá a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor modificações.
3º Os artigos deverão ser enviados em duplicado (incluindo quadros e figuras), dactilografados a duas entrelinhas em folha de formato A4. Em cada folha não deverão ser dactilografadas mais de 35 linhas. As folhas serão numeradas em ordem sequencial.
4º Os artigos deverão ser acompanhados, sempre que possível, por fotografia do(s) autor(es), tipo passe.
5º Os trabalhos deverão conter em folhas separadas, o seguinte:
a)- Título do trabalho, nome(s) do(s) autor(es) e pequeno esboço curricular do(s) autor(es), principais funções ou títulos, até ao máximo de dois;
b)- Pequena introdução ao artigo até ao máximo de uma página dactilografada;
c)- O texto;
d)- Quadros com títulos e legendas (folhas autónomas);
e)- Gráficos desenhados a traço de tinta-da-china sobre papel vegetal sem números ou palavras;
f)- Títulos, legendas ou elementos dos gráficos escritos em folhas de fotocópias destes, à parte;
g)- Fotografias numeradas no verso, a lápis, segundo a ordem de entrada no texto e respectivas legendas;
h)- Pequenos resumos do artigo em língua francesa e inglesa, incluindo títulos;
i)- Os originais não deverão conter pés-de-página. Todas as referências bibliográficas completas serão insertas no final do artigo.
6º Nas referências bibliográficas, os autores são colocados por ordem alfabética (apelido seguido das iniciais do nome), seguindu-se o título completo do artigo, o título abreviado da Revista, o número do volume, os números da primeira e última páginas e o ano da publicação.

O Editorial e os artigos não assinados são da responsabilidade da Direcção da Associação.
Os artigos assinados são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, não comprometendo a Associação com os pontos de vista neles expressos. Embora merecendo a melhor atenção, a colaboração não solicitada não será devolvida, reservando-se o direito de a publicar ou não.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
Permuta
BIBLIOTECA

COLABORAÇÃO:

SANDOZ

Saiba que...

Viriato Namora aposenta-se

Viriato Rodrigues Namora, decidiu solicitar a sua aposentação, após 38 anos de serviço e uma vida inteira doada aos hospitais. Em 1959, com o estágio no Hospital Sobral Cid, iniciava uma carreira invejável. Daí em diante muitos foram os estabelecimentos hospitalares onde exerceu funções de relevo: Lorvão, Rovisco Pais, Hospital Sanatório da Colónia Portuguesa do Brasil e Centro Hospitalar de Coimbra. Colaborador da Escola Nacional de Saúde Pública, na cadeira de Administração Hospitalar – como orientador de estágios – Viriato Namora era também professor de Administração na Escola Bissaya Barreto.

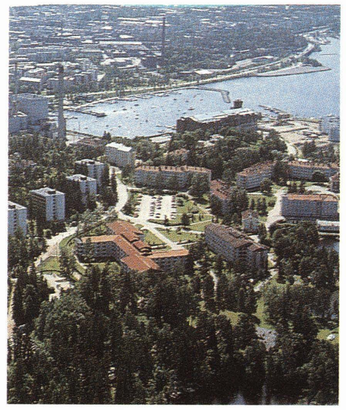
Reunião anual do ORAHS-96 em Portugal

O grupo de trabalho europeu ligado à Operational Research Applied to Health Services (ORAHS) efectuará o seu encontro anual, em Lisboa, entre os dias 22 e 27 de Julho no Hospital de S. José. O tema da conferência será a "Avaliação de programas em Saúde Pública" e estão já asseguradas as participações dos drs. André Giria, João Pereira, Ana Miranda, Judite Catarino, Isabel Falcão, Aleixo Dias e Francisco Ramos. Para mais informações poderá contactar o dr. André Giria - Assessor da Divisão de Epidemiologia e Bioestatística da Direcção-Geral da Saúde.

Conferência anual da EMEDI

A European Medical Electronic Data Interchange (EMEDI) vai realizar em Munique a sua conferência anual, nos dias 20 e 21 de Junho. A EMEDI é um grupo de utilizadores pan-europeus que tem por objectivo promover e desenvolver o intercâmbio de dados electrónicos (EDI) entre todos os parceiros do sector da saúde (Hospitais, Clínicas, Laboratórios, Clínicos Gerais, Segurança Social, Companhias de Seguros, Indústria Farmacêutica, etc). O tema da Conferência deste ano será "A Qualidade e o controlo dos custos em cuidados de Saúde" e pretende-se que as diferentes comunicações esperadas mostrem a evolução de diferentes sistemas operacionais permitindo, assim, aos participantes partilhar as suas experiências.
Para informações e inscrições deverá contactar:

EMEDI Secretariat
C/o Assistance Publique-Hopitaux de Paris
DESI - Service Interface
3, Av. Victoria 75100 PARIS - FRANCE
Tel.: 00331 402 75 690–Fax: 00331 402 74 175



XIV Congresso da Associação Europeia de Directores de Hospitais

De 29 a 31 de Agosto deste ano terá lugar na Finlândia, na cidade de Tampere, o 14º Congresso da Associação Europeia de Directores de Hospitais, de que a APAH é membro. Os principais temas em discussão serão:

- Mudanças na política de Saúde em diferentes países europeus.
- A tecnologia e a estrutura organizacional dos hospitais.
- As questões da qualidade.
- As mudanças nos modelos de financiamento.

Tampere é a maior cidade do interior da Escandinávia, estendendo-se ao longo de uma língua estreita de terra entre dois lagos, num cenário idílico.
Esclarecimentos sobre o Congresso poderão ser solicitados à APAH, através do telefone/Fax: (01) 355 51 24..

Conferência anual da EHMA no Estoril

Vai decorrer na Escola de Hotelaria do Estoril (Bicesse), de 26 a 28 de Junho, a Conferência Anual da European Healthcare Management Association. Fundada com o objectivo de promover o conhecimento e a troca de experiências entre os diferentes países europeus no âmbito da Gestão de Serviços de Saúde, a EHMA congrega instituições europeias de reconhecido prestígio, em matéria de investigação e ensino e na área da prestação de cuidados de saúde.
O tema deste ano "Healthcare futures: The managerial agenda", concitará a atenção dos profissionais de saúde, tal o interesse das comunicações e dos conferencistas convidados. Para os participantes portugueses irá ser feita uma divulgação específica em breve e o preço da inscrição será também reduzido. Poderá solicitar esclarecimentos para: ENSP pelo telefone (01) 757 55 99.

Ex-presidente da da APAH na Presidência da República

É com orgulho que "Gestão Hospitalar" regista a nomeação, como consultor para a Saúde do Presidente da República dr. Jorge Sampaio, do sócio da APAH e seu anterior Presidente dr. Jorge Simões. Administrador Hospitalar brilhante e bem conhecido entre diferentes profissionais de Saúde, o dr. Jorge Simões trabalha actualmente nos Hospitais da Universidade de Coimbra, desempenhando paralelamente uma actividade intensa na área da formação em matéria de gestão de Serviços de Saúde.

Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES)

Os membros do recém-criado Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) tomaram posse no dia 22 de Março. Tendo por missão proceder aos estudos e apresentar propostas conducentes à reforma do Sistema de Saúde, o CRES estabeleceu já a estrutura do seu trabalho, dividido em quatro partes fundamentais: Introdução e síntesepelo Prof. Daniel Serrão (que preside ao CRES); Eticidade e Justiça pelo Prof. Guilherme de Oliveira; Execução técnico-profissional e qualidade científica pelo Prof. Alexandre Abrantes, o Dr. Barros Veloso e a Enfª. Mariana Diniz de Sousa; e Gestão económico-financeira do sistema de prestação de cuidados de saúde pelo Dr. Manuel Delgado e pelo Prof. José da Silva Moreira.
A participação da sociedade civil é indispensável para o êxito deste trabalho e pretende-se que o documento final que daí resulte seja uma espécie de contrato social para a Saúde que possa ajudar e orientar as decisões políticas durante muitos anos. Os contactos com o CRES e o envio de sugestões, opiniões e esclarecimentos poderão ser feitos para a ARS do Porto, na Rua de Santa Catarina.
"Gestão Hospitalar" congratula-se com o facto do Presidente da Direcção da APAH integrar este Conselho e deseja a todos os seus membros o maior sucesso.

Conferência "A Qualidade e a contenção dos custos"

Decorrerá, em Lisboa, no Instituto Ricardo Jorge, no dia 28 de Maio, uma conferência sobre a qualidade e os custos. A APAH convidou para esse efeito a profª. norte-americana, Caryl Carpenter, especialista da área financeira.

aTAC's

☞ Pessoalmente, considero mais ajustado um seguro complementar. Se optássemos por um sistema alternativo, estávamos a reservar para o Estado aquilo que os outros não querem...
Penso que o Amadora/ Sintra não é o modelo mais adequado a nível de experimentação de novas formas de proporcionar cuidados de saúde no âmbito do SNS...
Pretendo fazer uma alteração de fundo à lei de gestão hospitalar, de forma a flexibilizar a gestão dos hospitais. O que gostaríamos era de ter a certeza de que tudo aquilo que é gasto é bem gasto. Há uma grande tendência de consumo de cuidados de saúde que nem sempre se justifica.

Maria de Belém
Fortuna, Março/96

☞ Os gastos não decorrem só da medicina defensiva mas também do facto de alguns médicos serem donos dos meios de diagnóstico. É um escândalo, e está perfeitamente estabelecida a incompatibilidade.
Nunca ninguém analisou entre nós os verdadeiros custos resultantes da repetição de exames em que os médicos são donos dos meios de diagnóstico. Nos Estados Unidos isso já não é possível, aqui continua tudo calado, e é inadmissível.
A consciência de que há armas poderosas a combater pela saúde leva a pensar, de uma forma generalizada, que a morte é quase uma coisa opcional. É a exigência da longevidade. As pessoas querem viver mais e melhor, acham que têm esse direito, e torna-se muito difícil aceitar a incapacidade, o sofrimento.

João Lobo Antunes
Independente (Vida), 12/1/96

☞ O sistema chegou a um ponto em que se gasta tanto ou mais que nos países mais desenvolvidos, com piores resultados e, sobretudo, sem perspectivas de se reverter a curva das ineficiências.
Com tanta preocupação para pagar decentemente e a tempo e horas a médicos, enfermeiros, farmácias, hospitais e centros de saúde, escasseia o tempo para se pensar nos doentes.
A demagogia eleitoral levou em Maio passado à livre prescrição em consultório privado, sem que se fixassem tectos ou orçamentos clínicos individuais. Aí estão o aumento de 25 por cento nos gastos desta rubrica (por comparação com os meses homólogos) a confirmar o desregramento orçamental que o anterior Governo conscientemente provocou.
Conflitos de interesses continuam legitimados pela tolerância, o pluriemprego florescente, a livre prescrição em consultório uma "conquista irreversível", os medicamentos genéricos ao nível simbólico, o financiamento da formação e turismo médicos intocáveis. As farmácias esperam que se cumpra o acordo que os nomeou credores privilegiados, a indústria espera que o Governo meta na gaveta o programa sobre a expansão dos genéricos e reembolso pelo preço de referência. Todos esperam mais vantagens e menos problemas.

A. Correia de Campos
Expresso, 12/1/96

☞ É necessário resolver esta coisa inadmissível de os hospitais centrais e distritais trabalharem a meio tempo ou a um terço do tempo, deixando vazia a maioria dos blocos operatórios e algumas consultas a partir da hora do almoço e as restantes consultas a partir das quatro horas, enquanto as listas de espera aumentam. Se fosse uma fábrica, falia.

Isabel do Carmo
Público, 11/3/96

BRAUN

Qualidade I

Segundo o dr. Manuel Delgado, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, "a qualidade em saúde é tendencialmente assumida pelas suas vertentes menos importantes, apresentando-se, muitas vezes, como um show off vazio de conteúdo". Eu, que sou também um técnico de saúde, concordo plenamente com a sua opinião, retratada no artigo intitulado "A Qualidade em Saúde", publicado na edição anterior da Revista da Associação a que preside. De facto, como ele escreve, essa visão da qualidade "desvia recursos e atenções das questões essenciais para a eficácia dos cuidados e para a satisfação e bem-estar dos utilizadores".

Carlos Pinto
enfermeiro
Lisboa

Qualidade II

"Se poupamos dinheiro mas há pessoas a morrer, não podemos dizer que haja melhoria", diz John Williamson, médico e investigador norte-americano, especialista na área da qualidade, na entrevista publicada pela última revista da APAH. É verdade, e dificilmente poderia sintetizar-se da melhor maneira.
As razões por que vale a pena ler este trabalho são várias, sobretudo por quem tem a tarefa de gerir estabelecimentos de saúde, quer pela experiência, quer pelos ensinamentos, quer pelas diversas sugestões apresentadas.
Uma das sugestões mais interessantes, que bem demonstram a visão de John Williamson nesta matéria, é a solução integrada que ele preconiza para os hospitais: "Que um hospital constitua um grupo, uma equipa de melhoria da qualidade, que se debruce sobre os problemas do hospital no seu todo, sobre os problemas entre serviços, problemas entre indivíduos, tais como o pessoal de enfermagem e os médicos, os administradores e os médicos, problemas fiscais e tudo o resto que se possa aplicar ao hospital no seu todo".

Leitor identificado
Administrador hospitalar
Lisboa

Espera

Eu não tenho nada a ver com a área da saúde. Sou dona de casa e, tanto quanto posso, tento estar informada. Verdade seja dita: com tanta informação e desinformação é bem difícil saber-se às quantas andamos!
A razão da minha carta para a vossa Revista, que li enquanto desesperava na espera de uma consulta, é dizer quanto me custa pagar impostos e ter de suportar situações destas.
Senhor director, vocês que são administradores, que são os gestores da saúde, que sabem os motivos verdadeiros por que há tamanhas listas de espera, não têm soluções? Se sabem, porque sabem, onde está o mal, não poderão despir a pele de gestores, vestir a pele de clínicos e receitar a solução aos médicos?
Vejam lá, vejam lá mesmo se se entendem e acabam com esta pouca vergonha! Sim, que haver listas de espera nos hospitais do Estado e não as haver nos hospitais privados, quando os médicos são os mesmos...

Maria Filomena Pereira
dona de casa
Porto

Dinheiro fácil

Antes ainda de nascer e ao longo do ciclo da vida, os seres humanos enfrentam uma série de riscos com uma forte componente económica: a doença, a invalidez, o desemprego, a pobreza, uma velhice sem meios, etc...
As aspirações de segurança económica da população e uma visão do Estado como força protectora e benfeitora levaram, durante o século XX, a um crescimento, nos países ocidentais, do chamado Estado Providência ou de Bem-Estar.
Portugal, com algum desfasamento temporal, não fugiu a esta regra, encontrando para os problemas de segurança económica e protecção social respostas, entre outras, nas Misericórdias, no Serviço Nacional de Saúde e na Segurança Social.
Hoje a crise do Estado Providência é grave. No campo da saúde, há razões estruturais que fazem prever que as despesas não parem de crescer, não só em termos absolutos mas, o que é mais preocupante, como proporção do rendimento nacional e dos agregados familiares.
A saúde, nomeadamente, as técnicas e tecnologias de ponta, são cada vez mais caras!...
Actualmente as verbas afectas às despesas com a saúde não chegam e os problemas estruturais agravam-se.
Apesar dos avanços e sucessos clínicos, da dedicação de alguns profissionais, das alterações nos métodos de gestão das instituições e da maior informação e formação dos cidadãos, continuam a existir situações de doentes que caminham, nos estabelecimentos de saúde, de Herodes para Pilatos no calvário agonizante das listas de espera e da espartilhação das especialidades médicas.
Os défices crónicos das instituições do Serviço Nacional de Saúde tendem a cercear a margem de manobra dos reduzidos mecanismos de gestão que a legislação em vigor permite.
Neste âmbito, em 1995, assistiu-se a um desbloqueamento de verbas por parte do Ministério das Finanças para colmatar os défices existentes nas instituições de saúde.
Esta medida contém em si os dois versos da medalha.
Por um lado, foi positiva, urgente e muito útil que tenha ocorrido como meio de possibilitar:

- — O saneamento do défice acumulado até 31/12/94;
- — O maior poder da compra das instituições;
- — A simplificação de alguns processos burocráticos;
- — Uma redução de pressão permanente dos fornecedores, junto das Administrações, a fim de cobrarem os seus créditos.

Por outro lado, esta medida torna-se negativa e até mesmo injusta, porque:
1– Premiou, cegamente, as Administrações que mais défices geraram, sem ser efectuada uma análise/avaliação dos seus actos de gestão, bem como da produção e produtividade de cada instituição;
2– As verbas agora "injectadas" no sistema têm reflexos imediatistas, funcionando, em sentido figurado, como "água em balde roto", isto é, daqui a alguns meses o Ministério da Saúde tem um problema similar;
3– É indutora do consumismo na perspectiva de que, algures no tempo e no espaço, há sempre um "Estado Providência" que acaba por pagar as dívidas do sistema, não valendo a pena os esforços e as preocupações por parte dos gestores institucionais. Isto é, criam-se expectativas de "dinheiro fácil" na saúde, quando ele custa bastante a cada cidadão no pagamento dos seus impostos;
4– Camufla, atamanca, mais uma vez, os problemas estruturais de um Serviço Nacional de Saúde, que envelheceu precocemente, sem se ter adaptado e potencializado ao serviço dos cidadãos, necessitando, neste momento, de ser reformado.
Em síntese, urge alterar o sistema de saúde português, designadamente no que concerne aos mecanismos de financiamento, para bem de todos os cidadãos.

Forum Saúde/96 – Jantar-debate com a Ministra da Saúde

Após um adiamento por questões de agenda, realizou-se no dia 29 de Março o I Encontro integrado no Forum Saúde/96.

A presença da Ministra da Saúde suscitou um interesse até agora inabitual neste tipo de iniciativas, registando-se a presença de cerca de 200 participantes. Maria de Belém marcou desde logo um novo estilo no relacionamento com os diferentes profissionais de saúde presentes. Falando de improviso, com simplicidade e clareza, traçou as principais orientações do Ministério para o futuro. Assente em três eixos fundamentais, todos eles centrados no doente – a acessibilidade, a qualidade e a humanização – a política do Ministério orientar-se-á desde já para as seguintes acções concretas:

– Incentivar os médicos de família para um trabalho envolvido e de grande disponibilidade junto da comunidade;
– Promover a articulação entre os Centros de Saúde e os Hospitais;
– Alterar o estatuto do Hospital Público (para o que já nomeou um grupo de trabalho liderado pelo prof. Vasco Reis da Escola Nacional de Saúde Pública/U.N. Lisboa);
– Recriar a Comissão para a Qualidade e humanização dos cuidados de saúde, agora liderada pelo prof. Walter Oswald.

Apelou a uma maior responsabilidade por parte dos profissionais, é apologista de uma maior delegação de competências e defende a rápida implementação do cartão do utente.

No período de perguntas e respostas, muito vivo e participado, a Ministra da Saúde, para além de responder a questões importantes (sobre os regulamentos dos Centros de Saúde, a separação público-privado ou a separação entre o financiamento e a prestação de cuidados) ou incómodas (a nomeação de grupos de trabalho poderá adiar decisões políticas de fundo, mas permitirá que estas se tomem consistentemente, de forma duradoura e com amplo consenso), chamou também à discussão o senhor Secretário de Estado, também presente, nas matérias do financiamento e da política de medicamentos.

Arcos dos Reis trouxe uma novidade quanto ao financiamento dos hospitais: para 1997 irão ser experimentados novos métodos nos maiores hospitais portugueses, com orçamentos de base 0. Para isso o Ministério contará com o apoio de entidades externas, habilitadas neste tipo, trabalhoso e complexo, de orçamentação. Quanto aos medicamentos considerou que os genéricos deverão ser incentivados mas acautelando sempre a qualidade do produto em todas as suas fases. ■

Caldeira da Silva, director da Escola Nacional de Saúde Pública, usando da palavra na abertura das Jornadas

IX Jornadas de Administração Hospitalar

Sobre o tema "Sociedade e Saúde" decorreram em Dezembro passado mais umas jornadas de Administração Hospitalar, após um interregno de alguns anos.

Contando desta vez com a colaboração da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, a Escola Nacional de Saúde Pública/UNL, introduziu um modelo inovador, convidando três personalidades externas à saúde para, numa perspectiva trans-sectorial, analisar os valores societais, económicos e políticos que regem as sociedades modernas e influenciam os sistemas de saúde.

Assim, o prof. José Adelino Maltez, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, abordou o tema da solidariedade versus individualismo, o dr.

O Secretário de Estado da Saúde, Arcos dos Reis

João Salgueiro, presidente do Grupo Caixa Geral de Depósitos

João Salgueiro tratou o tema da regulação normativa versus mecanismos de mercado e o dr. Augusto Lopes Cardoso abordou especificamente o tema "Responsabilidade e saúde".

Foram convidados comentadores prestigiados do mundo académico e profissional que trouxeram a controvérsia e o confronto de ideias, necessárias neste tipo de iniciativas.

As jornadas excederam as expectativas dos organizadores, não só pela qualidade das conferências, mas também pelo aceso debate que proporcionaram, junto de uma plateia muito concorrida. ■

A Ética Hospitalar na homenagem a Preciosa Aguiar

Numa comovente iniciativa da Comissão de Ética do Hospital de S. Francisco Xavier, realizou-se neste estabelecimento hospitalar, no dia 11 de Janeiro uma sessão de homenagem à nossa colega Preciosa Aguiar.

Um evento tanto mais sensibilizador quanto ele veio enaltecer um dos temas mais queridos à dr[a]. Preciosa Aguiar, a que vinha dedicando o seu entusiasmo nos últimos tempos como membro integrante da referida Comissão de Ética.

A sessão, presidida pelo prof. Sales Luís, presidente da Comissão de Ética, contou com a presença do Padre Vitor Feytor Pinto, na qualidade de representante do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, membros da Comissão de Ética do HSFX, Conselho de Administração e diversos convidados, entre eles, familiares da dr[a]. Preciosa Aguiar, representantes das Comissões de Ética de outros Hospitais e de organismos centrais do Ministério e grande número de profissionais do Hospital.

Após celebração litúrgica, pelo Padre Feytor Pinto e pelo Capelão do HSFX, teve lugar uma conferência sobre a "Ética na Vida Hospitalar", com intervenção de vários oradores, que abordaram temas relevantes, tais como, a "Evolução Histórica da Ética", no seu confronto com a Moral e o Direito, a relação médico-doente, a dignidade da pessoa humana no Centro da Ética e da Vida Hospitalar.

Uma impressionante homenagem, em que para além da elevação dos temas, um clima de saudade sentida esteve sempre presente. ■

A emocionante viagem de estudo da APAH a Inglaterra e à Escócia *

O quartel-general do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em Leeds

Esta nova iniciativa da APAH foi mais uma vez um êxito.

Que o digam os 60 "turistas" que naquela inolvidável quinzena de Fevereiro, com ameaças de frios, neves, gelos e... bombas (o atentado do IRA nas docas do Tamisa tinha sido nas vésperas!) se abalançaram, de armas e bagagens, a atravessar mares e ares do Reino Unido, se não à procura do "Santo Graal", ao menos à procura dos novos desafios ("new challenges") do National Health Service, dos nossos velhos aliados.

Não éramos muitos, mas éramos, sem dúvida, genuínos e audazes.

Estávamos dispostos a calcorrear hospitais, ("new" and "old" hospitals) "Health Centers", "Health Departments", "Health Authorities" and "Health Commissions", participar num sem número de "meetings", "conferences" and "sessions", tudo para descobrir o âmago dos novos ventos londrinos, que estão soprando por todo o "country" na área da saúde!

Se ao fim de 11 dias de intenso batalhar (esta expressão "guerreira" é inevitável após ouvir tantas descrições épicas pelos castelos da Escócia...), não conseguimos apreender totalmente esses ventos "renovadores", só à nossa mente empedernida o devemos.

O esforço dos nossos "hospedeiros" foi inaudito. Como veremos.

Londres: the big city!

Londres é sempre um espanto! A nobreza dos museus e palácios, o impecável recorte das fachadas victorianas, o peso do antigo e da tradição nas ruas solenes de estátuas e colunas, o formigar intenso dos "old magazines", as saídas do "metro", os luxuosos e quentes "pubs", o Tamisa, as pontes, os parques (infelizmente despidos nesta época do ano), o faíscar das luzes do "néon" nos teatros em profusão de Picaddily!

King's Fund College, em Londres, um dos mais prestigiados institutos do mundo na investigação em gestão de serviços de saúde.

Uma tentação. Ainda deu para saborear as célebres peças que estão há 10, 20 anos, em cartaz (quem pode resistir?), para uma escapadela aos "Harrods", para uma noitada à beira do Tamisa.

Mas o programa "sério" esperava-nos.

O King´s Fund – e o seu "management college".

Em Cavendish Square, num belo palacete recentemente restaurado, está instalada desde Julho/95, esta célebre Fundação, vocacionada desde a sua criação nos anos 60, para a consultadoria e formação, nas áreas da gestão e desenvolvimento dos Serviços de Saúde.

Um dos mais conceituados "Colleges" neste ramo no Reino Unido, o King's Fund estende a sua fama internacionalmente, com participação de professores estrangeiros e colaborações de "expertise", ao mais alto nível, junto de governos de inúmeros países.

Na Inglaterra, o King´s Fund, tem dado suporte desde o início dos anos 60, à implementação do NHS, apoiando políticos e altos executivos, em decisões de fundo e fornecendo "know-how" a camadas sucessivas de gestores e quadros de saúde.

Desde os finais dos anos 80, tem vindo a apoiar as novas reformas do NHS, a "Reforma da srª. Tatcher" – 1ª fase (1987/91) e a 2ª fase – que decorre de 92 até à actualidade.

No "King´s Fund College" fomos recebidos por David Knowles, um "ex-Chief Executive" do NHS, que ocupou durante largos anos a direcção do Riverside Health Authority, um dos mais influentes sectores da grande Londres, e tem sido "adviser" em projectos ao mais nível para a Austrália, Nova Zelândia e Europa de Leste.

O dr. David Knowles deu-nos uma panorâmica muito vasta e integrada do movimento das novas reformas da saúde, em curso no Reino Unido, combinando as vertentes técnica e política, e uma larga visão da saúde pública das populações, na interface com as convulsões económicas, sociais e as querelas partidárias e inter-institucionais.

Entre o ideal e o real, apontou os pontos – fortes da nova política e as suas "weaknesses", balanceando os progressos positivos com as incertezas que rodeiam ainda todo o novo processo de gestão do NHS.

A dinâmica deste novo processo gestionário foi ainda ilustrada por General Practitioners (GP´s), que a nível local são peças-chave na articulação entre a gestão de fundos (fundholders) e a oferta de cuidados.

Em sessões muito participativas e originais, em que a abordagem dos temas pelo prelector é frequentemente entrecortada por "espaços de discussão", em pequenos grupos, para clarificação de ideias e posterior apresentação de dúvidas, em debate generalizado, pudémos avaliar a dinâmica deste tipo de aprendizagem e a modernidade de processos.

Contactámos ainda com as óptimas instalações onde se destacam uma completíssima biblioteca especializada em saúde e assistência social, altamente informatizada, e uma "bookshop" com as publicações mais "up-date", na área da saúde, editadas pelo "King´s Fund".

Do "Chelsea and Westminster" Hospital

Situado na famosa "Chelsea", um bairro "chic" no Riverside (SW – Londres), bem perto do Tamisa, este modernissimo hospital que integrou 2 velhos hospitais da zona, aparece-nos afinal encaixado na massa urbana da Fulham Road, com uma incaracterística fachada de qualquer "super-market", em que sobressaem as lojas de floristas, "chemist", "tabacs" and "newspapers".

Quando entramos, o hall é enorme, mas a recepção pouco acolhedora. Há à volta a imponência das escadas rolantes que sobem vertiginosamente, entre linhas arquitectónicas brancas e puras, que parecem desafiar o céu. Há tapeçarias belas nas paredes, aquários, flores. Ao lado, uma sapataria "ao ar livre".

O público vai e vem, como se fosse e viesse ao "Shopping Amoreiras". É isto um hospital? Alguém pode sentir o sofrimento alheio, no meio de sapatos e aquários?

Saímos desiludidos. A sessão no 4º andar, com o "board" de directores foi pobre e desincentivadora. Não nos deixaram visitar o hospital. Uma constante em Inglaterra: "Os visitantes podem assustar os doentes".

Ainda fizemos uma visita ao "Emergency Service", em instalações separadas, um quarteirão abaixo. Aí, apesar de tudo, pudémos entrar, ver.

Sessão de trabalho no King's Fund, em Londres

...ao "Middlesex Hospital"

O "Middlesex" é um vetusto hospital do Centro de Londres, fundado em 1747 e remodelado no início deste século, (1929) que integra o complexo hospitalar dos UCLH ("University College London Hospitals").

Este vasto e famoso "campus" universitário encontra-se disperso por várias instituições hospitalares, que formam actualmente um *trust* integrado no NHS, desde que em 1994 a si associaram mais 2 hospitais especializados – o National Hospital for Neurology & Neurosurgery e o Eastern Gestel Hospital.

Recebidos no "salão de actos" do velho hospital, revestido das figuras a óleo dos magestáticos fundadores, ouvimos uma brilhante exposição sobre as novas metas dos Hospitais da Universidade no contexto das novas reformas do NHS, a que o dr. Charles Marshall – "Chief-Executive" dos UCLH denominou "The Strategic Future".

Em resumo, uma visão superior das estratégias sempre adaptativas e de longo alcance que um futuro em incessante e controversa mutação impõe e exige à condução das velhas e novas instituições hospitalares.

Com serena visão crítica e elevado espiríto de busca constante da "performance" qualitativa dos UCLH, fazendo uma ponte harmoniosa entre as estruturas do College Universitário e as performances dos serviços, o dr. Charles Marshall, embora céptico sobre o "neocapitalismo" dos novos ventos gestionários, parece conduzir o seu "barco" no meio dos tempestuosos ventos de mudança com a superior elegância de uma sabedoria única e uma humildade cativante.

Da alta performance destes UCLH, diz-nos a atribuição em 1994 do prémio "Queen´s Aniversary Prize" ao seu departamento de "cancer", pelo alto suporte e aconselhamento prestado pelo pessoal aos pacientes e seus familiares.

Em 1992 foi atribuída igualmente à Escola Médica dos UCLH a mais alta posição em investigação entre as congéneres de todo o país.

Visitámos ainda em grupos separados, os serviços de emergência e laboratórios do hospital.

Uma nota especial sobre o serviço de urgência

Pouco movimento na altura. Mas um acolhimento personalizado, atento. Uma triagem correcta, por enfermei-

ras especializadas.
Nada de grandes multidões. Estes "Emergency Services" – apoiam áreas limitadas. Há um bom e rápido encaminhamento para os hospitais mais próximos. Os circuitos parecem estar correctamente definidos. Não há luxos, mas as coisas funcionam.
Houve ainda uma curta visita à Unidade de Transplante de Medula, em que nos foi dado perceber uma experiência humanizadora, interactiva, entre o pessoal, doentes e suas famílias.

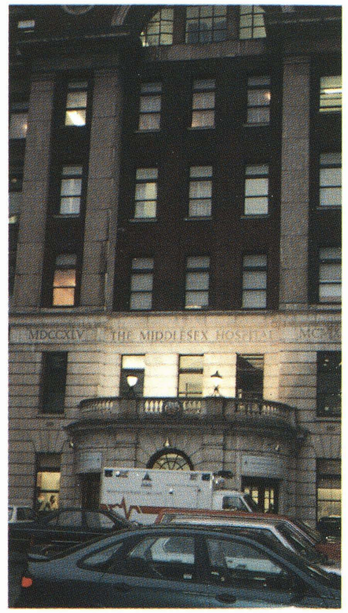
Escócia

A nossa estadia de três dias na Escócia foi deslumbrante, porque o tempo ajudou imenso. Para além de umas ventanias ocasionais, tivemos um sol maravilhoso para apreciar os imensos campos verdes ondulados e as ovelhinhas de lã fofa sempre pontilhando as planuras.
Com uma guia excelente, ficámos a saber imenso da história da Escócia e seus valentes guerreiros.
E em Stirling pudemos rememorar as lutas renhidas do "Braveheart" e do jovem Rob Roy...
Edimburgo foi, porém, o ponto alto, uma cidade nobre e senhorial, em pedra-cinzenta, pontuada de agulhas das catedrais e o belo castelo feudal, com o azul estuário do "Firth of Forth" a seus pés...
Na periferia da cidade, tivémos a visita à The Royal Infirmary, um velho hospital centenário, que uma mestria de gestão mantém "em boa forma".
A visita centrou-se, porém, numa magnífica sessão sobre os planos do "new hospital", a inaugurar numa vasta zona verde a 8 km da capital, e que é já um projecto famoso na sua concepção e no impacto que terá na sociedade local e no próprio NHS, por se tratar de um projecto piloto das novas experiências de "Private Finance Iniciative", uma inovação actualmente em curso nas novas reformas.
Esse projecto de 150 milhões de libras será conduzido por um consórcio de empresas, que construirá o hospital, e toda a rede de infra-estruturas de ligação à zona, e ficará encarregado da sua exploração por um longo contrato de 50 anos, mantendo o Estado (representado pelo corpo clínico) toda a direcção e controlo dos serviços clínicos.
Os altos executivos da Royal Infirmary (na área clínica e financeira) estão agora comandando todo o processo de planeamento estratégico que será já orientado pelas novas concepções do "Patient Focus/Centered Care", em que toda a concepção do novo organigrama e planificação das instalações é completamente inovadora e "subvertida", em relação aos moldes clássicos, sendo a "pessoa do doente" e suas necessidades vitais, de atendimento pronto e eficaz, a comandar toda a "engineering" das unidades e dos procedimentos clínicos.
Esta sessão valeu só por si, como uma "aula experimental" dos novos ventos do NHS, em que a paixão dos seus mentores e o seu entusiasmo pela mudança nos faz ansiar por ver esta obra no terreno dentro de 5 a 7 anos!

Manchester

Das "southlands" da Escócia, rumámos ao Noroeste da Inglaterra – terras dos condados de Lancaster e de Leicester – sempre entre colinas e prados verdes e pequenos lagos bordejados de neve.

Sessão de trabalho na sede do Serviço Nacional de Saúde, em Leeds



Um dos hospitais visitados em Londres

Paragem em Kendall, uma vila silenciosa e calma, com telhados de ardósia e casas cinzentas, a alma inglesa do velho interior esquecido, atravessada pelas águas rumorosas do Kendall, um rio familiar e inquieto...
Enfim Manchester à vista: a cidade-mito dos fins do século XVIII, dos agitados anos da Revolução Industrial. Todos estão ansiosos. A entrada na cidade é aquela "surpresa esperada": os pesados edíficos de tijolo, com o seu genuíno ar "fabric", pesados mas imponentes, com fachadas decoradas de estatuetas e flores, um sóbrio toque de barroco, uma elegância "bric" da nova burguesia.
"Companies", "trusts", "societies", perfilam-se nas pesadas avenidas do século passado que desembocam subitamente nas novas praças flamejantes de torres de vidro e golpes originais de novas arquitecturas.
Uma cidade de contrastes, confusa mas vibrante, o velho e o novo, buscando novas simbioses arrojadas.
Não espanta que esta cidade – disseram-nos – esteja agora na 2ª posição do "ranking" das Universidades do Reino Unido (mais de 100, actualmente!), ultrapassando Oxford e Cambridge, nos seus avanços científicos!
Aliás, foi a Universidade que organizou toda a visita, através da sua "Health Services Management Unit" (HSMU), em cooperação com a "Manchester Health Comission", organismo que desde 1994 assumiu as anteriores competências da "Health Autority".
A cooperação entre Universidade e Serviços de Saúde é aqui muito viva, como aliás, por todo o Reino Unido, o que seria um interessante tema de pesquisa para Portugal, agora que se perfilam novos modelos para a saúde ao nível dos decisores políticos.
A conferência sobre Novas Perspectivas para a Saúde na região de Manchester, à luz das novas reformas, mais uma vez nos deu um enfoque sobre as necessidades das populações como base de todas as propostas e modelos – um planeamento estratégico que está sempre presente.
A região confronta-se com uma multiracial população, em que a instabilidade das correntes migratórias mais ou menos itinerantes ou consolidadas exige todo um painel de modelos adaptativos. Igualmente aqui o encerramento de hospitais e redução de camas é uma tónica dominante, num país que nos tempos aúreos dispersou hospitais com profusão e luxo, e procura agora a contenção de gastos e uma maior eficiência na concentração e integração de cuidados.
A sessão contou com a agradável surpresa de um colega português – dr. Joaquim Paulo Moreira, licenciado em Economia pela Universidade do Porto e em "Gestão Hospitalar" pela Universidade de Lancaster, investigador actual na "Management Unit" da Universidade e que está fazendo o seu doutoramento em "Marketing e Comunicação em Saúde". Nosso acompanhante durante os 3 dias de estadia em Manchester, foi um elemento valioso de aproximação, que nos deu uma perspectiva muito pessoal sobre as novas reformas no contexto da sociedade inglesa que bem conhece e sobre a qual mantém um subtil distanciamento.
O programa incluía visitas a diversos hospitais (South Manchester University Hospitals; North Manchester – a District Hospital e o "Royal Alexandra Hospital" – um novíssimo hospital privado) e ainda um "workshop" na "Manchester Health Comission", sobre as novas reformas.
Este programa estava porém previsto para quatro pequenos grupos, o que nos obrigou mais uma vez a opções difíceis.
As impressões finais destas visitas separadas eram um pouco díspares reinando certa insatisfação e frustração pelos limites impostos.

"Quarry House" – quartel general do NHS

A manhã acordou bela de morrer. Nevava em Manchester. Farrapos de neve dançavam na leve neblina. Partimos para Leeds. A travessia da brancura, prados e cidadezinhas cobertas de espessa camada de neve, ao longo da estrada como nos "christmas cards"...
A visita marcava encontro na "Quarry House", em Leeds – a famosa sede do "departamento executivo" do NHS.
O moderno e imponente edifício alberga o "cérebro" do NHS, uma gigantesca máquina de "offices" e departamentos, que planeiam a gestão estratégica de todos os serviços do NHS e põem em marcha as políticas de saúde aprovadas pelo Governo para todo o país.
Constituindo-se como "pilar de apoio" fundamental junto do Governo (o "chief-executive" do D.E. depende directamente do State Secretary – entre nós – o Ministro da Saúde), perante o qual responde, cabe-lhe definir as políticas de saúde para o país, dentro das metas e objectivos inseridos no programa de Governo e elucidar os seus membros sobre o impacto de novas políticas e programas de saúde nacional.

Royal Infirmary de Edimburgo, o mais importante hospital da cidade, com cerca de 750 camas

Na linha descendente à Quarry House cabe a orientação estratégica de todo o sistema para níveis cada vez mais apurados de "eficiência" e "eficácia", buscando a melhor contenção de custos com o máximo de qualidade dos resultados.
Sendo as suas funções essencialmente de consultadoria e controle cabe-lhe manter um esforço elevado de investigação em novos modelos de gestão e desenvolver sistemas de informação progressivamente mais integradas, com recurso permanente às novas tecnologias de informação, por forma a acelerar uma rede interactiva de comunicabilidade entre todos os "actores" do sistema que possa ser geradora de inovações e de correcção permanente dos desvios e das causas de insucesso.
Da "Quarry House", em Leeds e do D.E. em Londres, emanam todo o comando para 8 Delegações Regionais do NHS, espalhadas no país (algo como as novas "regiões de saúde", em Portugal).
Das conferências a que assistimos pudémos concluir que as Novas Reformas em curso no NHS são seguramente monitorizadas por eficazes mecanismos de controlo, a partir deste "cérebro central", que permanentemente trabalha o "feed-back" informativo de todo o sistema para o reelaborar ou reorientar, injectando novos aliciantes ou impulsos no sistema, ou se necessário, controlando abusos e falhas.

York – uma cidade a revisitar

De tarde foi para passear serenamente, pela histórica cidade, pequeno burgo, agora turístico e universitário, longe vão os tempos bélicos e as pompas da realeza.
Mas há no silêncio e na serenidade essa nobreza de tempos idos, pequenos palácios discretos que se revêem no seu passado de glória.
Os pináculos da enorme catedral, as naves imponentes, vitrais de sonho.
Há que não esquecer esta cidade. Voltar um dia.

Stockport

O último dia foi passado em Stockport – uma comunidade (município ou "district"), na periferia de Manchester.
A comunidade de Stockport apresenta-se despoluída e pacífica, com largas zonas verdes e pequenas localidades tranquilas!
Este ambiente parece bem propício para os interessantes planos de saúde

das autoridades locais, que se esmeram actualmente a prestar melhor saúde às suas populações.
Fomos recebidos pelo "board" do "Stockport Healthcare" – um "NHS trust" recentemente criado ao abrigo das novas reformas (que deram um formato novo de sociedade ou *trusts* – com grande autonomia administrativa e financeira às anteriores instituições de saúde comandadas de perto pelo NHS), seguindo-se um painel de apresentação das actividades e redes de saúde locais.
O mais saliente desta organização é a experiência integradora, pois sente-se no entusiasmo dos seus responsáveis uma paixão comunitária. Prestar o melhor para a sua comunidade e com a sua comunidade.
Os clientes são "parceiros" em tudo, e mais do que "clientes" são vistos como "cidadãos", que têm parte activa na organização da sua saúde, dando sugestões, comunicando e intervindo junto das autoridades locais.
Por outro lado, os dirigentes do "Stockport Healthcare" mantêm uma relação de parceria com todas as autoridades de saúde locais e com as autoridades administrativas da comunidade (a "municipality"), que desenvolvem os "social care" (cuidados de protecção social), donde resulta uma experiência "cooperante" da saúde e da segurança social, extremamente bem sucedida.
Os benefícios desta interacção são particularmente salientes em áreas sensíveis, como os cuidados de saúde mental e para os idosos, em que as verten-

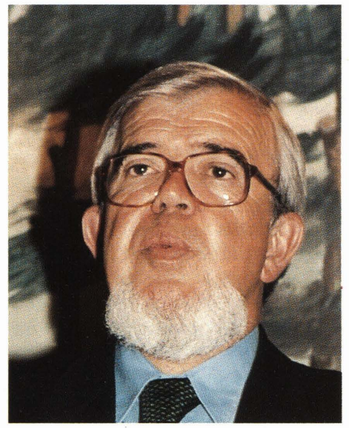
tes da saúde e do apoio social necessitam de um permanente diálogo.
Após a sessão com os dirigentes do *trust* visitámos uma "Nursing Home" na periferia de Stockport – the "Harbour Court" – uma mansão para idosos, com doença de Alzeimer, no estilo de casa de montanha no meio do arvoredo.
Inaugurada há poucos meses, esta residência aparece-nos confortável e acolhedora como um pequeno hotel. No entanto, vendo bem, o ambiente pareceu-nos segregativo e claustrofóbico, não podendo os doentes dispôr de um mínimo de auto-controle. Corredores e portas só abrem sob controle electrónico do "staff", os espaços são constrangedores e labirinticos. O parque à volta parece distante. Ninguém o vê. Os doentes estão apáticos e sem ocupação.
"Uma gaiola dourada" para morrer?
Fizémos ainda uma visita a um "centro de dia", para doentes mentais idosos.
As assistentes sociais do "staff" falam-nos de planos integrados para melhorar os serviços de saúde mental na comunidade, em estruturas abertas, e no apoio domiciliário.
O "centro de dia" revela pouca dinâmica, um lugar pacífico de convívio e pouco mais. Mas o Stockport Healthcare está ainda a começar a sua obra, para melhorar a saúde e o bem-estar da sua comunidade. E sonhos não lhes faltam. ■

** Crónica da viagem de Arminda Cepeda*

Administradores hospitalares portugueses em terras de Sua Majestade

Opinião

A Reforma dos Sistemas de Saúde



Vasco Pinto dos Reis*

Raras serão as semanas em que, algures por esse mundo, o tema da reforma dos sistemas de saúde não seja abordado, com maior ou menor profundidade.

Reconheça-se que, provavelmente e nos dias que vão correndo e na área da saúde, nenhum tema será mais actual e divulgado do que o da reforma dos sistemas de saúde.
Raras serão as semanas em que algures por esse mundo, sob a forma de conferências, seminários ou qualquer outro tipo de "fora" de discussão ou sob a forma escrita em livros e revistas, o tema não seja abordado com maior ou menor profundidade e de modo extremamente diversificado.
Também por isso, terá que aceitar-se que, mais do que em qualquer outra dimensão do sector da saúde, é importante e necessário proceder à identificação das que têm sido as linhas de força dominantes neste processo de reforma, das consequências, pelo menos potenciais, das medidas de política que as têm consubstanciado e, sobretudo, ensaiar a avaliação do impacte dessas medidas, até em termos da sua coerência com os princípios que, aprovados em sede de organizações internacionais, têm sido com frequência esquecidos.
No entanto, a reforma dos sistemas de saúde não é um tema novo.
Razões diversas, intimamente relacionadas com o crescimento de pressões de vária ordem que têm actuado sobre os sistemas de saúde, levaram a que, desde o final da década de 70, mas mais acentuadamente durante a década de 80, um número significativo de países europeus tenha iniciado processos formalizados de mudança nos seus sistemas de saúde. Iniciativa que foi animada e acompanhada de perto por diferentes organizações internacionais, umas com interesses específicos na área da saúde (OMS, por exemplo), outras com horizontes de actividade mais alargados (OCDE, Banco Mundial, Conselho da Europa, União Europeia).
A OCDE, designadamente, consciente de que os políticos do sector da saúde procuravTam uma clarificação de objectivos e de alternativas de solução, além de outras iniciativas (uma importantíssima conferência em Novembro de 1994), desenvolveu dois projectos sucessivos, de natureza sobretudo descritiva que foram concluídos em 1992 e em 1994.
Mas o processo de reforma dos sistemas de saúde conheceu uma aceleração e uma notoriedade muito particulares na década de 90 por razões bastante diferentes.
Por um lado as mudanças políticas registadas nos países da Europa Central e de Leste que, sendo focadas principalmente nos seus sistemas económicos, atingiram também e com a mesma direcção a saúde. Por outro, a eleição nos Estados Unidos do presidente Clinton, cujo programa e naturalmente cuja campanha eleitoral, deram grande importância à reforma do sistema de saúde americano, produzindo um impacte mediático para o qual é difícil encontrar precedentes.
Volvidos alguns anos sobre o início do processo de reforma dos sistemas de saúde, julgamos ser já possível e designadamente no contexto da experiência acumulada e "digerida" (bem mais noutros países do que entre nós), uma análise sistematizada, não só das principais questões identificadas como dos diferentes tipos de medidas de política ensaiadas e efectuar, em alguns aspectos, a sua avaliação.
O que poderá permitir identificar, já com algum rigor, um conjunto restrito de iniciativas relativamente coincidentes, quer em termos de objectivos anunciados e/ou perseguidos quer em termos de medidas de política adoptadas.
Trata-se de um avanço a que há que atribuir a maior importância.
Desde logo, porque mesmo do sim-

ples ponto de vista de uma apreciação, ainda que superficial, dos objectivos anunciados, não se encontram paradoxalmente, de forma directa e clara, referências significativas a muitos dos objectivos que têm sido aprovados internacionalmente e de modo pacífico, como linhas de acção estratégica a desenvolver. E sobretudo são relativamente raras (no mínimo) as referências à melhoria das condições de saúde das populações ou à sua situação de saúde.

Efectivamente, os objectivos de política de saúde anunciados com maior frequência continuam a ser, como a OCDE refere no seu estudo de 1992 (OCDE; The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of seven OECD Countries. Health Policy Studies Nº 2, OECD, Paris, 1992):

- A adequação e equidade no acesso aos cuidados;
- A protecção dos rendimentos;
- A eficiência macro-económica e a eficiência micro-económica, e a conciliação entre as duas;
- A liberdade de escolha para os consumidores;
- A concessão de uma apropriada autonomia aos prestadores.

Objectivos que só com muita dificuldade poderemos enquadrar directamente em preocupações com os chamados "ganhos de saúde" (*health gains*) ou com o "estado de saúde" (*health status*) das populações, situando-se quase todas e de uma forma directa ou indirecta, mais na área dos "gastos com a saúde".

Mas, mesmo estes objectivos anunciados que muitos já consideram discutíveis do estrito ponto de vista da saúde, nem sempre são os efectivamente perseguidos, talvez pela sua interacção com o contexto cultural dominante em muitos países e em que tem pesado a vontade de redução do papel do Estado e a intenção de conter ou até baixar as despesas e os custos sociais.

Assiste-se com efeito a um processo que julgo até agora não concluído (e que provavelmente nunca o será) de afrontamentos e equilíbrios delicados e circunstanciais entre a "cultura de solidariedade" nascida e durante longos anos dominante na Europa e um outro tipo de cultura, mais do tipo de uma "cultura do rendimento" que, produto de uma crescente sensibilidade aos custos sociais da produção, põe em causa a primeira e defende, num quadro de valores diferente com maior ou menor extensão, aplicações mais reprodutivas e economicamente mais úteis para importâncias que, nos últimos anos, a colectividade aplicava sob a égide daqueles princípios.

Assiste-se, com efeito, a um processo de afrontamentos e equilíbrios delicados e circunstanciais entre a "cultura de solidariedade" e a "cultura do rendimento".

Situação para a qual muito tem contribuído também e até com relativo destaque (mormente nos países com prática democrática) a existência de ciclos políticos que, perante a necessidade de introdução de reformas ou simples mudanças nem sempre consensuais, marcam com muita clareza a extensão temporal disponível para a sua implantação, limitando-as de facto ao curto e ao médio prazo, lapso de tempo muitas vezes insuficiente para a resolução dos problemas existentes ou pelo menos insuficiente para permitir o desenvolvimento total das soluções ensaiadas.

Por tudo isto não é totalmente inesperado o facto de, em termos de medidas concretas e na sequência da referida sensibilidade à componente social dos custos de produção com que a cultura do rendimento quase dominante, acentua as vantagens (para alguns a necessidade) de aplicações alternativas, se registar um recurso muito alargado à introdução de mecanismos de mercado, muitas vezes em termos de pura "transferência" e frequentemente com efectiva subvalorização das especificidades do mercado da saúde e, muito especialmente, dos seus protagonistas, dos delicados papéis que desempenham e dos potenciais efeitos preversos que a sua introdução imponderada possa ocasionar.

Afigura-se assim interessante e sem qualquer preocupação de esgotar o tema, rever algumas das medidas de reforma mais generalizadas, com particular realce das que envolvam o recurso à introdução de mecanismos de mercado, procurando aprofundar alguns pontos que se consideram mais relevantes.

E nesta perspectiva , começarei por realçar as que são apontadas como sendo de utilização mais generalizada e consideradas por um bom número de políticos da saúde como as que mais directamente dão resposta às suas quase exclusivas preocupações económicas, mais voltadas para os gastos com a saúde do que para os ganhos com a saúde, para a responsabilidade individual do que para a solidariedade social, para a competição do que para a cooperação dos prestadores num quadro de autonomia responsável e responsabilizada.

Durante a década de 80 e ainda no início da década de 90, muitos países europeus, primeiro da Europa Ocidental e mais tarde da Europa Central e de Leste, enquadraram a reforma dos seus sistemas de saúde na óptica da privatização, quer da propriedade dos meios de produção quer do seu financiamento.

O sistema de saúde dos Estados Unidos, quase todo ele fundado na propriedade privada (ainda que, com muita elevada frequência, sem intuitos lucrativos), serviu naturalmente de "caso" para estudo, funcionando para muitos como exemplo a seguir.

No entanto, os estudos realizados não revelaram um sistema tão exemplar como no plano teórico e em antítese com os sistemas europeus com uma componente fortemente pública, muitos autores aguardariam.

Em termos de iniciativa, o sistema revelou-se mais selectivo do que muitos esperavam, orientando-se a oferta privada, predominantemente, para as áreas que propiciavam um retorno seguro e rápido do investimento feito.

Apesar da possibilidade de influenciar este tipo de decisões através da criação de modos de pagamento adequados e incentivadores da criação de recursos que prestem certo tipo de cuidados de modo correcto e a preços razoáveis, verifica-se que essa facilidade, tendo aparentemente natureza reversível e impacto apenas a curto prazo porque se orientariam sobretudo para uma perspectiva de despesas de exploração, acaba por constituir um dos mais consistentes factores de crescimento das despesas de saúde, sobretudo por duas razões.

Por um lado, face à dimensão da componente fixa nos custos de prestação (principalmente a nível hospitalar) e à mais limitada mobilidade na área desse tipo de despesas. Por outro lado, pela necessidade de reembolsar os investidores em períodos compatíveis com a evolução do progresso tecnológico que se desenvolve em ciclos apertados e geradores de obsolescências rápidas.

Também por isso, o funcionamento do sistema facilmente revelou sistemáticos e dramáticos aumentos das despesas, mas sobretudo a escassez ou mesmo inexistência de correspondentes contrapartidas em matéria de cobertura, qualidade média e melhoria dos resultados, no plano da efectividade, das prestações, tendo como origem possível, a dificuldade de conciliação entre os objectivos de saúde definidos nos planos estaduais e federais, com o comportamento dos prestadores.

Este tipo de reservas, que para muitos se transformaram em dúvidas crescentes, senão sobre a validade, interesse e legitimidade da medida de "privatização" mas sobre a sua natureza de instrumento exclusivo, por suficiente de mudança, abriram caminho a uma discussão ainda hoje extremamente activa, sobre se, mais do que a propriedade do capital ou a origem dos recursos e as capacidades funcionais que determinariam, não seria pelo funcionamento dos sistemas em regime mais próximo do de um "mercado" – privado, público ou misto – que se conseguiriam "eficiências" que compatibilizassem a natureza ou o interesse social (ou público) das prestações de saúde com as preocupações, sempre dominantes, de contenção de custos e de controlo da subida das despesas.

Talvez por isso e nesta perspectiva, a introdução de mecanismos de mercado com crescente ênfase nos factores que favorecem a competição, se tenha transformado na mais vulgarizada e utilizada das medidas de reforma dos sistemas de saúde numa óptica de promoção de eficiências.

Durante a década de 80 e ainda no início da década de 90, muitos países europeus, primeiro da Europa Ocidental e mais tarde da Europa Central e de Leste, enquadraram a reforma dos seus sistemas de saúde na óptica da privatização, quer da propriedade dos meios de produção quer do seu financiamento.

O sistema de saúde dos Estados Unidos, quase todo ele fundado na propriedade privada (ainda que, com muita elevada frequência, sem intuitos lucrativos), serviu naturalmente de "caso" para estudo, funcionando para muitos como exemplo a seguir.

A competição será pois o objecto desta primeira e sintética reflexão que deverá ser entendida como um simples contributo para o desejável e necessário realinhamento de objectivos que permita reequacionar coerentemente prioridades em matéria de medidas a tomar para melhorar a situação de saúde dos cidadãos e a actividade dos prestadores.

Uma das mais evidentes especificidades reconhecidas ao mercado da saúde reside nos papéis que nele estão distribuídos aos seus diferentes interventores: Consumidores/utentes; prestadores (de primeira e de segunda linha); proprietários; terceiros responsáveis/pagadores/seguradores (compradores); Estado que, aliás, acumula o desempenho, de um número significativo desses papéis e designadamente o de pagador (comprador) e prestador.

Pode afirmar-se que a introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, e em particular a promoção da competição, parte habitualmente da separação entre prestadores e pagadores, o que é tanto mais importante quanto mais complexa for a situação de acumulação de papéis num dado sistema (por exemplo no Estado, mormente em países em que os respectivos sistemas de saúde assentam em padrões de solidariedade social, quer de tipo bismarckiano quer de tipo beveridgiano).

Esse movimento de desintegração, a um nível mais ou menos descentralizado, de responsabilidades que durante longos anos se acumularam no seio das mesmas entidades, possibilitou que a questão da cria-

BRAUN

ção de condições para a competição ou a sua promoção, se verifique em planos diferentes: entre pagadores/compradores ou (seguradores); entre prestadores.

O primeiro modelo de competição no quadro do processo de reforma dos sistemas de saúde em curso foi desenvolvido principalmente na Holanda e também, ainda que de modo menos claro, no Reino Unido.

A competição entre prestadores é uma das mais generalizadas propostas do movimento de reforma em desenvolvimento. Foi promovida, por exemplo, na Suécia, na Grã Bretanha, na Holanda e, apesar das diferenças de contexto, no projecto preparado sob a égide do Presidente Clinton, para os Estados Unidos.

Sendo para mim evidente a importância e as vantagens que a introdução de mecanismos de mercado e particularmente de tipo competitivo nos sistemas de saúde pode proporcionar, questiono-me sobre se tal tem sido feito sempre de modo ponderado (e nem sequer o faço numa óptica nacional em que, no plano prático, não diviso sinais dessa introdução). E interrogo-me sobretudo sobre se as efectivas e indiscutíveis especificidades do mercado da saúde têm sido sempre adequadamente equacionadas e valorizadas, mormente:

a)– A relação de agência que se cria face ao não domínio da informação pelo doente;

b)– A limitada soberania do consumidor no mercado da saúde que quase se limita ao que poderíamos chamar de procura primária (ir ou não ir ao médico, fumar ou não fumar);

c)– O conceito de necessidade em saúde, as limitações que induz no consumidor e o poder que outorga aos prestadores;

d)– A muito escassa relevância do elemento preço, enquanto factor moderador do consumo através do cotejo utilidade/preço e a desvalorização da dimensão económica das prestações;

e)– A importância de qualquer forma de promoção da competição, seja entre seguradores seja entre prestadores, não induzir quebras de qualidade, não permitir a instalação de esquemas de selecção adversa.

f)– O facto de todos estes elementos associados e acrescentados à possibilidade real dos prestadores poderem eles próprios maximizar a utilidade das prestações – não só no interesse do doente ou da componente científica da sua actividade mas também para eles próprios – e assim determinar a possibilidade de indução da procura pela oferta.

Exige-se uma intervenção reguladora do Estado que, quando efectuada, tem dado origem a um modelo específico de competição, popularizado sob a designação, talvez demasiado genérica, de "competição gerida".

Parecem, portanto, justificadas algumas questões:

Não haverá limites para a competição?

Isto é:

- Não deverá a competição procurar salvaguardar e até promover a qualidade condicionando-se a sua introdução e dinamização à prévia definição de *standards*, cuja execução deverá ser acompanhada e avaliada por métodos *interpares*, previamente estipulados?
- A concretização de eventuais contratos, promovendo a competição entre prestadores, não deverá ser precedida de rigorosa avaliação da capacidade técnica e do rigor ético dos contratantes, com recurso urgente a mecanismos de acreditação dos prestadores, permanentemente actualizados?
- A concretização de eventuais contratos, promovendo a competição entre pagadores (seguradores) não deverá conter mecanismos que, mesmo recorrendo à via normativa e a sanções, previnam eventuais situações de selecção adversa?
- Que tipo de informação deverá ser utilizada (e por quem), para acompanhar, avaliar e validar as condições de desenvolvimento da competição?
- Até que ponto será legítimo, face aos interesses em presença, utilizar incentivos que, visando a competição, possam induzir distorções do ponto de vista técnico-científico no comportamento normal dos prestadores face aos seus doentes?
- Como compatibilizar a aplicação dos modelos que pretendem estimular a microeficiência (das organizações) e sobretudo a sua eficiência interna com a eficiência do sistema de cuidados, nomeadamente com as crescentes preocupações de eficiência económica que deveriam estar subjacentes à definição de prioridades num quadro de recursos escassos?

Como resultará evidente das considerações feitas:

- Num momento de reflexão sobre o heterogéneo movimento de reformas em curso e reconhecendo-se a importância de um reforço de competição na reorganização dos sistemas de saúde;
- Aceitando-se facilmente que ela deve ser promovida por uma clarificação de funções hoje confundidas na mesma entidade (regulação, financiamento e prestação) e que passarão pela sua separação;
- Defendendo-se a introdução de uma dimensão económica (ponderada) no relacionamento consumidores/prestadores;
- Porque a saúde é cada vez mais reconhecida como um bem social e/ou público.

Justifica-se plenamente ou mesmo exige-se uma intervenção reguladora do Estado que, quando efectuada, tem dado origem a um modelo específico de competição, popularizado sob a designação, talvez demasiado genérica, de "competição gerida".

Tem-se verificado no entanto que essas intervenções reguladoras, ainda que enquadradas globalmente em preocupações de competição, são diversificadas e têm tido níveis de sucesso diferenciados, justificando plenamente uma nova e diferente questão.

O mérito ou o sucesso (quando existem) dessas intervenções terá a ver com as virtualidades da competição em si mesma, com a natureza substancial e com a bondade das medidas reguladoras em que se consubstancia ou com o tipo de regulação que é utilizado?

Trata-se de uma questão pouco discutida, exigindo uma abordagem muito mais aprofundada do que a que esta singela reflexão propicia.

Provavelmente, a resposta correcta estará nas três dimensões que procurámos isolar (competição, regras e tipo).

Mas se a importância da primeira e nalguns casos das duas primeiras é geralmente reconhecida, o mesmo já não ocorre com o tipo de regulação (ou de gestão) que afinal tem a ver com alguns dos pressupostos das primeiras e, designadamente, com um – a clarificação do mercado através da análise e redistribuição explícita dos papéis nele desempenhados pelos protagonistas que antes se identificaram.

Nesta perspectiva pareceu importante terminar esta nota questionando (mesmo, como é o caso entre nós, fora de um contexto de competição gerida ou "regulada") a tradicional via burocrático-administrativa de "regulação" dominante e em que o Governo aparece, pelo menos de facto, como primeiro nível de articulação de serviços "napoleonicamente" hierarquizados na vertical e realçando as potencialidades da regulação por via política (arbitral e em que seja transparente a exclusividade da preocupação de defender os potenciais consumidores como ocorre no âmbito de outros tipos de direitos), mesmo que tal imponha e limite o exercício directo de outras atribuições, mais ostensivas em termos de exercício do poder, mas menos essenciais ao moderno conceito de Estado.

Ainda que para tal e mantendo, salvo vontade expressa (eventualmente estimulada) as funções financiadoras que os valores da cultura de solidariedade nacional têm tornado total ou parcialmente irreversíveis – e mesmo essas passíveis de delegação em entidades terceiras, tão autónomas quanto possível – abdique da gestão directa das funções de prestação que não tem que assumir com carácter de inevitabilidade.

A concretização de eventuais contratos, promovendo a competição entre pagadores (seguradores) não deverá conter mecanismos que, mesmo recorrendo à via normativa e a sanções, previnam eventuais situações de selecção adversa? Até que ponto será legítimo, face aos interesses em presença, utilizar incentivos que, visando a competição, possam induzir distorções do ponto de vista técnico-científico no comportamento normal dos prestadores face aos seus doentes?

Em súmula e como resultará evidente das considerações feitas:

- Reconhecendo-se a importância de um reforço de competição na reorganização dos sistemas de saúde;
- Recordando que a competição, deve salvaguardar a qualidade condicionando-se a sua introdução à definição de *standards*, cuja execução deverá ser acompanhada e avaliada por métodos *interpares*, previamente estipulados;
- Sublinhando que a promoção da competição não poderá em nenhuma circunstância incentivar a eficiência interna ou técnica dos prestadores em detrimento da eficiência do sistema e, designadamente, da eficiência económica ou distributiva;
- Preconizando que todas as medidas tendentes a introduzir nos sistemas de saúde mecanismos de mercado ponderem cuidadosamente as especificidades do mercado da saúde, especialmente aquelas que, reconhecendo uma maior debilidade do consumidor, o façam depender mais do que nos restantes mercados dos prestadores, situação cuja transparência não deve ser prevertida.

Defende-se que seja garantido que, até para não desgastar este tipo de medidas, se proceda aos ajustamentos que permitam superar os pontos fracos que têm sido e, provavelmente, serão cada vez mais identificados.

E que, nesta perspectiva, seja criteriosamente promovida uma acção de clarificação do mercado da saúde, que poderá passar por uma separação de funções hoje confundidas na mesma entidade (regulação administrativa, financiamento e prestação). ■

** Professor da Escola Nacional de Saúde Pública (UNL).*
Administrador hospitalar do Subgrupo Hospitalar Capuchos Desterro, em serviço no Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

BRAUN

"Algo está a mudar na democratização e despartidarização das instituições de saúde", reconhece António Correia de Campos, regressado de Washington, onde desempenhou importantes funções no Banco Mundial. "Há no novo Ministério da Saúde uma atitude de humildade e de desejo de acertar, combinada com um firme bom-senso".

António Correia de Campos

Algo está a mudar na Saúde

GESTÃO HOSPITALAR — Quais eram concretamente as suas funções que, segundo sabemos, se projectavam nos países do leste europeu?

CORREIA DE CAMPOS — Durante três anos desempenhei as funções de especialista senior em administração de serviços de saúde do Banco Mundial, em Washington, EUA. Estava integrado na Divisão de Recursos Humanos do Departamento IV da Europa e Ásia Central, o qual tem a seu cargo as relações do Banco com oito países da ex-União Soviética os da faixa ocidental – Estónia, Letónia, Lituânia, Bielorússia, Ucrânia, Moldávia, Geórgia e Arménia. Fui o único especialista de saúde da divisão, tendo a meu cargo a definição e coordenação de uma política de apoio do Banco a esses países na área da saúde; ao mesmo tempo coube-me também iniciar projectos de financiamento, o que fiz na Estónia e na Geórgia. Estes são ainda hoje os dois primeiros projectos globais de reforma da saúde na antiga União Soviética.

GH — Com certeza que a experiência que retirou desses países, em fase de reformas profundas em todos os domínios, e obviamente na saúde também, lhe dá uma especial autoridade para perceber sistemas de saúde diametralmente opostos e apontar os caminhos mais adequados. Importa-se de nos falar um pouco sobre isso?

CC — No âmbito das minhas funções visitei prolongadamente quase todos os países da sub-região (com excepção da Lituânia e da Arménia) e tive ainda ocasião de participar em missões na Federação Russa e no Arzebeijão. A experiência colhida em cerca de 300 dias de missão foi riquíssima, e confirmou várias das ideias que já tinha:

– Que os sistemas de saúde se parecem todos uns com os outros, como Alan Maynard uma vez afirmou, sendo mais as características comuns que as diferenças;

– Que o nosso sistema se assemelha extraordinariamente com o daqueles países, não só nos aspectos positivos, como a universalidade de cobertura, a quase gratuitidade, a prioridade à mãe e à criança, mas também nos aspectos menos positivos como o autoritarismo e centralismo da administração pública, a desconfiança face à iniciativa privada, a reunião de financiamento e prestação na mesma entidade, o relativo atraso das universidades em relação, quer à inovação tecnológica, quer à inovação gestionária e o papel excessivo do corporativismo profissional no sector;

– Que qualquer mudança do sistema tem que ser precedida ou acompanhada de uma mudança na cultura profissional sobretudo médica, quer se trate do desenvolvimento de um novo modelo de cuidados de primeira linha, quer se trate de reconhecer a saúde de adultos como o problema número um dos nossos sistemas, quer se trate ainda de novos modelos organizativos a implantar;

– E, finalmente, o reconhecimento de que as carências financeiras não serão o único nem sequer o principal problema dos sistemas de saúde, mas também e sobretudo as ineficiências acumuladas de uma gestão rígida e carente de incentivos.

GH — E que ensinamentos tal experiência pode trazer para a evolução do nosso sistema de saúde?

CC — Os ensinamentos destas experiências de reforma dos sistemas do leste europeu são múltiplos. Primeiro, a necessidade de correcta identificação de problemas, se não deve levar-nos a abandonar as "antigas" prioridades, como a saúde da mãe e da criança, deve ao menos chamar a atenção para os "novos" problemas de saúde pública, centrados na estagnação ou até declínio dos níveis de saúde dos adultos, sobretudo os homens, consequência dos estilos e hábitos de vida não-saudáveis; problemas que não são vulneráveis aos métodos convencionais de luta contra a doença, mas às atitudes promotoras de saúde; segundo, que não há reformas sem descentralização da administração, sem separação entre financiamento e prestação e sem aprofundamento do papel regulador do Estado; terceiro, que não é necessário privatizar o sistema de cuidados de saúde para se ganhar eficiência, mas sim que se deve criar competição entre prestadores e eventualmente também entre financiadores, cabendo ao cidadão uma muito maior liberdade de escolha entre quem deve administrar o sistema de cuidados clínicos individuais. Estes são alguns dos problemas com que se debatem os sistemas de saúde europeus, tanto do leste como do ocidente.

"Os sistemas de saúde parecem-se todos uns com os outros".

Não há reformas sem descentralização da administração, sem separação entre financiamento e prestação e sem aprofundamento do papel regulador do Estado. Não é necessário privatizar o sistema de cuidados de saúde para se ganhar eficiência.

GH — Desde a implantação da lei do SNS em 1979 (lei generosa e conforme aos ventos da história para a época) que a Saúde tem sido gerida sem uma visão estratégica, o que tem provocado crescente insatisfação em todos os protagonistas e a todos os níveis. Concorda? Que razões aponta para este estado de coisas?

CC — Não me parece que se possa falar em falta de visão estratégica, mas antes em falta de desagrado perante a situação. Se ela tem persistido é porque as forças sociais dominantes estão relativamente satisfeitas, ou que os insatisfeitos não têm voz para exprimir insatisfação. No primeiro caso estão muitos dos profissionais, sobretudo os médicos e enfermeiros hospitalares com carreira já garantida que poderão considerar-se acomodados às irracionalidades e

ineficiências do sistema. No segundo caso estarão muitos médicos da carreira de clínica geral e saúde pública, as cinderelas do sistema, que provavelmente estão desagradados. Creio que outros profissionais, como os farmacêuticos e a própria indústria não têm razão de queixa maior, a não ser o medo dos atrasos de pagamento. Creio que haverá já estudos de opinião que confirmam estes dados. Finalmente, quanto aos cidadãos, pouco se tem cuidado de saber como eles se sentem. As campainhas de alarme do sistema têm sido apenas os alertas de ordem financeira. Todos sabemos que financeiramente o sistema é insustentável sem reforma. Continuar na linha actual significa degradar lenta mas progressivamente a qualidade dos cuidados. Se quisermos retirar daqui as conclusões evidentes, deveremos reconhecer que qualquer reforma irá desagradar a quem acha que as coisas vão bem e que os aliados serão poucos e pouco vocais no início, para se multiplicarem quando virem que a reforma não será em vão.

"Financeiramente, o sistema é insustentável sem reforma".

GH — O facto de não ser médico e ser considerado como o expoente dos economistas da Saúde entre nós, tem feito incidir sobre si opiniões contraditórias: de político emérito a técnico reputado, de tecnocrata frio a terror dos médicos. Dando de barato o provincianismo emergente destes rótulos, qual a pele em que se gosta mais de ver? Como encara a dicotomia mítica entre os médicos e os gestores, em que os primeiros aparecem ligados à pessoa e ao seu bem-estar individual, e os segundos são rotulados de economicistas, desvalorizadores da vida humana e eminentemente preocupados com números e orçamentos?

CC — Não creio que tenha interesse para uma revista de administradores de hospitais discutir imagens públicas de indivíduos. Todos sabemos que reputações se fazem e desfazem com elementos nem sempre verídicos e poucas vezes racionais. Pessoalmente não tenho qualquer razão de queixa dos médicos portugueses. Estou familiarmente rodeado por médicos, conheço bem as dificuldades que os da minha geração tiveram em conquistar um lugar na profissão e na sociedade, avalio a quantidade enorme de sacrifício pessoal e familiar que têm que aceitar para desempenhar a sua missão com dignidade e não sinto qualquer espécie de inveja de ver muitos deles bem remunerados. Também me sinto confortado por saber que no âmbito da profissão estão a surgir preocupações de racionalidade económica que eram quase suspeitas quando agitadas pelos administradores vinte anos atrás. Creio que o poder das ideias, neste caso das boas, leva tempo a consolidar-se, mas é irresistível. Dou-lhe o exemplo dos Cuidados Primários ou da Clínica Geral, ideias quase sacrílegas no passado recente e que hoje estão adquiridas, até com estatuto de ensino universitário e investigação científica autónoma.

Pouco se tem cuidado de saber como os cidadãos se sentem. As campainhas de alarme do sistema têm sido apenas os alertas de ordem financeira.

GH — Insiste-se hoje muito na necessidade de se reformar o nosso sistema de saúde e o SNS em particular. Qual o sentido que deve presidir a essas reformas? Que pilares fundamentais acha que devem ser significativamente alterados? Que aspectos positivos devem ser preservados?

CC — A reforma dos sistemas de saúde parece aceite pelos partidos políticos que representam a maioria dos portugueses. Curiosamente, há uma vasta área de consenso nos programas partidários. Cito apenas o princípio da separação entre financiamento e prestação, a descentralização da gestão e a maior autonomia e responsabilização dos hospitais, a possibilidade de haver gestores de orçamentos clínicos globais, quer sejam médicos de família, quer sejam ARS, quer seguradoras públicas, mutualistas ou privadas. Creio que é ponto assente a necessidade de introduzir mais competição no sistema, quer através de concessões de gestão a entidades privadas, quer através de competição ou concorrência interna gerida ou regulada pelo Estado. É também claro para muita gente que o Estado deve assumir um novo papel mais regulador que gestor, penetrando em áreas até aqui quase ignoradas, como a acreditação e o licenciamento para garantia de qualidade.

"O regresso à Escola Nacional de Saúde Pública é uma experiência que me tem emocionado".

GH — Através da comunicação social ficamos a saber que irá presidir a uma Comissão para a reforma da Segurança Social. Que ideias tem sobre o actual estado de coisas? Que pontes encontra entre a Segurança Social e a Saúde e que explorações há a fazer neste campo?

CC — A Comissão do Livro Branco da Segurança Social é constituída por personalidades de grande capacidade e experiência. Dela fazem parte quatro ex-ministros, cinco ex-secretários de Estado, vários actuais e antigos directores-gerais e professores universitários de reconhecida competência. O mais importante é o facto de representarem virtualmente todo o espectro da sociedade portuguesa e estarem dispostos a trabalhar sob a coordenação de um não-especialista da área. Talvez a minha não-familiaridade com os temas seja uma vantagem comparativa. Em qualquer caso estou desde já credor da Comissão por me ter aceite como presidente, e naturalmente do Governo, por me confiar esta tarefa. As pontes de ligação à Saúde são muitas: desde logo as ideias-chave de diversificar o financiamento do Estado-Previdência, de descentralizar a sua gestão e de recorrer às vantagens do mercado para aumentar a eficiência, através de competição e da gestão moderna de activos financeiros. Mas há outros pontos de confluência: a defesa do Estado-Providência assenta na sua modernização e reforma e não na manutenção do imobilismo; continuar como estamos sem nada mudar é como enterrar a cabeça na areia para ignorar os problemas, traindo gerações vindouras.

GH — Reassumiu funções na Escola Nacional de Saúde Pública. Entretanto, "transferida" para a Universidade Nova de Lisboa, a ENSP apresta-se a criar mestrados tendo por base os seus cursos normais: Administração Hospitalar; Saúde Pública e Medicina de Trabalho. Pensa ser oportuno repensarem-se cursos, programas e metodologias? E em que sentido? E como encarar o futuro dos actuais pós-graduados com aqueles cursos?

CC — O regresso à ENSP ao fim de quase seis anos de ausência ou de hibernação pessoal é uma experiência que me tem emocionado. A nossa Escola foi nos anos oitenta um centro de excelência a nível europeu, no ensino das ciências da Saúde Pública. Alguns políticos com pouca sensibilidade para a construção do futuro tentaram destruí-la, em nome de uma pretensa teoria da anulação de contrapoderes. Para prevenir acusações de conflito de interesses não pude desempenhar qualquer papel na sua defesa durante esses anos difíceis e uma palavra de grande apreço é devida a quem esteve na primeira linha desse combate, o seu director, professor Caldeira da Silva. Felizmente que o mau sonho já passou, mas agora não é altura de olhar para trás, mas sim para o futuro. A Escola está a trabalhar activamente na definição dos seus futuros produtos académicos, ao mesmo tempo que consolida a sua institucionalização na Universidade Nova de Lisboa. Se o passado nos consola quanto à qualidade dos diplomados nos três cursos regulares, o futuro terá que ser de competição com escolas congéneres. Os futuros cursos profissionais deverão provavelmente transformar-se em mestrados de natureza profissionalizante, como sucede nas instituições estrangeiras da mesma vocação. E sobretudo a Escola terá que abrir-se a mais sangue novo. Sem alunos e jovens assistentes os docentes mais experientes não têm quem lhes conteste as ideias estabelecidas, quem os inquiete. Sem inquietação e espírito crítico não há progresso científico.

GH — O PS assumiu o compromisso de rever a lei de gestão hospitalar e pôr a concurso os cargos dirigentes dos hospitais públicos, quando fosse Governo. Pensa que isso se deve concretizar? Quando e como?

CC — Basta ler a imprensa para se reconhecer que algo está a mudar na democratização e despartidarização das instituições de saúde. Não me cumpre dizer se o Governo está ou não a cumprir o seu programa, matéria de tamanha subjectividade de julgamento, mas creio que há no novo Ministério da Saúde uma atitude de humildade e de desejo de acertar, combinada com um firme bom-senso. Segundo o meu julgamento está-se a avançar com cautela, respeito pelas opiniões, não pelos interesses, para que os avanços sejam irreversíveis. ■

A saúde mental à luz dos políticos

Indefinições, hesitações, avanços, retrocessos – a realidade em que permanentemente se tem debatido a saúde mental em Portugal.

Nuno Afonso Ribeiro*
Maria Anita Quintela de Brito**
Arminda Cepeda***

O Núcleo de Avaliação da Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, recentemente criado, propõe-se levar a cabo, numa primeira fase, a tarefa de dotar de instrumentos avaliativos credíveis que lhe permitam analisar a actividade dos Serviços de Saúde Mental, a sua gestão e os seus resultados – missão até agora ausente nas estruturas da saúde mental.

Ao iniciar a sua actividade, num período coincidente com a campanha das eleições legislativas/95, que culminaram em 1 de Outubro, o Núcleo considerou interessante tentar responder a esta pergunta fulcral: "Há ou não uma política de saúde mental em Portugal?" ou, "O que pensam os nossos políticos sobre a saúde mental?".

Para tal, nada mais apropriado e oportuno, no contexto do momento socio-político, do que compulsar os programas eleitorais ou de governo dos 4 principais partidos políticos concorrentes às eleições: PP, PSD, PS e PCP.

Sendo as políticas que determinam a acção governativa e constituem o motor, a filosofia, o conjunto de ideias, valores e até crenças que vão condicionar o desenvolvimento dos planos e acções, conhecer e aprofundar as posições dos políticos mais responsáveis, neste domínio candente da saúde mental, pareceu-nos tarefa extremamente aliciante, e útil, para melhor situar os nossos objectivos e metodologias de avaliação, no contexto socio-político da realidade do país.

Antes, porém, de nos debruçarmos sobre as políticas para a saúde mental, veículadas pelos principais mentores dos partidos políticos, nesta conjuntura, considerámos elucidativa uma repescagem dos momentos históricos mais significativos, na última década, na tentativa da definição de uma política para a saúde mental.

Como veremos, o histórico deste evoluir é bem elucidativo das indefinições, hesitações, avanços e retrocessos, em que permanentemente se tem debatido a saúde mental em Portugal.

1983/1984 — Governo PS

Em 1983 houve uma proposta de Planeamento das Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto que continha implicita e explicitamente uma política de saúde mental comunitária.

Esta proposta, apresentada pelo DEPS e tendo como relator o dr. Nuno Afonso Ribeiro, na altura, coordenador do Grupo de Planeamento de Saúde da AML, não foi aprovada pelo então ministro Maldonado Gonelha e consequentemente também não foi desenvolvida. A proposta incluia a criação de vários Centros de Saúde Mental, com vasta rede de serviços comunitários de apoio, na periferia dos grandes centros urbanos, com detalhados estudos sobre os recursos humanos e materiais indispensáveis à sua concretização.

No ano seguinte — o Dec. -Lei 74C/84, que cria a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, marca, entretanto, um passo histórico na política de saúde mental.

Os Serviços de Saúde Mental são pela primeira vez integrados na rede de Cuidados Primários de Saúde, através da criação naquela D.G. de uma Direcção de Serviços de Saúde Mental.

Era assim extinto o Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), organismo que coordenara de forma autónoma, desde 1958, os destinos da "Assistência Psiquiátrica", em Portugal.

1985 — Governo PS

Na sequência da 2ª Conferência dos Ministros Europeus da Saúde/Estocolmo, Portugal assinou o seu acordo com as linhas mestras para a política de saúde mental, na mesma perspectiva da psiquiatria comunitária.

Dando conteúdo e aplicação à assinatura desse acordo, o prof. dr. Sampaio Faria, então director dos Serviços de Saúde Mental, propôs um extenso Programa de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que foi aprovado pelo ministro da Saúde, Maldonado Gonelha, obviamente também na perspectiva, da psiquiatria comunitária que também não foi posto em prática.

1988/89 — Governo PSD

Em 1988, no ministério da drª Leonor Beleza, o prof. Caldas de Almeida, então director dos Serviços de Saúde Mental e nomeado posteriormente, sub-director geral dos Cuidados Primários para a Saúde Mental, apresentou um novo modelo de reorganização dos Serviços de Saúde Mental (documento conhecido por "Livro Azul"), aprovado ministerialmente, que apontava claramente para uma política de desinstitucionalização (progressiva substituição das instituições hospitalares de "tipo asilar" por serviços comunitários alternativos) e dava ênfase à criação de Serviços de Reabilitação, até aí inexistentes. Também este vasto conjunto de propostas não foi desenvolvido com excepção da criação de dois Centros de Saúde Mental na AML — o CSM de Lisboa/Oeiras e o CSM do Barreiro/Montijo, que seguiram o desenho dos CSM propostos em 1983, pelo DEPS.

Em 1988, um novo modelo de reorganização dos Serviços de Saúde Mental (documento conhecido por "Livro Azul"), aprovado ministerialmente, que apontava claramente para uma política de desinstitucionalização (progressiva substituição das instituições hospitalares de "tipo asilar" por serviços comunitários alternativos) e dava ênfase à criação de Serviços de Reabilitação, até aí inexistentes. Este vasto conjunto de propostas não foi desenvolvido.

1990/93 — Governo PSD

Em 1990, no consulado do dr. Arlindo de Carvalho, é nomeada uma Comissão Nacional "para o estudo da reorganização dos Serviços de Saúde Mental, à luz dos novos avanços científicos", que terminou os seus trabalhos em 1991 com uma proposta global de novas orientações, destacando-se a criação de Serviços de Psiquiatria nos Hospitais Gerais e a "Reconversão dos Hospitais Psiquiátricos".

No seguimento deste longo parecer e interpretando "à revelia" o teor algo ambíguo das propostas "integráticas", o ministro Arlindo de Carvalho faz publicar em 1992 uma legislação "arrasadora" das estruturas da saúde mental existentes no país (19 Centros de Saúde Mental Distritais e os 2 CSM da AML), integrando os respectivos serviços como "Departamentos de Psiquiatria" dos Hospitais Centrais e Distritais, na dependência directa e total das Administrações Hospitalares.

Entretanto, esta legislação intempestiva, enquanto "extinguia" os Centros de Saúde Mental, de raiz comunitária, criados no seguimento da Lei de Saúde Mental nº 2118 de 1963 (uma lei inovadora para a época), "ressuscitava" a mesma nomenclatura, criando, na dependência da Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, três Centros de Saúde Mental, em Lisboa, Porto e Coimbra, como "órgãos coordenadores" de zona, com funções meramente administrativas!

Por outro lado, os novos "Departamentos de Psiquiatria" dos Hospitais eram instituídos em "Centros de Responsabilidade", uma tentativa de mascarar um verniz de autonomia, apenas aparente. Denominou então o ministro a sua política como "Hospitalo-Comunitária", um chavão pseudo-técnico com o qual pretendia defender-se da colagem ao modelo obsoleto da psiquiatria "hospitalo-centrica" (vulgo "psiquiatria asilar"), dando-lhe os fumos dos novos ventos "comunitários".

A verdade é que a "implementação selvagem" dos dispositivos legais, em que se consumou tal política, veio a provocar um traumatismo global nos serviços, cujos nefastos efeitos são já evidentes, mas carecem ainda de uma avaliação profunda.

Em 1992, o ministro Arlindo de Carvalho faz publicar uma legislação "arrasadora" das estruturas da saúde mental existentes no país (19 Centros de Saúde Mental Distritais e os 2 CSM da AML), integrando os respectivos serviços como "Departamentos de Psiquiatria" dos Hospitais Centrais e Distritais.

1995 — A Conferência sobre Saúde Mental - Governo PSD

Entretanto a situação conflitual existente no subsistema de Saúde Mental, após a "Contra-Reforma" de Arlindo de Carvalho, levou a Direcção Geral da Saúde, sob a égide do director-geral dr. Nunes de Abreu, a promover em Maio de 1995 uma "Conferência sobre Saúde Mental", a nível nacional, que congregou um vasto painel de técnicos de vários quadrantes políticos interessados em debater a saúde mental e se traduziu pelo consenso sobre um conjunto de propostas e recomendações que se inclinavam, novamente no sentido da psiquiatria comunitária.

Esta conferência contou com diversos apoios internacionais, tendo estado presentes representantes da Organização Mundial de Saúde, Federação Mundial para a Saúde Mental e Associação Mundial para a Reabilitação Psico-social. De notar ainda a presença inédita de representantes dos utentes, que fizeram ouvir a sua voz.

Aplicação do instrumento avaliativo

– A grelha avaliativa da OMS (versão adaptada)

– Leitura geral dos resultados

Para o nosso estudo das políticas de saúde mental (consubstanciadas nos programas partidários) decidimos aplicar uma grelha de avaliação proposta pela OMS – Divisão de Saúde Mental – Genéve, em 1991, e que integra um conjunto de instrumentos avaliativos de "garantia de qualidade" em Saúde Mental, que versam desde as políticas aos programas passando pela organização de serviços e avaliação da qualidade dos cuidados.

Dado que essa grelha apresentava um cariz um tanto teórico e nivelador, em função da sua aplicabilidade a nível mundial, pareceu necessário traduzila em termos mais concretos e adaptados à realidade portuguesa.

Assim, embora mantendo a linha geral do instrumento básico, tornámo-lo mais flexível e nalguns casos mais personalizado, por forma a abordar as questões mais envolventes da situação da saúde mental do nosso país.

A grelha ficou assim estruturada por 10 categorias ou parâmetros que pareceram indispensáveis na avaliação das políticas de saúde mental:

1- Definição da política
2- Descentralização/Regionalização
3- Integração/Continuidade de cuidados
4- Articulação inter-sectorial
5- Equidade/Igualdade no acesso
6- Participação comunitária
7- Implementação de programas
8- Financiamento
9- Formação e investigação
10- Avaliação e qualidade

Nestas categorias ou parâmetros foram inscritos diversos itens, que correspondem aos critérios ou padrões considerados requisitos de qualidade para uma política de saúde mental, actuante, actual, justa e eficaz e, tanto quanto possível, integradora e integrada no contexto sócio-político e na rede de saúde do país.

A grelha é baseada numa classificação dos padrões como essenciais (E), recomendáveis (R), não aplicáveis (N), e numa escala de 0 a 2 para o posicionamento relativamente aos itens ou critérios, considerando-se 0 como "não atingido", 1 como "parcialmente atingido" e 2 como "adequadamente atingido".

Lendo os resultados obtidos na grelha

de avaliação (anexa), ver-se-á que os programas partidários são bastante omissos sobre as políticas para a saúde mental, destacando-se como mais pontuado o programa do PCP, pela importância que dedicou a este subsistema no seu programa para a saúde.
Quando os programas políticos responderam pelo silêncio aos itens ou critérios apresentados foram pontuados negativamente, correspondendo as classificações de 1 e 2 a respostas menos ou mais explicitas e completas, respectivamente.
A pontuação 0 – 1 foi escolhida, quando o critério ou padrão foi observado na política geral para a saúde, mas não especificado para a saúde mental.
A leitura geral dos resultados da classificação tornar-se-á elucidativa em confronto com a avaliação/discussão das opiniões/respostas emitidas pelos partidos, face aos itens, constante da parte seguinte.

Avaliação dos Resultados

Discussão Global - A Saúde - A Saúde Mental - E as temáticas afins (Toxicodependência - Sida - Deficientes - Excluídos Sociais)

Será, antes de mais, importante salientar, que enquanto os 4 programas políticos são unânimes em dedicar um vasto campo à saúde em geral (Sistema Nacional de Saúde – SNS – e rede de Serviços Privados, que lhe estão adjacentes), curiosamente a saúde mental está praticamente ausente, com excepção notável para o PCP, que lhe atribui um papel de relevo dedicando-lhe um título cuidadosamente detalhado.
Em contraste, todos os programas políticos (com excepção do PP, que se mantém bastante discreto em áreas sensíveis), dedicam largos capítulos a problemas como a toxicodependência, a sida e os deficientes (para não falar já dos "excluídos sociais" – o novo nome dos "pobres" – que são objecto igualmente pelo PSD, PS e PCP, de vastas linhas programáticas e estratégicas para a sua erradicação).

Sob a égide do actual Director-Geral da Saúde, dr. Nunes de Abreu, realizou-se em Maio de 1995 uma "Conferência sobre Saúde Mental", a nível nacional, que congregou um vasto painel de técnicos de vários quadrantes políticos interessados em debater a saúde mental e se traduziu pelo consenso sobre um conjunto de propostas e recomendações que se inclinavam, novamente no sentido da psiquiatria comunitária.

Estes primeiros confrontos não deixam de ser bem elucidativos.
Se quanto ao PCP se pode dizer que é coerente no seu programa social, abrangendo todas as temáticas com igual ênfase e preocupação, já os programas dos dois principais partidos (PSD e PS) parecem privilegiar os grandes temas do momento, polémicos, atitude a que, sem menosprezar o impacte social e humano destes problemas, dificilmente podemos subtrair alguns objectivos eleitoralistas.
No entanto, uma dúvida persiste. Será que para a maioria dos partidos (excepto o PCP) a saúde mental, ou melhor, a doença mental, se esconde sob a capa da deficiência?
Realmente, ao dedicarem a sua atenção à problemática dos deficientes (o próprio PP lhe dedica um pequeno título), estarão a pensar também nos "doentes mentais"?
Na verdade, não parece evidente. O teor dos dircursos vai antes no sentido dos "deficientes físicos" ou ainda, dos "deficientes mentais", sem nada que ilustre a verdadeira e específica problemática dos doentes mentais.
Permanece, assim, a dúvida. Os nossos políticos confundem ainda os conceitos? Ou os "doentes mentais" são pura e simplesmente esquecidos?

Será importante salientar, que enquanto os 4 programas políticos são unânimes em dedicar um vasto campo à saúde em geral, curiosamente a saúde mental está praticamente ausente, com excepção para o PCP, que lhe atribui um papel de relevo dedicando-lhe um título cuidadosamente detalhado.

Discussão Detalhada (segundo a Grelha Avaliativa)

A partir destes pressupostos gerais, tentámos analisar como se situam os 4 programas políticos face aos vários itens/padrões constantes da grelha avaliativa. É evidente que o que atrás fica dito vai condicionar amplamente as respostas ou classificações obtidas.
Orientaremos a análise, segundo a ordem dos parâmetros/categorias, que constroem o suporte da grelha utilizada.

Definição da Política

Segundo já se evidenciou, os programas dos partidos PP e PSD não definiram qualquer política específica para a Saúde Mental. Optaram pelo silêncio. A menos que a considerassem englobada na genérica política de apoio aos deficientes, o que nos parece, como já dissemos, além de ambíguo, erróneo.
Quanto ao PS, há efectivamente uma menção, mas vaga e perfeitamente desgarrada (a propósito de "medidas a tomar" para "facilitar o acesso e melhorar a qualidade" nos serviços de saúde), à necessidade de "revogar a legislação recente da saúde mental" a estruturas de índole "comunitária" e "não asilar" e a uma política de "desinstitucionalização" moderada, que evite os "sem abrigo". Mas é tudo.
Quanto ao PCP, desenvolve, com algum aprofundamento técnico, os principais vectores de uma política para a saúde mental, com definição de redes integradas de serviços, sua complementariedade com os serviços de saúde geral, ênfase nos direitos dos utentes, medidas de apoio social à sua reabilitação e reintegração social e programas para a qualidade e humanização dos serviços.
Ainda relativamente ao PSD, não podemos deixar de estranhar o silêncio a que se remete o seu programa porquanto a realização em Maio/95 de uma Conferência Nacional para a Saúde Mental, promovida pela Direcção Geral Saúde, a que já se aludiu, veio criar alguma dinâmica e novas esperanças no retorno a uma política para a saúde mental mais humanizadora e renovada, que tentasse corrigir a asfixia e o retrocesso a que foram votados os serviços após a reforma "integrativa" do Ministério de Arlindo de Carvalho.

Descentralização/Regionalização

Dadas as grandes lacunas verificadas à partida na definição de uma política específica para a saúde mental, é evidente que este vector também não sobressai. O próprio programa do PCP é omisso nesse aspecto.
No entanto, deve notar-se que nos programas sectoriais para a saúde o PSD, PS e PCP destacam a vertente da regionalização e desconcentração de serviços.

Integração/Continuidade

Também aqui, apenas o PCP explicita esta orientação para os cuidados de saúde mental, fazendo apelo à articulação com os cuidados primários de saúde e à criação do departamento de psiquiatria nos hospitais gerais.
O PS faz uma alusão a cuidados em continuidade, preconizando a intervenção simultânea nas áreas da promoção da saúde mental, prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes mentais.
Quanto à assistência a grupos de risco ou de maior vulnerabilidade, apenas o PCP os prevê no programa específico para a saúde mental, revelando a sua preocupação por uma política integradora, enquanto o PSD e o PS reservam capítulos especiais para a toxicodependência e alcoolismo, mas à parte da saúde mental, como se se tratasse de sectores "à margem".
Nota-se ainda o esquecimento generalizado de outros grupos de risco cada vez com maior incidência, como o suicídio nos jovens, as doenças mentais dos idosos, as psicoses associadas à toxicodependência.

O teor dos dircursos vai antes no sentido dos "deficientes físicos" ou ainda, dos "deficientes mentais", sem nada que ilustre a verdadeira e específica problemática dos doentes mentais. Permanece, assim, a dúvida. Os nossos políticos confundem ainda os conceitos? Ou os "doentes mentais" são pura e simplesmente esquecidos?

Por outro lado, a "psiquiatria de ligação" – corrente mais actual, que privilegia o apoio psiquiátrico a determinadas doenças de foro somático prevendo formas de articulação com as outras especialidades médicas, a nível dos Hospitais Gerais – não tem ainda expressão nos programas para a saúde mental.

Articulação Intersectorial

A articulação de uma política de saúde mental, que tenha eco em outros departamentos ministeriais, que lhe possam prestar apoio e suporte, também parece ausente. Apenas a política para os deficientes faz alusão a programas escolares, de emprego e de reinserção profissional, que tenham em conta as suas necessidades e limitações, e as ajudas da Segurança Social, como pensões sociais ou de invalidez.
No mesmo sentido, a articulação, dos Serviços de Saúde Mental oficiais com o sector privado (ONG'S – Ordens Religiosas – IPPS) não tem qualquer expressão, embora todos os partidos, com maior ou menor relevo, refiram o papel da iniciativa privada, em complementariedade com a acção do Estado.

Equidade e Igualdade no Acesso

Nada de específico neste aspecto para a saúde mental se deduz dos programas dos partidos.
Não deve, porém, deixar de referir-se que todos os partidos, mostram especial preocupação pelos valores da equidade e igualdade de acesso na organização prevista para o Sistema Nacional de Saúde.

Participação Comunitária

Tal como no ponto sobre equidade e igualdade no acesso, não há referências à participação comunitária ou dos utentes na organização dos Serviços de Saúde Mental. Saliente-se, porém, que os programas do PS, e, em especial, do PCP, dão relevo à intervenção dos utentes, autarquias, associações, etc., na definição da política de saúde e no planeamento, desenvolvimento e avaliação dos serviços.

Desenvolvimento de Programas

Apenas o programa do PCP, dado o seu detalhe e preocupação pela concretização, descreve um planeamento global dos serviços, aponta necessidades e medidas para a melhoria dos recursos humanos em saúde mental (regras para quadros de pessoal, recrutamento, etc.) alude à renovação de equipamentos e, inclusivamente, defende uma política para melhor gestão dos medicamentos e sua acessibilidade aos utentes, o que representa a intervenção numa área muito sensível para os doentes mentais.

Financiamento

Sabendo-se que sem financiamento não há política, nem planeamento, nem programação, susceptível de passar das intenções à prática, a verdade é que para a saúde mental o financiamento continua a ser uma palavra morta.
Poderá dizer-se que, também, o problema do financiamento foi largamente debatido nos programas políticos, a propósito dos sistemas de financiamento da saúde e, em particular, do financiamento do SNS.
Mas ainda aí, se virmos bem, tudo fica em muitas intenções vagas e discussões perenes, entre financiamento por impostos directos, seguros obrigatórios, seguros alternativos, ou outras formas ambíguas da comparticipação Estado/utente.
A verdade é que não se estabelecem percentagens do PIB, nem para a saúde, nem para os seus subsistemas, que nos possam elucidar sobre como os partidos valorizam mais ou menos, a afectação dos recursos financeiros do

país à saúde e quais as prioridades que estabelecem para debelar as carências de saúde da população.
Sabendo-se que a saúde mental, sempre foi o parente pobre numa Saúde, já de si sempre subfinanciada, este silêncio sobre a temática financeira é bem elucidativo de como os partidos evitaram descer ao terreno concreto de um efectivo comprometimento com as opções programáticas avançadas, no receio talvez de um confronto mais esclarecedor.

Formação e Investigação

Esta vertente está mais uma vez ausente para a saúde mental. Apenas o PS releva a importância da investigação médica e de saúde, para o aperfeiçoamento dos serviços e melhoria da qualidade.

Avaliação e Qualidade

Representando este vector, o culminar de uma política de saúde, que se pretenda completa e dignificante, não poderia ser esquecido em saúde mental. No entanto, face ao seu apagamento na maioria dos programas, também este vector não foi considerado.
Releve-se, porém, que, à semelhança do que aconteceu com itens anteriores, os vectores da avaliação e qualidade obtêm referências importantes nos programas para a saúde de alguns partidos, como o PS e o PCP, que apontam medidas para a "garantia da qualidade" nos serviços de saúde e consideram a "avaliação" contínua da gestão e dos cuidados prestados indispensável ao progresso da saúde das populações.

Conclusões

Da análise feita sobressaem certas posições mais ou menos comuns sobre a saúde mental, que convém salientar:
1– A saúde mental, como subsistema específico da saúde e problema básico de saúde comunitária ou é completamente silenciada ou merece citação episódica (com excepção no programa do PCP).
2– Problemas sociais candentes como a toxicodependência, alcoolismo, sida, aparecem completamente desgarrados da saúde mental, sem uma visão abrangente e integradora que tenha em conta as disfunções psicológicas subjacentes a estes flagelos sociais e a necessidade de uma convergência de meios de acção para a sua atenuação.
3– Os doentes mentais parecem ser vistos, por alguns partidos, como "deficientes mentais", sendo este mais um estigma que pesa sobre a sua condição. Se tal rótulo lhes permite de algum modo a vantagem de ter acesso a apoios generalizados para os deficientes, é, por outro lado, desvalorizante e dilui por completo a especificidade da problemática dos "doentes mentais" e da saúde mental, como questão social global.
4– Por outro lado, a política para a saúde mental, quando aflorada, ainda surge, para alguns, à margem da saúde geral e do contexto social mais vasto em que se inserem os problemas que lhe estão subjacentes. O programa do PS para a Saúde, que se apresenta, como o mais consistente e criterioso nos seus fundamentos humanistas e técnicos, parece ser o único que nos dá uma visão contextual da saúde mental e das conflitualidades e convulsões sociais que a perpassam.
Efectivamente, ao lembrar no capítulo "Sociedade e Saúde" os desafios que enfrenta actualmente o Sistema de Saúde, face aos problemas sociaisdo mundo contemporâneo, faz uma referência explícita às perturbações mentais geradas pelo desemprego e a agressão da vida urbana, e às disfuncionalidades psicológicas, nos adolescentes e adultos, concluindo que o Sistema de Saúde está ainda mal preparado para responder a estes desafios.
Ao integrar neste quadro social outros graves problemas, desde a droga, à sida, à criminalidade, o programa do PS revela uma filosofia sócio-genética para a saúde que não podemos deixar de aplaudir. Assim ela se traduzisse no terreno prático, pela inclusão de algumas propostas específicas nas "Medidas a tomar para a Reforma da Saúde", capítulo onde afinal a saúde mental se apaga ou quase se dilui.
Neste aspecto, o programa do PCP é bem mais operacional, organizativo e concreto, apontando para a realidade das reformas necessárias.
5– Finalmente, que horizonte se nos oferece para a definição de uma política de saúde mental, neste dealbar de um novo Governo PS, saído das legislativas de Outubro de 1995? Será que as directivas da Conferência sobre Saúde Mental, de Maio/95, que constituiu um "forum" alargado de discussão sobre as políticas para a saúde mental e as incongruências dessas políticas nos últimos 10 anos, vão ser retomadas? Alguma esperança se perfila para os que ainda não desistem.
O despacho do ministro Paulo Mendo, de 23/08/95 (estranhamente só publicado após eleições, no D.R. de 30/10/95!) criando uma Comissão Nacional "para dar seguimento às conclusões da Conferência", foi, apesar de tardio, um gesto de simpatia para com a saúde mental.
Essa "Comissão Nacional" deverá propor-se fundamentalmente 4 objectivos:

a)- A reformulação de política de saúde mental;

b)- A criação de novos modelos organizacionais com eventual revisão da legislação de 1992 e da Lei da Saúde Mental nº 2118, de 1963;

c)- A criação de um "sistema de informação" para a saúde mental compatível com o Sistema Nacional de Informação da Saúde;

d)- A definição de programas de qualidade para a saúde mental e sistemas de avaliação com definição de critérios e padrões específicos.

Estes objectivos são pertinentes e urgentes. Esperemos que não seja apenas mais uma "recidiva", na perene mutação de intenções e desígnios para a Saúde Mental. ■

Problemas sociais candentes como a toxicodependência, alcoolismo, sida, aparecem completamente desgarrados da saúde mental, sem uma visão abrangente e integradora que tenha em conta as disfunções psicológicas subjacentes a estes flagelos sociais e a necessidade de uma convergência de meios de acção para a sua atenuação.

* Chefe de serviço hospitalar do Hospital Miguel Bombarda
** Assessora do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde
*** Administradora hospitalar

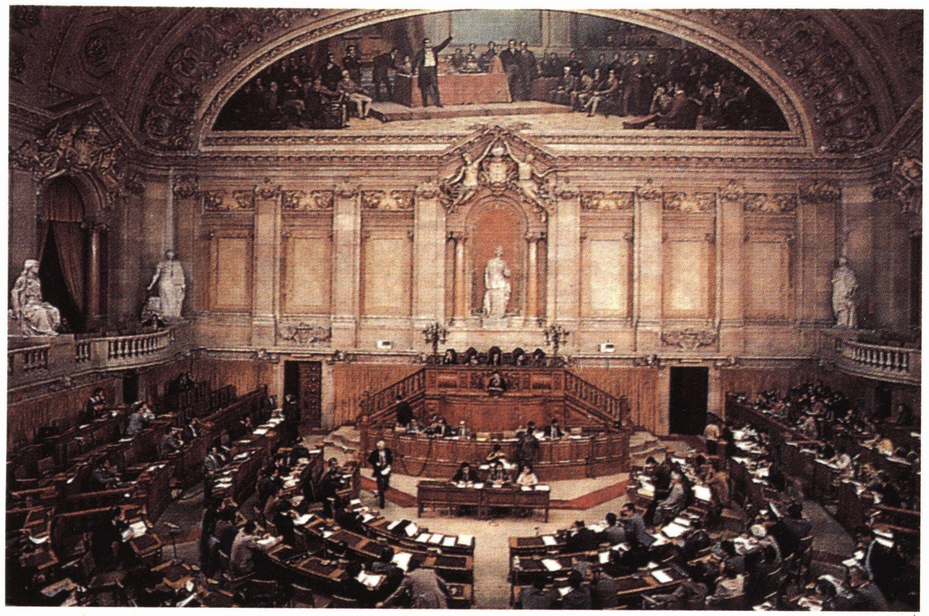
A avaliação da política de Saúde Mental

Instruções para preenchimento da grelha de avaliação

Passo1 — Avaliação do padrão
Avalie cada item como:
- essencial "E"
- recomendável "R"
- não indicado/não aplicável/não atingido "N"

Passo 2 — Avaliação da situação concreta face ao padrão
Avalie cada item como:
- adequadamente atingido "2"
- parcialmente atingido "1"
- não atingido "0"

Padrões de Avaliação da Política de Saúde Mental	Avaliação do Padrão (utilizando a classificação)	Avaliação da Política de Saúde Mental			
	ERN	PP	PSD	PS	PCP
1. Definição da Política					
1.1 Há uma Política de Saúde Mental escrita?	E	0	0	1	2
1.2 A Política de Saúde Mental está integrada no Sistema e, em particular, na estratégia dos cuidados primários de saúde?	E	0	0	1	2
1.3 Existem linhas programáticas para efectivação da Política de Saúde Mental?	E	0	0	0-1	1
2. Descentralização/Regionalização					
2.1 A Política de Saúde Mental prevê uma descentralização de Órgãos de planeamento e gestão ao nível de Regiões e Sub-Regiões?	E	0	0-1	0-1	1
2.2 Esses Órgãos e Serviços estão integrados/articulados com as Entidades Regionais de Saúde?	E	0	0-1	0-1	1
2.3 Esses Órgãos Locais estão dotados de adequada autonomia administrativa e financeira?	E	0	0-1	0-1	1
3. Integração/Continuidade					
3.1 Estão previstas acções específicas e articuladas para a promoção da Saúde Mental, prevenção, tratamento e reabilitação dos doentes mentais?	E	0	0-1	1	2
3.2 Estão previstos programas específicos para grupos etários vulneráveis (crianças, adolescentes, jovens, idosos)?	E	0	0	0	1
3.3 Estão previstos planos de acção para problemas psico-sociais mais gravosos (toxicodependência, alcoolismo, suicídio, saúde geral, etc)	E	0	1	1	2
3.4 Estão previstas formas de articulação entre os Centros de Saúde e os Serviços de Saúde Mental?					
4.Articulação Intersectorial					
4.1 Estão definidos programas de apoio à Saúde Mental em outros Departamentos Ministeriais (Educação, Emprego, Formação Profissional, Segurança Social)?	E	0-1	0-1	0-1	1
4.2 Está prevista a colaboração e cooperação de outras Organizações Não Governamentais/ONG (IPPS, Ordens Religiosas, etc)?	R	0-1	0-1	1	1
5. Equidade/Igualdade de Acesso					
5.1 Os cuidados de Saúde Mental estão garantidos para todos os cidadãos, independentemente do seu estatuto socio-económico, grupo etário, raça ou religião?	E	0-1	0-1	1	2
5.2 Está prevista uma distribuição equitativa de recursos, em todo o País?	E	0	0	0	0
6. Participação Comunitária					
6.1 Está prevista a participação dos utentes no planeamento, implementação e avaliação dos Programas e Serviços de Saúde Mental?	E	0	0-1	1	2
6.2 Está igualmente prevista a participação das Entidades Locais (Autarquias, Agremiações, etc) nesses níveis de intervenção?	E	0	1	1	2
7. Implementação de Programas					
7.1 Na formulação da Política de Saúde Mental estão previstos programas operacionais para a efectivação das várias políticas sectoriais?	R	0	0	0	1
7.2 Há definição prévia dos princípios de implementação (recursos humanos, materiais e financeiros)?	E	0	0	0	1
8. Financiamento					
8.1 Há referência a fontes de financiamento desses Programas?	E	0	0	0	1
8.2 Há princípios orientadores para a afectação desses recursos financeiros?	R	0	0	0	1
9. Formação e Investigação					
9.1 As vertentes de formação e investigação estão previstas nos princípios orientadores da Política de Saúde Mental?	E	0	0	1	0
9.2 Há explicitação de áreas prioritárias de intervenção?	R	0	0	1	0
10. Avaliação e Qualidade					
10.1 Estão previstos mecanismos periódicos de revisão de Políticas e Programas?	E	0	0	0	0
10.2 Existem princípios orientadores para a avaliação e melhoria da Qualidade em Saúde Mental?	E	0	0-1	1	1



Contributos para uma nova lei de Gestão Hospitalar

A Direcção da Administração Portuguesa dos Administradores Hospitalares foi recentemente recebida pela Comissão Parlamentar de Saúde. Na sequência da troca de impressões havida com os deputados, a Direcção elaborou o documento-síntese sobre a Lei de Gestão Hospitalar, que aqui se deixa à discussão pública.

Questões prévias

O actual enquadramento jurídico do Hospital público português não nos parece adequado às realidades do nosso tempo e aos novos desafios que a curto e médio prazo se irão colocar.

Integrada na "Administração Indirecta" do Estado, com personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, a gestão do Hospital público apresenta, todavia, fortes limitações resultantes:

– Da aplicação mecânica de regras e procedimentos administrativos da administração pública em geral, incompatíveis com a sua especificidade (ex. aquisições e vistos prévios);

– Da transposição para as carreiras da saúde da legislação aplicável na administração pública, burocratizando a sua gestão e desincentivando os profissionais;

– Do modelo de financiamento utilizado (descricionário, de base orçamental retrospectiva e entregue por duodécimos), claramente desajustado das exigências atribuíveis a um hospital-empresa, que deve ter a noção dos seus preços e dos seus custos, e poder para formalizar as suas opções económicas e de distribuição interna de recursos, num horizonte de médio e longo prazo.

– Do modelo de gestão em vigor, de matriz essencialmente corporativa na constituição dos seus orgãos e assente numa lógica político-partidária na nomeação dos respectivos membros. Tal cenário, retira à gestão hospitalar a independência técnica indispensável para se proceder às melhores opções em prol das populações que se servem e contraria o profissionalismo, competência e isenção, tão necessários na gestão complexa e específica de um crescente volume de recursos.

É, assim, numa perspectiva mais ampla de transformações, que encaramos a preparação de uma nova lei de gestão hospitalar. Ou seja, esta servirá de pouco, se não ocorrerem simultaneamente alterações profundas no estatuto jurídico do hospital público, no modelo de financiamento e no estatuto sócio-remunatório dos profissionais de saúde.

Princípios fundamentais para nova Lei de Gestão Hospitalar

1. Profissionalismo nos actos de gestão

O Hospital público envolve hoje recursos economicamente muito significativos: os pesados investimentos realizados e a sua rentabilização, os custos elevados do material de consumo clínico e hoteleiro, as despesas vultosas relacionadas com a manutenção de equipamentos e instalações crescentemente sofisticados e, o peso maioritário das despesas com os recursos humanos, tornam indispensável a concepção de um modelo de gestão que reforce e privilegie a componente técnica na tomada de decisões e na sua execução.

O planeamento estratégico, o controlo de gestão, as áreas técnicas de gestão de recursos humanos e materiais, a área financeira e os sistemas de informação , pressupõem profissionais habilitados e com poder de decisão e autoridade.

2. Autonomia

Não é aconselhável manter inalterável o sistema de indigitação e nomeação dos responsáveis pela gestão dos nossos hospitais.

Assente em critérios absolutamente descricionários e de confiança política, o processo de nomeação para os cargos de gestão, retira às administrações a capacidade de pensar e decidir em função do interesse colectivo, antes as colocando como reféns de interesses e conveniências político-partidárias. O desempenho das administrações é essencialmente avaliado por critérios de fidelidade, sendo omissos quaisquer tipo de critérios objectivos de avaliação.

Refira-se, a propósito, que a eleição interna dos órgãos de gestão por corpos profissionais específicos é também um processo desaconselhável.

Regressar a essa metodologia, não dá, ao contrário do que alguns proclamam, maior legitimidade para decidir, já que a gestão dos hospitais não deve fazer-se prioritariamente, em função dos interesses dos profissionais, por mais legítimos que sejam, mas sim em função do interesse colectivo em geral, e dos doentes em particular. Por outro lado, não é suposto que tal método represente mais competência nas decisões.

O modelo de gestão em vigor, de matriz essencialmente corporativa na constituição dos seus órgãos e assente numa lógica político-partidária na nomeação dos respectivos membros. Tal cenário, retira à gestão hospitalar a independência técnica indispensável para se proceder às melhores opções.

3. Clara separação entre órgãos de administração e órgãos de direcção técnica

A legislação de 1988 colocou os dois órgãos uninominais de direcção técnica do Hospital (Director Clínico e Director de Enfermagem), por inerência, no Conselho de Administração. Ou seja, criaram-se, assim, condições objectivas para que as questões técnicas e corporativas desses dois grupos profissionais sejam transpostas directamente para as decisões de gestão, estas de natureza sistémica e globalizante e por consequência mais abrangentes e integradoras. Tal conflitualidade poderá provocar enviezamentos graves na definição de prioridades e na implementação de soluções com os consequentes desequilibrios na estrutura e funcionamento dos hospitais.

Pensamos, assim, que os responsáveis por órgãos de direcção técnica não deverão ser simultaneamente membros de órgãos de administração, salvaguardando-se assim a autonomia técnica daqueles e a visão integradora e sistémica destes.

4. Responsabilização

O desempenho das administrações é essencialmente avaliado por critérios de fidelidade, sendo omissos quaisquer tipos de critérios objectivos de avaliação.

Compete, naturalmente, ao Governo definir uma política de saúde que baliza a acção das administrações. Competirá a estas apresentar planos de acção com objectivos quantificados e datados e que sirvam de suporte ao acompanhamento dos resultados. Tal cenário representará a contratualização de responsabilidades e servirá de base para a avaliação do desempenho.

Tendo por base estes princípios avançamos algumas propostas que gostariamos de ver contempladas numa futura lei de gestão hospitalar:

A. Quanto aos órgãos de gestão

Reposicionamento do Conselho Geral como órgão de administração, com competências importantes na propositura das equipas de gestão (Conselhos de Administração), aprovação de planos de acção e controlo do seu cumprimento.

O Conselho Geral deverá ser, assim, um órgão de gestão não permanente que se situará na fronteira entre o hospital e a comunidade, e cuja constituição deverá comtemplar de forma mista, profissionais do hospital, representantes de estruturas de saúde, representantes autárquicos e do Governo, utilizadores e outras forças de relevante interesse social, de natureza local e/ou regional.

Recomposição dos Conselhos de Administração, reforçando a componente de gestão. Para isso propõe-se a seguinte composição:

1– Dois a três(*) profissionais de administração hospitalar, sendo um deles designado Administrador-Geral. Aos restantes ser-lhe-ão atribuídos pelouros específicos ("Gestão de produção" e "Gestão de recursos", por exemplo). Com excepção do Administrador-Geral, os restantes profissionais de administração hospitalar deverão pertencer aos quadros do hospital, salvo nos casos em que a inexistência de profissionais, pressuponha um recrutamento externo.

2– Um a dois(*) médicos com reconhecido prestígio pessoal e profissional, pertencentes ao quadro do hospital, com sensibilidade e experiência em matéria de gestão e conhecimentos sobre o sistema de saúde.

3– Competirá ao Ministro da Saúde a escolha e nomeação do Presidente do Conselho de Administração de entre os elementos referidos, podendo o cargo ser desempenha-

A eleição interna dos órgãos de gestão por corpos profissionais específicos é também um processo desaconselhável. A gestão dos hospitais não deve fazer-se prioritariamente, em função dos interesses dos profissionais, por mais legítimos que sejam, mas sim em função do interesse colectivo em geral, e dos doentes em particular.

do, em acumulação, pelo Administrador-Geral.

Processo de Nomeação

• ***Do Conselho Geral:***
Os seus membros deverão ser designados de acordo com a sua origem e interesses que representam, cabendo ao Ministro a nomeação do Presidente do Conselho Geral.
Os representantes dos diferentes grupos profissionais do hospital deverão ser eleitos interpares. Deverão ter assento no Conselho Geral os membros do Conselho de Administração do Hospital.

• ***Do Conselho de Administração:***
Os seus membros deverão ser nomeados em bloco, pelo Ministro da Saúde, sob proposta do Conselho Geral, com a indicação expressa do Administrador-Geral, bastando para tal o voto expresso da maioria simples do total dos seus membros.
O Presidente do Conselho Geral poderá utilizar voto de qualidade. O Conselho de Administração, após a sua nomeação, deverá apresentar no prazo máximo de 45 dias, um plano de acção, de longo prazo (para 4 anos) e, simultaneamente, um plano operacional de curto prazo (para 1 ano) que deverá ser ratificado pelo Conselho Geral e aprovado pelo Ministro da Saúde.

Processo de Avaliação

O desempenho do Conselho de Administração será avaliado pelo Conselho Geral e pela tutela, de acordo com os objectivos e os indicadores propostos nos planos de acção.
A duração dos mandatos do C. A. e do Conselho Geral deverá ser, em princípio, de 4 anos, renováveis.
O Conselho Geral poderá propor a exoneração dos membros do Conselho de Administração, no todo ou em parte, e a qualquer momento, com base em dados de avaliação de desempenho irrefutáveis.
Excepcionalmente, e por motivos ponderosos bem justificados, poderá o Ministro exonerar por sua iniciativa um ou mais membros do C.A., o que pressuporá, ou a sua recomposição (no caso de tal nº ser inferior a 50%), ou a nomeação de um novo C.A. (no caso de estar em causa o seu Presidente ou o Administrador-Geral ou um nº superior a 50% dos seus membros).

Os responsáveis por órgãos de direcção técnica não deverão ser simultaneamente membros de órgãos de administração, salvaguardando-se assim a autonomia técnica daqueles e a visão integradora e sistémica destes.

B. Quanto aos órgãos de direcção técnica

Deverá ser retomado o carácter colegial destes órgãos.
A legislação de 1988 prevê órgãos uninominais, "aconselhados" por Conselhos médico e de enfermagem.
Pensamos ser mais ajustado à realidade hospitalar e à especialização técnica aí existente, que os órgãos de direcção técnica representem as principais especificidades de cada área técnica, havendo todavia, como aliás se previa na legislação de 1977, um representante, formalmente designado, para cada um dos órgãos de direcção técnica (o Director Clínico e o Director de Enfermagem).
Matéria controversa e que comportará significativa inovação será o acolhimento legal de novos órgãos de direcção técnica, designadamente na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (análises, imagiologia, fisioterapia, etc).
De facto, a realidade hospitalar de hoje já nos mostra a crescente, e por vezes nuclear, importância destas áreas, não só pela diferenciação do seu conhecimento e tecnicidade, mas também pelo impacte da sua actividade na eficiência e na qualidade dos cuidados prestados.
Propomos, assim, a criação de um novo órgão de Direcção Técnica que inclua representantes das principais valências na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, composto por um máximo de 5 elementos.
A natureza das funções de Direcção Técnica e a colegialidade que se propõe para a constituição dos respectivos órgãos aconselha a sua nomeação por processos eleitorais interpares, para os médicos, e o respeito pelos cargos de coordenação e supervisão previstos nas carreiras técnicas.

C. Níveis intermédios de gestão

A legislação de 1988, introduziu uma inovação, ainda que tímida e superficial, em matéria de níveis intermédios de gestão, ao criar a figura dos "Centros de Responsabilidade" (nº 2 do art. 9º do Dec.-Lei 19/88 de 21-01).
Tal iniciativa parece-nos interessante e deverá ser desenvolvida na futura lei de gestão hospitalar.
De facto, e no que concerne a hospitais de grande dimensão e complexidade de valências, afigura-se-nos adequada a introdução destes níveis de gestão, não só como forma de aproximar as decisões dos níveis operacionais, mas também como um instrumento útil para a harmonização de estruturas técnico-funcionais e consequente racionalização na utilização de recursos. Isso permitirá agilizar as decisões e motivar os responsáveis e, acima de tudo, contribuirá para uma maior continuidade e integração de cuidados no conjunto hospitalar. ■

Compete ao Governo definir uma política de saúde que baliza a acção das administrações. Estas devem apresentar planos de acção com objectivos quantificados e datados e que sirvam de suporte ao acompanhamento dos resultados. Tal cenário representará a contratualização de responsabilidades e servirá de base para a avaliação do desempenho.

(*) Dependendo da dimensão e complexidade dos estabelecimentos

A avaliação do desempenho dos hospitais portugueses

– Identificação e valorização das variáveis

A importância da avaliação no ciclo de gestão é por demais evidente em qualquer empresa. Nos hospitais a sua importância é ainda maior nomeadamente, pela exiguidade de recursos, pelas exigências do processo – a vida ou "apenas" a saúde está em causa – e pelo custo para a comunidade de não haver eficácia e eficiência na produção hospitalar.

A situação actual em Portugal não favorece a gestão e o aumento de racionalidade devido às especificidades do ambiente e enquadramento dos hospitais portugueses e pela dificuldade de conciliar objectivos – são contraditórios entre si e os diversos actores perseguem diferentes objectivos.
Na verdade não é possível ter a máxima eficiência e estabilidade financeira e simultaneamente a maior eficácia, satisfação do pessoal e dos utilizadores...
O hospital devia identificar os seus pontos fortes e fracos e actuar no sentido de desenvolver aqueles e eliminar estes. Para isso teria que saber o que é uma boa situação em cada objectivo e como fazer o trade-off entre objectivos contraditórios. Só deste modo seria possível fazer o balanço entre objectivos e ter uma melhor situação de chegada – com objectivos claramente definidos e priorizados.
Na generalidade das empresas a existência de diversos interessados não constitui problema, dado que os sócios têm um papel dominante na fixação dos objectivos. Nos hospitais não existe aquela dominância e os objectivos terão que resultar de consenso entre os interessados (comunidade, doentes, pessoal, gestão do hospital, tutela...). Aquele consenso deve assentar no conhecimento da situação desejável nos diversos objectivos, o que remete para a identificação dos objectivos principais e conhecimento de alternativas desejáveis/possíveis.
Deste modo chegamos à necessidade de dotar os hospitais com um sistema de avaliação que a avaliação do desempenho é uma das componentes.

Dias Alves *

Na generalidade das empresas a existência de diversos interessados não constitui problema, dado que os sócios têm um papel dominante na fixação dos objectivos.

O projecto que desenvolvemos visa suprir parcialmente aquela lacuna através da construção de uma grelha de objectivos.

Definição do problema

A identificação do problema resultará da explicitação do que devia ser a avaliação nos hospitais, do que é e das suas consequências.
A necessidade de avaliação da *performance* dos hospitais portugueses decorre das suas caracteristicas como empresa, embora especial, e das especificidades da situação actual em Portugal.
Como em qualquer empresa a avaliação do desempenho visa:

a)- permitir acompanhar a concretrização e revisão do planeado;
b)- integrar verticalmente os objectivos (das pessoas, dos grupos de profissionais, dos serviços que constituem a empresa);
c)- integrar horizontalmente os objectivos e as diferentes actividades (serviços prestados);
d)- identificar os pontos fortes e fracos e assim facilitar a detecção e eliminação dos principais problemas.

Porque o hospital tem especificidades que não favorecem a racionalidade é necessário garantir a orientação para o serviço a prestar e para o exterior, o que a avaliação da *performance* facilita.
Relembremos algumas daquelas especificidades:

• Não existe soberania e livre escolha dos consumidores – o médico substitui o doente e é o verdadeiro ordenador da despesa, porque o doente hospitalar não paga, não escolhe (referência médica) e desconhece o que necessita (tipo de actos, quantidade, qualidade...);
• O médico dispõe de estatuto social à parte e de um poder informal

elevado no hospital, fruto da sua posição de especialista na área delicada que é a saúde, da sua integração em organismo corporativo e do tipo de organização e gestão actual do hospital. Face àquele poder a gestão apresenta-se fragmentada e diminuída, ao contrário das demais empresas;

• Os hospitais organizam-se normalmente por especialidades médicas, e não por produtos, verdadeiras "federações de principados" com uma multiplicidade de objectivos conflituantes e onde não existe um agente dominante (sócio ou gestão por exemplo);

• Porque o mercado hospitalar frequentemente não funciona nos diversos países os serviços tendem a orientar-se para o interior e para objectivos "profissionais" (de qualidade e de investigação), mais não visando que o crescimento permanente no seio da burocracia de especialistas em que o hospital se converte;

• O peso crescente da despesa hospitalar no PIB, as externalidades positivas que gera e o impacte na saúde da população exigem que o hospital use os recursos com eficácia, eficiência e equidade.

Os hospitais portugueses necessitam ainda mais de avaliação da *performance* visto que:

a)- Estão integrados em conjunto de serviços públicos de saúde e obrigados a articularem-se em rede, tendo ainda que cumprir a política de saúde. Ficam assim prejudicadas a possibilidade de concorrência e as vantagens daí resultantes.

b)- Sendo públicos são facilmente politizáveis, donde nomeação de gestores sem a experiência e as capacidades necessárias, os quais não serão avaliados nem sancionados – daqui resulta ausência completa de risco para os gestores e hospitais...

c)- Dado o regime de carreiras e função pública do pessoal existe rigidez e segurança máxima, donde ainda maior reforço da burocracia, orientação para o interior e desmotivação geral.

d)- O plano e orçamento quase não se fazem sentir e o sistema de financiamento não actua objectivamente no sentido de recompensar

O objectivo imediato é criar uma grelha de indicadores que permita a avaliação dos hospitais portugueses. A utilização dessa grelha, que será flexível e adequada à realidade portuguesa, permitirá a melhoria da gestão dos hospitais.

ou sancionar os hospitais segundo o seu desempenho. E como os *deficits* são sempre cobertos pelo Estado os esforços de racionalização penalizam os gestores que os empreendem ...

e)- Os mecanismos de controlo exterior à actividade do hospital não funcionam – sejam as técnicas (auditoria médica e de gestão, acreditação), seja a participação dos consumidores e da comunidade na orientação do hospital.

O sistema de avaliação gera as seguintes vantagens:

• Facilita o diálogo entre os diversos interessados – doentes, comunidade, gestão, tutela e pessoal – e permite a articulação entre os decisores;

• Permite a detecção dos principais problemas e o estabelecimento de prioridades, afectando recursos aos serviços conforme objectivos a atingir;

• Reforça a orientação dos hospitais para o exterior e para as necessidades e clientes a servir;

• Constitui um poderoso incentivo no sentido da mudança necessária e para o estabelecimento de *benchmarking* com os melhores serviços e hospitais;

• Aponta os hospitais que necessitam de medidas correctoras, face ao afastamento do perfil desejado e tendo em conta os objectivos acordados;

• Facilita o estabelecimento de prioridades para investimento e modificação da rede hospitalar – tendo em conta os resultados pretendidos em termos de equidade, eficiência, qualidade...

• Melhora a percepção da tutela sobre a gestão dos hospitais e sua *performance*, sobre os condicionalismos e oportunidades existentes no conjunto dos hospitais;

• Leva à explicitação de todos os objectivos a atingir pela gestão do hospital, evitando-se assim a sobrevalorização de algumas dimensões em detrimento de outras (ex.: eficiência vs qualidade).

Actualmente não existe sistema de avaliação dos hospitais portugueses apesar de:

– Existir informação sobre diversos aspectos da produção e da gestão dos hospitais (porém, ou porque apresentam indicações contraditórias ou por problemas de fiabilidade, não possibilitam retroacção);

– Haver experiências prometedoras (PRU,GDH, controlo qualidade...) mas que não fornecem indicações sobre todos os aspectos relevantes da perfomance dos hospitais.

Em conclusão, defendemos que não existe um sistema de avaliação do desempenho nem tão pouco se dispõe de grelha consensual que inclua as variáveis mais importantes e considere o seu peso relativo.

A importância do problema pode ser medida pelo resultado passível de ser atingido com os recursos actuais, se se dispusesse de sistema de avaliação. Pensamos ser possível com a utilização do sistema obter melhores resultados em termos de saúde – através de maior e mais adequada produção, menor duplicação no número de actos, maior facilidade de acesso para os consumidores – e melhor gestão dos hospitais, aumentando-se assim a eficiência macro e microeconómica, eliminando alguns problemas de equidade regional e melhorando a satisfação dos consumidores.

O problema pode ser assim formulado: «inexistência de grelha de indicadores de avaliação de *performance* do hospital (produção de cuidados) que considere a diferente importância atribuída pelos actores envolvidos e que permita auto-avaliação do hospital e avaliação pela tutela, integração dos objectivos dos serviços, do hospital e da comunidade».

Objectivos a atingir

Criar grelha de indicadores que permita a avaliação dos hospitais portugueses. A utilização dessa grelha, que será flexível e adequada à realidade portuguesa, permitirá a melhoria da gestão dos hospitais.

Objectivos mediatos:

1– Contribuir para tornar mais fácil e profícuo o diálogo entre os diferentes níveis de decisão: médicos/gestão do hospital/tutela e organismos de financiamento e avaliação.

2– Facilitar a definição de objectivos do hospital e o estabelecimento dos consensos inerentes.

3– Incentivar a utilização e aperfeiçoamento da informação de gestão existente – da estatística, contabilidade analítica, GDH, PRU...

4– Aumentar a motivação para interacção com outros hospitais com vista à procura e partilha de soluções inovadoras e que contribuam para um melhor resultado global. Idem para descobrir e conhecer centros de excelência existentes noutros hospitais.

5– Aumentar o conhecimento dos intervenientes no processo de gestão do hospital sobre a matéria em estudo: indicadores e sua hierarquia/ ponderação/decomposição e sobre o processo de avaliação da *performance* em si.

Hipóteses

Com vista a facilitar a passagem à fase de investigação formulamos as hipóteses que se seguem.

Hipótese 1: existem diferentes posições implícitas entre os gestores hospitalares quanto à importância relativa para a *performance* de cada dimensão a incluir na grelha de avaliação, mas é possível chegar a um grau de consenso elevado que torne possível a avaliação.

Hipótese 2: as dimensões usadas para a avaliação do hospital são diferentes das aplicadas nas empresas privadas.

Hipótese 3: apesar de existirem diferentes factores que influenciam a *performance* hospitalar, alguns dos quais escapam total ou parcialmente à influência dos gestores, é possível estabelecer uma relação entre a evolução da *performance* e a acção dos gestores. Existe um consenso muito elevado quanto a essa relação que permite usar a grelha também para avaliação da gestão do hospital.

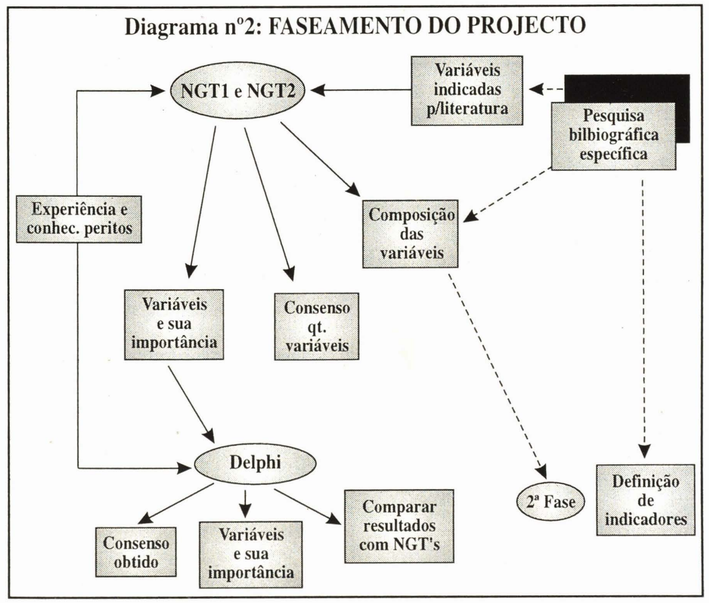
Plano de investigação

O projecto desenvolve-se em duas fases (ver diagrama 1) constituindo objecto deste artigo apenas a primeira. O diagrama número 2 descreve em termos gerais o plano de investigação. Através do uso de técnicas de consenso – técnica do grupo nominal (NGT) e Delphi – serão definidas quais as variáveis a incluir no modelo e a respectiva ponderação. Conhecer-se-á também o grau de consenso obtido, donde a maior ou menor aceitabilidade dos resultados. Finalmente pretende-se dispor, como subproduto da 1ª fase, de um conjunto alargado de possíveis indicadores para cada uma das variáveis incluídas no modelo.

Diagrama nº 1 : Faseamento do projecto

	1º fase	2ª fase
Finalidade	identificar variáveis explicativas da performance e s/ peso relativo	— identif. indicadores e s/ importância — aferir da viabilidade uso dos indicadores
Informação base	bibliografia s/ objectivos e avaliação em saúde e hospitais	— inquérito aos HH . portugueses — recolha bibliográfica
Técnicas a usar	NGT e Delphi	NGT e Delphi
Teste	(Delphi e articulação técnicas)	Delphi e teste c/ inform. 1993 e 94

Diagrama nº2: FASEAMENTO DO PROJECTO



Na segunda fase, e utilizando como *inputs* iniciais os resultados da primeira fase, efectuar-se-á inquérito aos hospitais e a peritos de modo a alargar a lista dos indicadores possíveis.

Seguidamente , e através de Delphi, eliminar-se-ão os indicadores com pouca importância e/ou pouca fiabilidade esperada nos hospitais. Com a lista de indicadores definitiva, e novamente recorrendo a técnica de consenso, proceder-se-á à ponderação daqueles indicadores, cujo peso agregado deverá ser idêntico à ponderação obtida para a variável em causa, peso da variável como soma dos sub-objectivos que a compõem, e sub-objectivo resultado da soma das ponderações dos indicadores a usar.

Utilizar-se-á um Delphi alargado para decisão final quanto ao peso dos componentes do modelo o qual

será objecto de teste com informação dos hospitais referente a 1993 e 1994.

Recolha de informação

Efectuou-se pesquisa bibliográfica específica sobre técnicas de consenso, visto que a grelha de objectivos e sua ponderação só poderiam resultar de consenso elevado entre os interessados na *performance* hospitalar. Tanto a natureza do problema como o enquadramento da actividade hospitalar assim o exigiam – objectivos conflituantes no hospital, questão do poder médico vs gestão, e necessidade de consenso gestão do hospital/tutela.

Também efectuámos pesquisa específica sobre objectivos, indicadores,standards – nos hospitais e empresas. Sendo o tema relativamente novo em Portugal, e havendo a convicção de que há diferente entendimento dos conceitos, seu conteúdo/âmbito e respectiva relação – conflito de objectivos – só duma análise aprofundada poderia resultar um "léxico" comum a divulgar previamente junto dos peritos envolvidos.

A preparação das técnicas de consenso foi antecedida da elaboração de documento obtido a partir da pesquisa bibliográfica contendo a opinião de diversos autores sobre o significado e âmbito de diversos objectivos e da sua tradução empirica (indicadores possíveis). Para além desse documento foram distribuídos aos peritos envolvidos alguns textos de diversos autores e uma bibliografia sobre o tema.

Os peritos foram seleccionados através dos seguintes critérios: ser especialista reconhecido em Portugal em Gestão Hospitalar e com experiência significativa em mais de uma posição de gestão; e representar os interessados mais influentes no processo de fixação de objectivos.

Participaram quarenta e dois peritos, 14 em dois NGT independentes e os restantes num painel Delphi que foi "alimentado" com os resultados daqueles grupos nominais.

Os NGT forneceriam indicação de quais as variáveis principais a incluir no modelo e os peritos do painel Delphi efectuariam a sua ponderação, caso houvesse ratificação daquela composição.

Análise e tratamento da informação

A utilização de dois NGT permitiu-nos, numa fase inicial, determinar as variáveis mais importantes (pontuação e grau de consenso). Serviu também para obter uma primeira indicação sobre a significância dos resultados – variabilidade da pontuação das variáveis principais.

Esta técnica apresenta, a nosso ver, alguns problemas para a consecussão do nosso objectivo, a saber:

Os items finais do NGT traduzem, por vezes, mais que uma variável ou são dificilmente operacionáveis na situação actual (ex: "imagem e credibilidade do hospital");

A coexistência de items que reflectem diferentes componentes de uma mesma variável não facilita a determinação da importância relativa e do grau de consenso;

Obtém-se uma mera ordenação das variáveis e pretendemos pontuação que quantifique o seu grau de importância.

Por outro lado o número de peritos envolvidos (6 a 8) pode revelar-se insuficiente em problemas com a complexidade e novidade do problema em causa.

A utilização de um painel Delphi sobre os resultados saídos dos NGT permite ultrapassar aqueles problemas, pressupondo que os peritos têm capacidade de quantificar numa escala ordinal mais fina aquela ordenação. O alargamento do número de peritos consultados – foram questionados outros 30 peritos dos quais 28 completaram o painel – garante maior segurança contra erros e omissões de valorização. Este aspecto tem importância não obstante a indiscutível classe e experiência dos peritos envolvidos.

A informação foi tratada de modo muito simples recorrendo à média (importância) e desvio-padrão (consenso), conforme quadros seguintes.

Grau de consenso

	NGT (υ)	Delphi (σ)
M/elevado	≤ 2	≤ 1,5
Elevado	2 a 2,5	1,5 a 2
Razoável	2,5 a 3	2 a 2,5
Fraco	3 a 3,5	2,5 a 3
M/ fraco	≥ 3,5	≥ 3

Importância relativa

	NGT % máximo	Delphi % máximo
M/ importante	≥ 61,2%	≥ 60%
Importante	61,2 a 20,4%	60 a 40%
P/importante	20,4 a 6,1%	40 a 20%
S/importância	≤ 6,1%	≤ 20%

As condições em que se considerariam validadas as hipóteses foram objecto de discriminação prévia cuidadosa.

Análise dos resultados

Dos NGT constatámos existirem três requisitos considerados pelos peritos muito importantes para um bom desempenho hospitalar: sistema de financiamento adequado; estatuto e forma de recrutamento do pessoal, adequado às necessidades dos hospitais; localização, dimensão e estrutura do hospital adequadas às necessidades da população a servir.

Também foram indicadas as variáveis principais a incluir no painel Delphi assim como resultaram alguns indicadores a serem usados na avaliação. Aquelas variáveis foram inteiramente ratificadas pelos participantes no Delphi.

Aos participantes no Delphi foram colocadas duas questões: Qual a pontuação a atribuir a cada variável ?, e Pode o modelo ser usado também para avaliar a gestão?

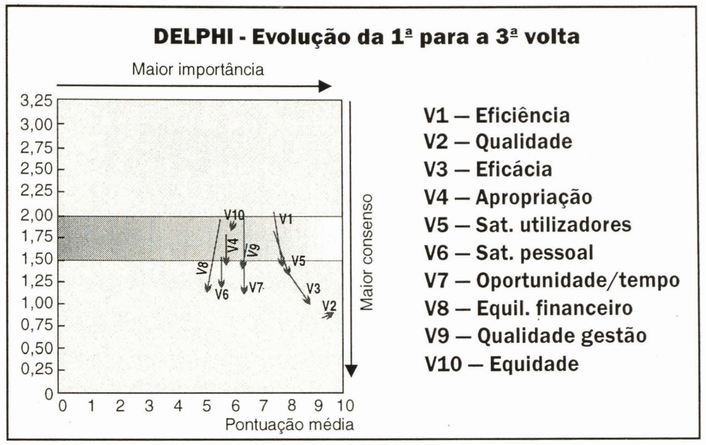
Logo na primeira volta produziu-se um consenso muito elevado quanto à segunda questão, respondida afirmativamente de forma clara.

A pontuação relativa à primeira pergunta foi tratada ao longo de três voltas em que se verificou um consenso crescente em todas as variáveis, excepto na equidade (ver diagrama). Das 10 variáveis iniciais 6 foram consideradas "importantes", enquanto a qualidade, a eficácia, a satisfação dos utilizadores e a eficiência foram classificadas como muito importantes.

Das 10 variáveis só a equidade não obteve um consenso "muito elevado", apenas elevado. Aqui à carga ética e politica envolvida vem juntar-se toda uma experiência médica e de gestão que reconhece ser «difícil de avaliar num contexto de má racionalização de meios com impacte negativo nos HH centrais» (citámos um dos dos peritos).

Da comparação entre os resultados dos NGT e Delphi constatámos: haver consonância total quanto às variáveis a incluir no modelo e à variável mais importante (qualidade), bem como quanto às menos importantes (6 últimas) em 4 variáveis (apropriação, oportunidade, satisfação do pessoal e equidade); e não haver concordância quanto à valorização de 3 variáveis (qualidade de gestão, equilíbrio financeiro e eficácia), cuja importância é nitidamente diferente.

As limitações da técnica do grupo nominal, atrás referidas, explicam em nosso entender parte substancial destas diferenças. Subsiste o risco que resulta da interrelação e correlação entre as variáveis, porventura percebido de modo diferente pelos peritos, e que pode ter influenciado aqueles resultados.



Conclusão

Propusemo-nos identificar e valorizar as principais variáveis que ilustram a *performance* dos hospitais portugueses.

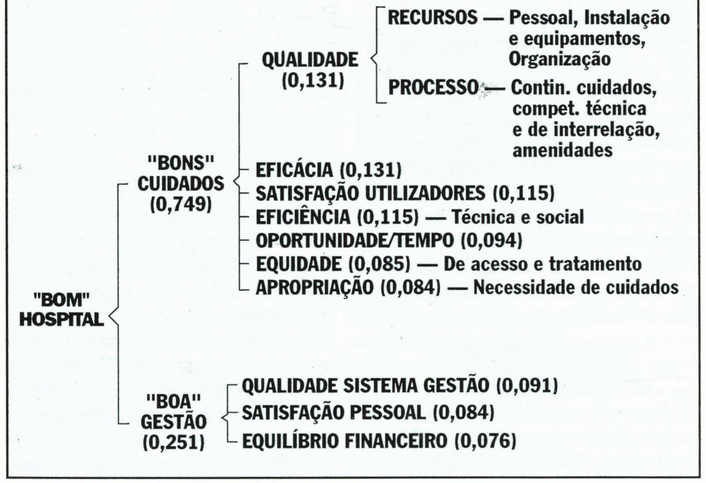
O método seguido foi a pesquisa bibliográfica seguida de entrevistas a peritos em gestão hospitalar.

Definido o problema concreto optámos pelo uso sucessivo de duas técnicas de consenso (NGT e Delphi) onde intervieram 42 peritos reconhecidos em Portugal.

Os NGT permitiram identificar 10 variáveis principais que foram submetidas aos membros do painel Delphi para ratificação/rectificação e ponderação final.

Concluímos que o modelo recolheu um consenso tão elevado que pode ser aplicado na avaliação da *performance* e da gestão hospitalar. Esse modelo apresenta diferenças sensíveis em relação aos utilizados nas empresas privadas. Para cada variável apresentámos lista de indicadores passíveis de utilização actualmente – num total superior à centena e meia. Verificámos ser necessário maior estudo e investigação sobre a interrelação e correlação entre as variáveis bem como sobre objectivos de gestão hospitalar contaditórios e sobre como fazer os *trade-offs*.

Torna-se igualmente necessário que se constituam em Portugal e sejam reconhecidos como parte pelos restantes interessados, representantes dos utilizadores dos hospitais, sendo então necessário considerar a sua posição neste processo (avaliação da performance). ■



** Administrador hospitalar, em funções na ARS do Norte*

BRAUN

PERLE - Uma medida para um problema

Este artigo descreve a experiência realizada na Administração Regional de Saúde do Norte com o desenvolvimento do Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera, (PERLE) em cinco patologias cirúrgicas. Nesta primeira parte, para além da introdução ao assunto, vamos definir o problema, elencar os efeitos esperados e descrever as acções desenvolvidas, comentando os aspectos mais relevantes do processo. Numa segunda parte, a publicar no próximo número desta revista, faremos a avaliação do programa, concluindo com um conjunto de sugestões fundamentadas nos ensinamentos obtidos.

Dias Alves *
Lima Cardoso **
Meneses Correia ***

Financiamento e aumento de custos

O aumento de custos com a saúde, registado nas últimas décadas, veio levantar um problema crucial: como responder com recursos escassos a uma procura tendencialmente ilimitada.

Nos países Europeus, o peso das despesas da saúde no PIB, entre 1960 e 1980, aumentou, em média, 89%, enquanto na década de 90 cresceu apenas 7%.

Aqueles dois períodos traduzem duas fases distintas no desenvolvimento dos seus sistemas de saúde.

Até final dos anos 70 desenrolou-se a primeira vaga das reformas sanitárias: a preocupação fundamental foi a de remover as barreiras de acesso aos cuidados de saúde e a palavra chave a equidade.

A segunda vaga nasce, nos anos 80, da necessidade de travar o aumento das despesas, sem todavia pôr em causa a garantia da equidade: é a fase do controlo de custos.

O controlo de custos foi razoavelmente conseguido, mas à custa de ineficiências microeconómicas, traduzidas em longas listas de espera, cuidados despersonalizados, insensibilidade perante as preferências dos cidadãos, subaproveitamento de recursos.

Aumentar a eficiência, a acessibilidade, a inovação e a aceitabilidade, sem deixar de garantir a equidade e o controlo de custos são os objectivos da terceira vaga: a competição gerida. Prosseguindo aqueles objectivos estão em curso reformas de saúde em muitos países do Mundo, constatando-se alguma convergência de orientações. É assim, por exemplo, no que respeita a dois princípios praticamente indiscutíveis; a separação do pagador e do prestador e a concorrência entre prestadores.

O programa que vamos descrever consubstancia a aplicação destes dois princípios.

Listas de espera: uma situação iníqua

As listas de espera hospitalares traduzem objectivamente a má acessibilidade ao SNS e atingem, sobretudo, os estratos sociais mais desfavorecidos.

A situação de monopólio, o comportamento burocrático dos serviços públicos, os obstáculos de natureza económica, social, cultural e geográfica são factores de grave discriminação.

Uma solução possível, para diminuir as listas de espera cirúrgicas, seria criar um financiamento específico, para resolver o problema dentro do sector público.

É a via aparentemente mais adequada, na óptica dos gestores que pensam o SNS como sistema fechado.

Sê-lo-ia, com efeito, se não houvesse ineficiências. Mas, como estas existem, é legítimo temer que a injecção de mais recursos financeiros resulte em pura perda, caso não seja acompanhada de mudanças da estrutura e do processo de produção de cuidados.

Por isso nos parece que a compra de serviços, ao sector privado, tem virtualidades que devem ser testadas na prática, a partir de experiências como esta a que nos reportamos.

Definição do problema

Em 1992, a Direcção-Geral dos Hospitais definiu um conjunto de Linhas Estratégicas para o triénio 1992-94, das quais uma, "Reduzir a Espera – Aumentar a Utilidade Técnica e Social", tinha como objectivo "aniquilar as listas de espera, criando níveis de atendimento compatíveis com o conforto, segurança e direitos dos nossos doentes, aumentando por esta via a acessibilidade ao sistema".

Assim se reconhecia oficialmente a existência de listas de espera nos serviços de saúde e se estabelecia como meta a sua eliminação.

No entanto, ninguém conhecia a dimensão do problema - embora houvesse recolha de dados junto dos hospitais, não havia o seu tratamento posterior e sistemático.

Em Outubro de 1992, um dos autores deste artigo procedeu ao tratamento dos dados sobre listas de espera para consultas e intervenções cirúrgicas, referidos a Junho de 1992. Pela primeira vez se teve uma ideia da dimensão das listas de espera, ainda assim por defeito, devido à falta do fornecimento de dados por parte de alguns hospitais.

As listas de espera hospitalares traduzem objectivamente a má acessibilidade ao SNS e atingem, sobretudo, os estratos sociais mais desfavorecidos.

Neste artigo apontaremos apenas a situação da espera para intervenções cirúrgicas, por razões de espaço e de objecto do próprio artigo.

No Quadro 1 mostra-se a dimensão das listas de espera por especialidades e por média de dias de espera. No total, em Junho de 1992, os hospitais tinham em lista cerca de 92 000 doentes com uma média global de 223 dias de espera. Um só hospital apresentava mais de 10 000 doentes com uma espera média de 401 dias.

QUADRO 1 - Lista De Espera para Intervenções Cirúrgicas em Junho de 1992 — POR ESPECIALIDADE

ESPECIALIDADE	Nº de Doentes	Nº Médio de Dias de Espera
Cirurgia Geral	21 623	220
Ortopedia	20 195	453
O.R.L.	14 239	295
Urologia	9 647	275
Cirurgia Vascular	8 779	590
Oftalmologia	7 958	127
Ginecologia	4 454	185
Neurocirurgia	1 957	90
Outras	3 148	-
TOTAL	**92 000**	**223**

Por patologias verificava-se a situação constante do Quadro 2. Apesar de tudo, refira-se, como positivo, a não existência de espera para situações de patologia maligna.

Como causas destas listas, os serviços hospitalares apontavam em primeiro lugar a falta de tempo operatório (56%), seguida de falta de camas (15,4%), falta de médicos (15%), falta de anestesistas (3,7%) e outras com menos significado estatístico. Em Fevereiro de 1993, fez-se nova recolha e tratamento de dados, a partir dos quais se propôs um conjunto de medidas de curto prazo, tendentes a diminuir algumas destas listas de espera. Uma dessas medidas preconizava a compra de serviços privados.

No entanto, o grande volume de encargos financeiros, os meios materiais e o tempo necessário para reduzir drasticamente as listas, em todas as patologias, obrigaram a que, numa primeira fase, se optasse por cinco patologias de maior impacto social: varizes, histerectomia, cirurgia da próstata, artroplastia da anca e cirurgia da catarata. E foi daí que nasceu o PERLE, de cuja execução, na Região de Saúde do Norte, se dá aqui conta.

Nos dados que recolhemos na ARSN encontramos tempos de espera máximos de oito anos para as varizes, de seis para as cataratas e cinco para a próstata, sem contar com listas enviadas por um hospital, já depois de terminado o programa, que incluía doentes aguardando intervenção há 15 anos.

QUADRO 2 - Lista De Espera para Intervenções Cirúrgicas em Junho de 1992 — POR PATOLOGIA — Algumas Patologias

PATOLOGIA	Especialidade	Nº de Doentes	Média Dias Espera
Varizes do M.I.	Cir. Vascular	8 792	634
Hérnias	Cir. Geral	8 182	441
Outras Patologias	O.R.L.	5 289	318
Cirurgia da Catarata	Oftalmologia	4 771	263
Artroplastia da Anca	Ortopedia	4 703	535
Outras Patologias	Cir. Geral	4 144	268
Otites Crónicas	O.R.L.	3 697	399
Tumores Ben. partes moles	Cir. Geral	2 613	259
Cirurgia da próstata (Aberta)	Urologia	2 482	360
Cirurgia da próstata (RTE)	Urologia	1 660	416
Tumores ben. útero	Ginecologia	1 176	203

Efeitos esperados

Sobre a saúde dos doentes

A Lei de Bases da Saúde define, como objectivo fundamental, "... obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam..." (Base II, nº 1, alínea a). Por sua vez, a Base (V (alínea c) , nº 1) confere ao utente o direito "... a ser tratado pelos meios adequados, humanamente e com prontidão..."

No levantamento da situação, efectuado em 92, a demora média de espera, para artroplastia da anca, era de 535 dias e para as varizes 634.

Nos dados que recolhemos na ARSN encontramos tempos de espera máximos de oito anos para as varizes, de seis para as cataratas e cinco para a próstata, sem contar com listas enviadas por um hospital, já depois de terminado o programa, que incluía doentes aguardando intervenção há 15 anos.

São situações que ofendem grosseiramente os princípios da equidade no acesso e da oportunidade na prestação de cuidados.

O "Correo de Zamora", de 31 de Dezembro de 1995, noticiava, em primeira página, que 347 doentes do Hospital Virgen de la Concha esperavam, há mais de meio ano, por uma operação às cataratas. A Insalud estava por isso a contactar os doentes para lhes propor a realização da operação, nomeadamente fora da Província.

A comparação entre as duas situações mostra-nos a que distância nos situamos de outros países, relativamente a uma dimensão da qualidade, altamente valorizada pelos clientes.

A longa espera a que os doentes estão sujeitos constitui motivo de sofrimento, causa de agravamento da doença e de possíveis lesões irreparáveis e um peso económico significativo.

Efectivamente, como referia o Prof. Cunha Vaz na abertura do Congresso de Oftalmologia," é economicamente proveitoso dar resposta rápida à cirurgia da catarata. É que, se não for operado, o doente pode ficar impossibilitado de trabalhar e reter em sua casa familiares de cuja ajuda necessita." Mas, se o efeito principal dum programa deste tipo sobre a saúde dos doentes é o de diminuir a espera, as condições impostas para a compra dos serviços podem induzir, como veremos, a melhoria da qualidade global.

Sobre os Hospitais Públicos

Racionalizar a oferta

Num projecto de investigação centrado no estudo de dois serviços, em dois hospitais centrais de Lisboa, Graça Carapinheiro distingue dois grupos de médicos.

O primeiro correspondendo a médicos, altamente qualificados na hierarquia hospitalar e universitária, que imprimem ao serviço uma vocação elitista, de desenvolvimento de uma medicina de pesquisa e de organização de ensino pós-universitário e o segundo representado por médicos que dão prioridade à procura de natureza assistencial.

É um facto que tem a ver com a evolução do sistema técnico hospitalar. O grau de incorporação tecnológica condiciona os processos de organização, modelando, de forma decisiva, as orientações e as estratégias médicas nos serviços, na transposição dum sistema onde prevalece uma ideologia humanista, para um sistema caracterizado pela ideologia técnico-científica.

Ora é exactamente nos hospitais centrais, onde a ideologia técnico-científica assume maior importância, que algumas listas de espera atingem maior dimensão.

Compreende-se que as intervenções mais simples tenham uma prioridade de baixa num serviço hospitalar universitário, altamente sofisticado.

Compete, no entanto, ao director do serviço "rever as decisões de admissão para pesquisar oportunidades de tratar os doentes em serviços ou hospitais menos onerosos"(alínea e) número 3 artigo 29º do D.L 19/88).

Conjugando essa competência com as atribuídas às ARS – propor critérios de articulação entre as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde – (alínea d) número 2 , artigo 2º do DL 335/93) e com as competências de que estas dispõem de "contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS (alínea K , artigo 6º do DL 335/93), é possível racionalizar a utilização dos recursos existentes, seja dentro ou fora do Serviço Nacional de Saúde.

Introduzir a concorrência

O SNS, principalmente na área do Internamento, constitui, praticamente, um monopólio (e um monopólio) do Estado.

No Relatório sobre o estado da Administração Pública Americana, elaborado sob a direcção do Vice-Presidente Al-Gore, afirma-se que "os monopólios públicos americanos trouxeram custos elevados, atrasos infindáveis e escassa flexibilidade". "Os monopólios não são afectados pelas consequências reais, em termos de custos, da sua ineficácia. Não dispondo de alternativas os clientes absorvem esses custos. Os administradores de monopólios não sabem sequer quando estão a fornecer um mau serviço porque não recebem sinais de aviso vindos dos seus clientes. Não admira, por isso, que a "burocracia defenda o *status quo*, mesmo quando o *quo* perdeu o seu *status*."

A melhor maneira de combater uma burocracia é sujeitá-la à concorrência. É um facto que nem todas as áreas do sector público devem ser forçadas à concorrência mas, tal como se refere naquele relatório, é exactamente na área da prestação de serviços que podemos esperar melhores resultados.

Sobre as Clínicas Privadas

Melhorar a organização
e o sistema de informação

As principais diferenças, percepcionadas pelo cliente, entre o sector público e o sector privado, referem-se às "amenidades".

O funcionamento de muitas clínicas privadas aproxima-se da figura do "condomínio", onde prestadores individuais utilizam recursos comuns para exercer a sua actividade.

A avaliação externa, desenhada numa perspectiva holística, pode constituir um factor potenciador da integração, aproximando o seu funcionamento do modelo "hospital-sistema aberto".

Por outro lado, a avaliação não pode deixar de enfatizar a existência de condições estruturais mínimas – condições de segurança, equipamento básico, estrutura de pessoal, organização clínica e administrativa – bem como utilizar critérios relativos ao processo de produção e aos resultados da actividade.

A recolha desses elementos implica melhorias no próprio sistema de informação e, nomeadamente, uma boa organização do processo clínico, principal fonte dos dados clínicos.

Sobre o mercado

Fazer funcionar a concorrência

A progressiva criação de um mercado de cuidados hospitalares não se fará, apenas, através de aquisição de serviços para redução de listas de espera dos hospitais públicos, antes pressupõe um conjunto de medidas reguladoras, visando sobretudo modificações na oferta (pública e privada) e reorientação da procura.

Este programa poderá constituir um primeiro passo no sentido de separar os papéis de financiador e prestador, assumindo o Estado, através da ARSN, o papel de comprador e avaliador. Será um sinal, ainda que tímido, de mudança de posicionamento da oferta pública, recusando o modelo único de crescimento contínuo dos serviços públicos, aceitando-se a aquisição privada, se globalmente vantajosa.

Em particular, este programa deverá facilitar o aparecimento de alguma concorrência entre as clínicas, através do preço e da qualidade.

A concorrência poderá surgir a partir do conhecimento dos preços pelos prestadores (levando os prestadores institucionais a questionar a composição dos seus custos) e pelos compradores-pagadores (v.g. Seguradoras).

De modo idêntico actuarão as exigências do concurso, no que respeita à qualidade mínima dos recursos e do processo. A difusão, entre as clínicas, das pontuações obtidas na avaliação (ver "Avaliação das propostas") e o reconhecimento dos seus pontos fracos poderão promover o aparecimento daqueles requisitos, reduzindo a probabilidade de ocorrência de situações de risco para os doentes e profissionais e tornando mais difícil a actividade de clínicas sem a qualidade mínima necessária.

Por último, a difusão de informação positiva, pelos doentes, (*word of mouth*) poderá melhorar a imagem de algumas clínicas, junto da população, aumentando a sua posição competitiva no mercado.

É nos hospitais centrais, onde a ideologia técnico-científica assume maior importância, que algumas listas de espera atingem maior dimensão.

Actividade desenvolvida

Planeamento do trabalho

O Conselho de Administração da ARSN nomeou o responsável pelo levantamento das listas de espera em 92, para coordenar um grupo de trabalho que passaremos a designar por GT. Este grupo, constituído por uma médica hospitalar e administradores hospitalares, definiu e calendarizou as acções a desenvolver, desenhou os suportes de informação – colheita de dados dos doentes em lista de espera, modelo de referência clínica, carta para o doente – estabeleceu os circuitos de informação, definiu os procedimentos e colaborou na elaboração do programa de concurso e do caderno de encargos, cuja redacção final pertenceu à SES.

Recolha de dados

O formulário de recolha dos dados, relativo aos doentes inscritos na lista de espera de cada patologia, incluía o nome do doente, endereço e data de inscrição na lista.

Admitiu-se, naturalmente, que esses dados pudessem ser enviados em suporte magnético, mas, na prática, foi necessário digitar a quase totalidade da informação recebida.

Construiu-se uma base de dados em *Access*, depurando-se os ficheiros das duplicações existentes. Não se constatou, como se poderia esperar, grande número de duplicações em hospitais diferentes, mas surpreendentemente encontrou-se o mesmo doente inscrito, mais de uma vez, na mesma lista de espera.

HISTERECTOMIA

Conc.	Preço	Capacidade
1	219.970$00	96
2	442.500$00	383
3	315.000$00	160
4	454.000$00	456
5	295.000$00	100
6	420.000$00	96
7 (a)		

(a) Excluído na fase de habilitação dos concorrentes

O número de doentes em espera, há mais de 90 dias, no conjunto dos hospitais da Região, que responderam ao inquérito, era de 4633, assim distribuídos:

- Cataratas 1128
- Próstata 304
- Histerectomia 211
- Varizes 2326
- Prótese da anca 664

CIRURGIA DA PRÓSTATA

Conc.	Preço	Capacidade
1	260.460$00	51
2	446.000$00	47
3	370.000$00	200
4	512.000$00	200
5	295.000$00	40
6	600.000$00	48
9 (a)		

(a) Excluído por ter entrado fora de prazo

Dois hospitais não forneceram dados. Já depois de terminado o programa um desses hospitais remeteu as listas de espera, com 666 doentes aguardando intervenção à próstata e 3200 às varizes. O hospital não tinha lista de espera em cirurgia da catarata, indicou 552 doentes aguardando cirurgia em ginecologia, sem especificar o diagnóstico, e não forneceu dados relativamente à prótese da anca.

CIRURGIA VASCULAR

Conc.	Preço (1 Membro)	Preço (2 Membros)	Capac.
1	160.000$00	249.500$00	102
2	362.000$00	448.000$00	125
3	199.000$00	320.000$00	800
4	258.000$00	498.000$00	464
5	195.000$00	280.000$00	200
6	205.000$00	280.000$00	165
7 (a)			
9 (b)			
10 (c)			

(a) Apresentou declaração de desistência
(b) Entrou fora de prazo
(c) Excluído na fase de habilitação dos concorrentes

Concurso Público

Para a aquisição destes serviços e com base no Despacho Ministerial de 95.01.31, publicado no DR de 95.03.01, foram abertos cinco concursos públicos, um por patologia, regulamentados pelo DL 211/79.

O programa de concurso e o caderno de encargos, elaborados pela SES com alguma participação da ARSN, foram uniformes para as cinco patologias.

O número de concorrentes, a capacidade de execução, para um período de 3 meses e os preços propostos constam dos quadros anexos.

CIRURGIA DA CATARATA

Conc.	Preço (Unilateral)	Preço (Bilateral)	Capac.
1	174.000$00	247.000$00	175
2	349.472$00	472.000$00	106
3	180.000$00	285.000$00	800
4	325.000$00	515.000$00	560
5	180.000$00	-	400
6	260.000$00	360.000$00	80
8	240.000$00	310.000$00	440
11	220.000$00	-	480
12	189.000$00	-	300
13 (a)			

(a) Excluído na fase de habilitação dos concorrentes

ARTROPLASTIA DA ANCA

Conc.	Preço (Prótese cim.)	Preço (Prótese n/cim.)	Capac.
1 (a)	438.311$00	568.311$00	51
2	776.000$00		157
3	695.000$00		120
4	712.000$00		448
5 (a)	490.000$00	663.000$00	150
6	750.000$00		48
7 (b)			
8	550.000$00		200
9 (c)			

(a) Apresentou proposta alternativa de acordo com a técnica utilizada na cirurgia
(b) Apresentou declaração de desistência
(c) Entrou fora de prazo

O acto público do concurso foi muito participado, tendo decorrido durante uma semana, com sessões de trabalho diárias. Por se tratar duma experiência pioneira mas, sobretudo, por estratégias de actuação dos concorrentes houve tentativas cruzadas de impugnação, cuja conse-

O acto público do concurso foi muito participado, tendo decorrido durante uma semana, com sessões de trabalho diárias. Por se tratar duma experiência pioneira mas, sobretudo, por estratégias de actuação dos concorrentes houve tentativas cruzadas de impugnação, cuja consequência fundamental foi a de prejudicar, sensivelmente, os prazos previstos pelo GT.

quência fundamental foi a de prejudicar, sensivelmente, os prazos previstos pelo GT.

Avaliação das propostas

O programa de concurso definiu os seguintes critérios de apreciação das propostas:

– Garantia de boa execução

MAPA 1

Grelha de avaliação de propostas - Ginecologia

Variáveis	Ponder.	Pont.
1- Garantia boa exec. e qualidade técnica	0,6	
1.1. Da Instituição	0,4	
1.1.1. Actividade desenvolvida (2 anos)	0,03	
Nº actos	0,0285	
% reinternamentos	0,0005	
% infecções	0,0005	
% transferências para outros hospitais	0,0005	
1.1.2. Disponib. serviços e capacidades	0,1	
Imunoterapia	0,01	
UCI	0,015	
Médico permanência	0,03	
Ressuscitação	0,015	
Nº horas func. bloco operatório	0,015	
Esterilização	0,015	
1.1.3. Condições instal. e quipamentos	0,12	
Exist. antecâmara BO c/ desinf. pessoal	0,01	
Condições do ar condicionado do BO	0,01	
Eq. básico e espec. cirurgia causa (BO)	0,01	
Equip. monitorização no BO	0,01	
Gases medicinais canaliz.(BO, UCI, ..)	0,01	
Conforto hoteleiro	0,01	
Exist. meios contra incêndios	0,01	
Nº operações/hora funcionam. BO	0,01	
Gerador emergência	0,02	
Acesso ambulatório e fac. circul. de macas	0,01	
Elevador apropr. macas (quando aplicável)	0,01	
1.1.4. Organiz. clínica e administrativa	0,11	
Visita diária por méd. especialista	0,025	
Proc. clínico c/ todos elem., p/ doente, incluindo notas enfermagem	0,04	
Follow-up até alta clínica	0,02	
% oper. program. não realizadas	0,005	
Controle periódico infecções	0,02	
1.1.5. Satisfação previsível doentes c/ distância	0,04	
1.2. Pessoal	0,2	
% Médicos especialistas	0,05	
Curriculum Vitae Médicos	0,05	
Tempo permanência anestesistas	0,05	
Nº enfermeiras por dia de internamento	0,05	
2 - Preço	0,3	
3 - Capacidade resposta nec. (quantitat.)	0,1	
Classificação final	1	

– Capacidade de resposta às necessidades no período considerado, em termos quantitativos.

A ARSN nomeou Comissões de Análise das Propostas para cada concurso em cuja composição houve dois elementos permanentes: um administrador hospitalar – director de serviço da ARSN, co-autor deste artigo, que presidiu, e um jurista, também da ARSN. Integraram ainda, cada comissão, dois peritos de reconhecido mérito nas especialidades em causa. Os especialistas referidos desempenham funções de elevada responsabilidade na hierarquia hospitalar.

A falta de programas de acreditação, agravada pelo não cumprimento da lei do licenciamento, obrigou as Comissões de Escolha a definir um instrumento de avaliação da qualidade de que damos um exemplo no Mapa 1, relativo à Ginecologia. Como se pode verificar a "Grelha de avaliação de propostas" inclui critérios de estrutura, processo e resultados (Donabedian)

A notação de cada concorrente foi efectuada com base nas propostas apresentadas, respostas a inquéritos complementares e visitas às próprias instalações.

A fórmula adoptada e o magnífico trabalho desenvolvido pelas comissões foram determinantes para o resultado obtido: nenhum concorrente contestou a classificação atribuída.

A falta de programas de acreditação, agravada pelo não cumprimento da lei do licenciamento, obrigou as Comissões de Escolha a definir um instrumento de avaliação da qualidade. A notação de cada concorrente foi efectuada com base nas propostas apresentadas, respostas a inquéritos complementares e visitas às próprias instalações.

Adjudicação

Com base na ordenação dos concorrentes, na sua capacidade de execução e no tempo estimado para o desenvolvimento do programa foram adjudicados os serviços que se resumem no Quadro 4.

O cumprimento rigoroso de todos os formalismos, legalmente estipulados, só permitiu que este programa se iniciasse na segunda semana de Dezembro. Por isso, e por razões que serão analisadas na segunda parte deste artigo, o número de intervenções efectuadas foi sensivelmente inferior ao adjudicado. ■

** Administrador hospitalar – director de Serviços Financeiros da ARSN*

*** Administrador hospitalar – administrador delegado do Hospital de S.Pedro (Vila Real)*

**** Administrador hospitalar – vogal do Conselho de Administração da ARSN*

Quadro 4 - Contratos celebrados, por concorrente e patologia

Em contos

	Cataratas			Histerectomias			Varizes			Prostatectomias			Prótese da anca		
Nº. Conc.	Preço	nº actos	Valor	Preço	nº actos	Valor	Preço	nº actos	Valor	Preço	nº actos	Valor	Preço	nº actos	Valor
4		0	0	454	44	19976	258	188	48504		0	0		0	0
6	310	32	9920	420	40	16800	242,5	68	16490		0	0		0	0
2		0	0		0	0		0	0	446	20	8920		0	0
5	180	162	29160	295	40	11800	237,5	82	19475	295	16	4720	576,5	62	35743
1	210,5	72	15156	219,97	40	8798,8	204,75	42	8599,5	260,46	22	5730,12	503	22	11066
8	275	178	48950		0	0		0	0		0	0		0	0
Total	-	**444**	**103186**	-	**164**	**57374,8**	-	**380**	**93068,5**	-	**58**	**19370,12**	-	**84**	**46809**

TOTAL GERAL 319.808,4

Marketing social chega ao serviço de saúde

Uma visão sumária das presentes reformas no Norte da Europa

"O mal de que o doente padece não é mais que a imaginação desse mal"

Anton Chekhov

Joaquim Paulo Moreira *

Esta síntese de um dos símbolos da literatura clássica mundial, que por acaso até era médico, serve para introduzir este curto ensaio sobre o papel estratégico que um conceito renovado de "doença" assume na propagação da nova ideia de "Saúde pública e Fomento da saúde" e consequente reorientação da gestão dos serviços como proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) há já mais de dez anos.

Assim sendo, este artigo pretende sumarizar o processo que criou as condições para a adopção dos princípios de Marketing Social nos sistemas de saúde da Europa do Norte. Mas, fazendo minhas as palavras de Goethe: "Porque é impossível compreender o presente desconhecendo o passado", proponho que iniciemos este ensaio com uma breve resenha histórica do conceito de "tratamento da doença".

O velho paradigma...

Tanto quanto a versão oficial da história do Mundo nos permite comentar, a doença é tão velha quanto a própria vida. O estudo dos mais antigos vestígios de matéria orgânica encontrada revelou indícios de doença nos ossos dos animais que existiram, aparentemente, muito antes da emergência do Homo-Sapiens. Igualmente, em amostras de lama que havia sido depositada nas profundezas do Oceano Pacífico há milhões de anos, encontraram-se micro-organismos (concretamente Pneumococci e Salmonella) que, acreditamos hoje, são responsáveis pelo desenvolvimento de pneumonia e intoxicação alimentar, respectivamente.

A arqueologia parece assim apontar para uma realidade do "homem das cavernas" bem diferente da visão de Rousseau do nobre e saudável selvagem pré-histórico. Parece que já ele sofria de artrites, tuberculose e até mesmo reumatismo.

Os escritos médicos mais antigos a que a nossa civilização tem acesso, que datam de há mais de dois mil anos, informam-nos sobre as doenças de que padeciam os antigos egípcios. Porém, nem sempre é fácil identificá-las à luz da classificação de doenças em vigor nos nossos dias, uma vez que nesse tempo e até há pouco mais de cem anos, a profissão médica registava, tratava e estudava essencialmente sintomas, tais como dores de cabeça, diarreia, vómitos etc, que podiam estar associados a muitas e diferentes doenças.

Não foi até ao desenvolvimento da "teoria dos germes" no séc. XIX que a classificação específica de doenças começou a tomar lugar no processo de diagnóstico médico. Hoje, um médico experiente reconhece a doença através dos sintomas presentes no indivíduo analisado, mas é o patologista que, quando necessário, confirma o diagnóstico ao reconhecer o organismo malévolo, por exemplo no sangue do indivíduo. Se a doença não é causada por uma bactéria, vírus ou parasita, mas tem origem no funcionamento deficiente de um órgão (como nos casos da diabetes ou doenças coronárias) ou mesmo de uma condição de causa desconhecida, então o diagnóstico será confirmado pela análise química de fluídos do corpo, ou enumeração de células sanguíneas.

Em suma, podemos dizer que do tratamento de sintomas imprecisos as estratégias de combate ao germe em particular, parece ter sido a evolução geral mais significativa operada pela medicina ocidental num período de mais de dois mil anos. De Hippocrates a Paracelsus, passando por Theo-phrastus e Abulcassis, até Pasteur e Landsteiner, desenvolveu-se uma empolgante conquista de territórios ocupados pela doença com o apoio de dois fundamentais elementos tácticos: o Medicamento e a Cirurgia, esta última com alguns aliados esporádicos como a anestesia, antisépticos, transfusões de sangue e, mais importante, instrumentos tecnológicos auxiliares. Esta evolução, deu-se em paralelo com o advento mais recente de duas das mais rentáveis indústrias do planeta: a indústria farmacêutica e a indústria de instrumentos técnicos para Medicina.

Porém, a perspectiva com que a Biologia e a Medicina foram estabelecidas nas culturas de origem Hellénico-Hebraica radica, em essência, na engenharia, onde a Natureza é interpretada através de modelos mecanicistas, o que levou ao desenvolvimento de uma cultura médica que interpreta o corpo humano como uma máquina que se pode desmontar, tratar partes ou até mesmo substituir essas partes caso já não haja "concerto".

O estudante de Medicina inicia a sua introdução neste conhecimento esotérico e ultra-codificado estudando primeiramente a estrutura e função do corpo e suas partes, continuando com a contemplação das teorias e processos da doença, acabando a sua formação com a instrução e prática clínica em doentes seleccionados. Desta forma, a percepção cultural do estudante e profissional é dominada pela imagem do hospital clínico onde os recursos tecnológicos se concentram.

O conceito mecanicista reflecte-se em toda a acção médica desde a atenção prioritária dada à base química da hereditariedade, às análises à resposta imunológica dada aos órgãos transplantados. Estas investigações médicas estão intensamente de acordo com o modelo da física e procuram em última instância o controlo perfeito da es-

trutura genética e a substituição de órgãos doentes por órgãos saudáveis.
Desta forma, a substituição do "estado doente" pelo "estado saudável" representou e ainda representa o paradigma dominante na totalidade da acção médica, caracterizada ainda pela filosofia dualista cartesiana que, para os que se esqueceram do significado do termo, expressa a relação segregada entre corpo e mente.

O novo paradigma...

Podemos assim dizer que a reforma deste paradigma implica uma verdadeira metamorfose cultural e filosófica de toda a a actividade médica e é o maior desafio posto à ciência médica desde que Hippocrates coligiu os primeiros julgamentos médicos.
Eis pois que, após pelo menos dois mil anos de completa imutabilidade na atitude essencial de substituir o estado de doença pelo estado de saúde, a profissão médica se vê compelida a mudar.
Tudo parece ter-se iniciado em 1975, quando Marc Lalonde, então ministro da Saúde do Canadá, publicou um relatório intitulado: "Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadianos". Este relatório é apontado como o marco político que nos Estados do ocidente de economia dita de mercado livre, deu início à reclassificação da perspectiva de saúde pública nas prioridades do discurso político sobre saúde e, mais importante, representa um marco no processo de concessão de competências a outras profissões que não apenas a profissão médica. Por outras palavras: o documento representa o fim do monopólio da profissão médica nos julgamentos sobre a saúde dos indivíduos...
Para além disto, que já não é pouco, este texto político teve como outra consequência prática a reorientação do sistema de saúde canadiano para uma perspectiva de prevenção da doença e, em última instância, do "Fomento da saúde" em oposição e resistência à histórica perspectiva de "cura e tratamento" que dominava, e ainda domina, a maioria dos sistemas de saúde ocidentais.
O exemplo canadiano, graças à promoção e apoio protagonizado pela Organização Mundial de Saúde, teve repercussões que nem o próprio Marc Lalonde previra.
Há vinte e um anos atrás, o seu relatório teve o mérito inegável de direccionar a racionalização teórica sobre a saúde dos indivíduos para uma realidade que para muitos poderá soar como de "La Palisse", mas que na verdade levou pelo menos dois mil anos a ser proferida por responsáveis de decisão. Então, esta verdade de "La Palisse" com que Lalonde "surpreendeu" o mundo foi que: uma redução significativa da mortalidade e morbilidade dos cidadãos poderia ser atingida através de melhorias críticas no ambiente onde os indivíduos vivem (a que chamamos a "perspectiva estruturalista") e no seu comportamento (a que chamamos a "perspectiva dos estilos de vida"). Desta forma, o clássico "combate ao germe" através de meios artificiais tornar-se-á secundário na acção dos serviços de saúde, uma vez que a prioridade passa a ser a de fomentar o estado de saúde nos indivíduos, substituindo-se igualmente a visão mecanicista e segregada do corpo humano por uma visão Holistica dos factores que influenciam o equilíbrio entre corpo e a mente do qual depende a conservação prolongada do estado de saúde dos indivíduos.

Alarga-se o campo de intervenção dos profissionais de saúde, o novo paradigma convoca os profissionais de saúde a substituir a sua atitude clássica de "Reacção" por uma nova atitude de "Pro-acção", obrigando-o a sair do ambiente clínico para a "rua" ou, mais concretamente, para a comunidade que supostamente está a servir.

Na sequência deste relatório, consubstanciou-se, num período de duas décadas, um riquíssimo campo de discussão interdisciplinar onde, pela primeira vez na história dos escritos sobre saúde desde Hippocrates, foram admitidas como relevantes pela profissão médica, um número diverso de outras disciplinas e ciências sociais como a Psicologia, a Sociologia, a Educação, a Epidemiologia, a Economia, a Política Social, as Teorias de Comunicação e até uma nova disciplina chamada Marketing Social em que a última secção deste ensaio se concentra e que é igualmente o objecto principal da actividade académica e de investigação que desenvolvo correntemente.
Assim sendo, o novo paradigma da saúde orienta a nossa acção para o "Fomento da Saúde" em detrimento da simples "Cura e Tratamento", e implica a prioridade de actividades concertadas de Educação, Prevenção e Protecção a disseminar entre os públicos internos e externos dos serviços de saúde. Consequentemente, alarga-se o campo de intervenção dos profissionais de saúde, que tendo-se habituado a actuar unicamente nas respectivas organizações, são agora requisitados para intervir na comunidade. Por outras palavras, o novo paradigma convoca os profissionais de saúde a substituir a sua atitude clássica de "Reacção" por uma nova atitude de "Pro-acção", obrigando-o a sair do ambiente clínico para a "rua" ou, mais concretamente, para a comunidade que supostamente está a servir...

A implementação do novo paradigma

O novo paradigma de saúde está inegavelmente em movimento e é imparável! Está politicamente armado com documentos tão importantes como a declaração de Alma Ata (1977) e os subsequentes textos do "Saúde Para Todos no ano 2000" (1985), assim como com as declarações das conferências da OMS de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sandsvall (1991), Budapeste (1991) ou a mais recente declaração de Gândia (Outubro de 1993), para além de adaptações locais dos seus princípios e objectivos nos diferentes estados ocidentais.
Porém, a implementação do novo paradigma enfrenta, um pouco por toda a Europa, uma série de desafios que podem ser sumarizados em três temáticas fundamentais:

- A questão ideológica
- A questão financeira e organizacional
- A questão da cultura dos recursos humanos

A questão ideológica

Nesta linha de raciocínio, e no que diz respeito à questão ideológica, o primeiro grande desafio é de ordem fundamentalmente conceptual.
A exemplo elucidativo, identificam-se de imediato as dificuldades que a simples definição e tradução dos novos conceitos para outras línguas como o português representa. Por exemplo, na tradução do termo inglês "Health Promotion" que resultou no termo "Promoção de saúde". Porém, se o tivesemos traduzido do alemão, teríamos que "Gesundheitförderung" se traduziria como "Fomento da saúde" que corresponde muito mais às verdadeiras novas expectativas da disciplina de Saúde Pública e permitiria evitar as intepretações imprecisas observáveis em Portugal, onde a sua significação parece ter sido totalmente diversa das ocorridas por exemplo na Alemanha, Grã-Bretanha, Holanda, Dinamarca e nos USA.
De facto, esta questão interpretativa é facilmente identificável na maioria dos textos políticos portugueses que pelo menos desde 1974 elucidam a ideia de "Promoção da saúde" de uma forma nitidamente divergente da ideia de "Fomento da saúde", uma vez que a associam com a promoção da cura e tratamento. Apesar das insistentes referências à prevenção como uma acção vital dos serviços de saúde nacionais, esta função não recebeu até hoje qualquer apoio significativo do poder governativo em contraste com o que se passa nos estados ocidentais que identifiquei acima.
Assim, temos que a propagação do novo paradigma e ideologia médica de saúde pública, foi a primeira grande acção estratégica que sustentou as reformas em curso um pouco por toda a Europa do Norte e que parece não ter sido ainda iniciada em Portugal.
Esta verdadeira provocação conceptual à estabilidade ideológica da mais clássica das ciências (a Medicina) fundamenta a sua argumentação nas recentes conquistas sociais da actividade de Saúde Pública sobre a actividade clínica. Esta histórica conquista ideológica cimenta-se definitivamente na Europa ocidental na presente "quarta era" da Saúde Pública com profundas implicações práticas na realidade dos sistemas de saúde europeus e em particular no alemão, britânico, dinamarquês e holandês que tenho tido oportunidade de acompanhar mais de perto nos últimos três anos.
Nesta nova era da saúde pública a ênfase situa-se na responsabilização individual no que diz respeito à saúde pessoal. Ao centrar a sua atenção no indivíduo, a "Nova Saúde Pública" estabelece novas prioridades estratégicas, concretamente na mudança do comportamento individual em detrimento das tentativas de reforma ambiental dos sistemas (a perspectiva estruturalista) que se revelaram, nas eras iniciais da saúde pública, ser de incomensurável complexidade para se chegar a soluções práticas que servissem os interesses de todos os grupos económicos e "lobbies" envolvidos.
Assim, a ênfase estratégica na mudança de "estilos de vida" dos indivíduos parece ser a opção mais viável se bem que extremamente polémica e criticada com argumentos tão fortes como os que têm sido apresentados pelos defensores da perspectiva estruturalista. Dizem eles (e elas) que a "perspectiva individualista" é um paradoxo.
De facto, que efeito poderá ter uma mudança de comportamento individual se o seu contexto social continuar a pôr em risco a sua saúde pessoal? Nomeadamente, em factores de risco social como: a poluição; os ordenados miseráveis ou mal geridos; os perigos da radiação solar; a cultura consumista deterioradora da saúde mental; a má qualidade da água; a pobreza nutricional da "fast food"; os problemas provocados pela deficiente gestão urbanística; ou mesmo a administração incorrecta de serviços e produtos de cura e tratamento médico...
Tão forte argumentação faz-nos sentir que temos telhados de vidro. Porém, a opção pela perspectiva ideológica dos "estilos de vida" é um dado adquirido e adoptado pelos reformistas dos sistemas de saúde na Alemanha (há já muito tempo), assim como na Grã-Bretanha, Holanda, Dinamarca, USA e Canadá.
Incorporado nesta reforma ideológica, vem também a propagação do princípio da "Desmedicalização" da saúde que é visto como um conceito estratégico para possibilitar o "comedimento" das expectativas que o público tem relativamente aos serviços de saúde, ou seja, uma forma de tentar resolver o excesso de procura dos serviços de "cura e tratamento" muitas vezes quando não há nada para curar. Pressionado porém, pelo espaço disponível, escuso-me neste ensaio a elaborar este aspecto das reformas.
Assim, neste exercício de sumarização da realidade actual em diferentes países do norte da Europa, passemos agora à segunda questão.

A questão financeira e organizacional

Para além das discussões sobre a melhor forma de propagar a nova ideologia da saúde e do inevitável recurso a uma prática multidisciplinar, também se reflecte sobre as reformas organizacionais e incentivos financeiros que o Estado poderá encontrar nesta nova atitude para com a Saúde Pública.
Assim, por exemplo na Alemanha, Dinamarca, Holanda e Grã-Bretanha, o que está em questão já não é se o novo paradigma pode ou não beneficiar do conhecimento sistematizado por outras ciências e disciplinas sociais não-médicas. O que está neste momento a ser disputado é qual será o melhor sistema para a prática da Nova Saúde Pública e qual a forma mais eficaz de integrar as perspectivas de outras ciências sociais na cultura dos serviços de saúde.
Neste âmbito, e particularmente na Europa, temos, de um lado os sistemas financiados directamente pelos impostos colectados e distribuídos nos orçamentos gerais do estado (como na Grã-Bretanha, Dinamarca, Irlanda e Portugal) e do outro temos os sistemas financiados através de seguros nacionais de saúde como são os casos da Alemanha e Holanda, havendo ainda alguns onde as duas formas se encontram num sistema de saúde misto como é o caso do francês.
Uma vez mais pressionado pela escassez de espaço, não os podemos comparar entre si, daí só lhes apresentar uma síntese da experiência alemã, que de facto tem inspirado as correntes reformas noutros sistemas de saúde, como por exemplo, o britânico e o dinamarquês.
A ideia da política de Seguro Nacional de Saúde foi originalmente desenvolvida por Bismarck:

"... porque o bem-estar das pessoas não resulta automáticamente do crescimento económico em regime de economia de mercado livre; a distribuição tem que ser regulada, e o Estado não se deve limitar a estipular a mera liberdade económica..."

O sistema de seguro nacional de saúde alemão foi proposto em 1880 e legislado nos dez anos subsequentes. A sua

filosofia esteve desde o início imbuída de um sentimento de suspeição relativamente à capacidade que as forças invisíveis do mercado têm para promover solidariedade social.
Aos que renegam em absoluto tais suspeitas e defendem acirradamente as forças de mercado, permitam que lhes sugira que procurem informar-se sobre a verdade calamitosa a que o sistema de saúde norte-americano chegou por, precisamente, ter acreditado cegamente, até bem recentemente, nas forças de mercado...
A diferença essencial entre os sistemas de "seguro nacional de saúde" e os "sistemas nacionais de saúde" como o português ou o dinamarquês é que as finanças não são consignadas directamente às instituições de tratamento e cura (de que os maiores beneficiários são os hospitais). Nos sistemas onde o "seguro nacional de saúde" é obrigatório, os cidadãos e todas as empresas em actividade contribuem directamente para "fundos de doença" que estão subdivididos em analogia com alguns tipos de segmentação demográfica desenvolvida em Marketing, e são geridos por organizações com uma forte semelhança com as companhias de seguros. Uma descrição detalhada destas organizações, apesar de importante, é impossível neste curto espaço de intervenção, daí que faça apenas menção de que estas organizações diferem das companhias de seguros como as conhecemos em Portugal em três aspectos fundamentais: 1) Pagam tudo; 2) Sem demoras; 3) Sem peritagens.
Na Alemanha é um direito constitucional de todo o cidadão fazer parte de um destes "fundos de doença" o qual lhe garante o acesso sem quaisquer restrições aos serviços de tratamento e cura. Neste sistema, é indiscutível que a relação financeira estabelecida entre o prestador do serviço de cura e tratamento (hospitais, centros de saúde, clínicas, etc) e o pagador (o fundo de doença ou companhia de seguro social) cria forças de equilíbrio que, de uma forma inequívoca, propiciam a vontade política e gerêncial de adesão ao novo paradigma de saúde.
De facto, na medida em que as companhias de seguro social têm todo o interesse em que os seus segurados se mantenham saudáveis, estas organizações desenvolveram ao longo dos mais de cem anos de experiência uma perspicácia estratégica de como prevenir ou adiar a evolução do "estado de doença" nos indivíduos, para além de desenvolverem elaboradas estratégias comunicacionais no sentido de educar e proteger os indivíduos. Por exemplo, o sistema de saúde alemão é um dos raros sistemas onde qualquer cidadão pode e é encorajado a fazer aquilo que em sistemas como o nosso é um luxo dos ricos: um "check-up" anual!
Por outro lado, há um crescente interesse em optar por medicinas alternativas (não-invasivas e de custos e riscos muito mais reduzidos que a medicina ortodoxa) como Herbalismo, Homeopatia, Psicanálise, Terapia da arte, Osteopatia, Acupunctura, Reflexologia, Hipnoterapia, Terapia da música, Hidropatia, Terapia do amor, e outras cuja simples menção parece deixar perplexos os responsáveis de serviços de saúde portugueses com quem tenho tido contactos recentemente, tal é a falta de informação sobre estas matérias em Portugal...
Assim, temos que num sistema de seguro nacional de saúde os hospitais não recebem dinheiro para gastar, mas são pagos pelos serviços que prestam. Nesta relação, pretende-se que as forças se compensem mutuamente na medida em que forçam que por um lado, somente as instituições, por exemplo hospitalares, que merecem a confiança do público sobrevivam, porque atraem mais indivíduos na procura de tratamento, logo mais pagamentos por parte dos fundos de doença, e que por outro lado, os pagadores (as companhias de seguros constituídas como fundos públicos de saúde), tenham uma genuína preocupação em manter o estado de saúde dos seus segurados pelo maior espaço de tempo possível.
Trata-se da divisão estratégica entre "pagadores" e "prestadores do serviço" cuja adopção se observa nas recentes reformas operadas um pouco por toda a Europa do Norte com o intuito de controlar a "escalada incontrolável" de custos, demonstrando que, pelo menos neste aspecto o sistema de saúde alemão é o modelo a observar, se bem que a observação do processo de reforma desenvolvido em sistemas de natureza semelhante ao português (nomeadamente o britânico ou o dinamarquês), possa elucidar sobre as possíveis estratégias para se atingir uma mudança eficaz e satisfatória para todas as partes envolvidas.

A questão da cultura dos recursos humanos

Temos então, que as reformas preconizadas um pouco por toda a Europa do Norte apontam para o estabelecimento de sistemas de saúde com três características essenciais:

1)- A distinção entre os prestadores dos serviços e os pagadores;
2)- Os pagadores sentem-se motivados para elaborarem acções com o intuito de manter os seus "clientes" saudáveis e longe dos serviços de cura e tratamento (nomeadamente hospitais);
3)- Os prestadores dos serviços sentem-se pressionados não só para satisfazerem os utilizadores dos seus serviços, mas também para ganhar uma reputação de "qualidade" de forma a garantir a procura dos seus serviços e a "fidelidade" de longo-termo dos seus utilizadores.

Uma das consequências mais profundas desta nova relação entre pagadores (ou compradores) e prestadores é essencialmente de ordem cultural. Ou seja, dá origem a um processo natural de reeducação dos recursos humanos das organizações que compõem os sistemas de saúde.
De facto, pela primeira vez na história da maioria dos sistemas de saúde, temos que este tipo de reforma, ao estabelecer a divisão entre "quem paga" e quem "oferece" os serviços cria uma espécie de "mercado interno", onde os primeiros se sentem motivados a retirar "mais valia" do orçamento que lhes é alocado, e os segundos perdem a garantia das receitas estatais, ficando assim sobre pressão para assegurar a "mais valia" que os compradores exigem para a aplicação do seu capital.
Porém, esta mudança organizacional é verdadeiramente revolucionária e, naturalmente, em estados democráticos, tem que ser implementada progressiva e voluntariamente. Não tem porém que passar-se de um "sistema nacional de saúde" a um sistema de "seguro nacional de saúde", uma vez que é possível criar-se a divisão comprador-prestador entre os grupos que desde sempre constituiram um sistema nacional de saúde. Ou seja, é possível motivar os próprios públicos internos (na sua totalidade ou apenas determinados grupos mais dinâmicos e influentes) a optarem pelo novo sistema de auto-gestão e liberdade orçamental (por exemplo agrupando-se em fundos auto-geridos de clínicos gerais), como a corrente experiência britânica nos elucida.
No entanto, devemos levar em linha de conta que em alguns sistemas de saúde (como por exemplo o português ou o dinamarquês), a implementação deste tipo de reformas encerra em si uma inversão da pirâmide de influência dentro da profissão médica ao colocar os clínicos gerais no seu topo, uma vez que estes passam, na prática, a ter controlo não só sobre as finanças (reformulando-se neste aspecto o papel das ARS ou organizações similares), mas também sobre a distribuição dos utilizadores dos serviços de cura e tratamento. Este é um processo que potencia a resistência feroz por parte dos "especialistas" que, naturalmente, não vêm com bons olhos o novo poder dos clínicos gerais (como acontece actualmente na Grã-Bretanha).
Na prática porém, e pondo de lado os pormenores tácticos da implementação de tais reformas, a verdade é que este novo tipo de atitude para com a aplicação do capital por parte das organizações públicas introduz, como disse, uma nova cultura gerencial, pela primeira vez verdadeiramente orientada para o "utilizador" dos serviços. Por outras palavras, ambos – "pagador" e o "prestador" – sentem-se motivados a conhecer e antecipar as necessidades da população antes mesmo dos indivíduos chegarem aos centros de saúde, hospitais ou quaisquer outros serviços de cura e tratamento e, consequentemente, a prepararem a melhor resposta para satisfazerem as necessidades da sua população.

De facto, pela primeira vez na história da maioria dos sistemas de saúde, temos que este tipo de reforma, ao estabelecer a divisão entre "quem paga" e quem "oferece" os serviços cria uma espécie de "mercado interno", onde os primeiros se sentem motivados a retirar "mais valia" do orçamento que lhes é alocado, e os segundos perdem a garantia das receitas estatais, ficando assim sobre pressão para assegurar a "mais valia" que os compradores exigem para a aplicação do seu capital.

E assim, Marketing Social chega aos serviços de saúde

E eis-nos assim chegados ao "momentum" deste sumário das reformas, porém já sem espaço para o elaborar.
Assim, e admitindo a hipótese de elaborar alguns destes aspectos numa futura intervenção resta-me apenas enumerar resumidamente as novas facetas organizacionais mais relevantes que estas reformas originam:

1) Necessidade de desenvolvimento de uma identidade da organização (ou a aplicação dos princípios de Marketing Institucional).
2) Desenvolvimento de sistemas de informação e bases de dados que permitam à organização reconhecer e antecipar as necessidades dos seus utilizadores (ou a aplicação dos princípios de Pesquisa de Mercado).
3) Estabelecimento de canais de comunicação entre as organizações e a população de forma a obter o *feedback* dos utilizadores para, por exemplo, a criação de novos produtos e/ou serviços, assim como para comunicar qualquer mudança ou alteração nos serviços oferecidos, ou até mesmo para educar a população relativamente às melhores formas de utilizar os serviços no interesse de ambas as partes (ou a aplicação dos princípios de Comunicação de Marketing).
4) Processamento de estratégias de comunicação coerentes e de longo prazo para reeducar os públicos da organização (interno e externo) no novo paradigma de "Fomento da saúde" (ou aplicação dos princípios de Relações Públicas).
5) Estabelecimento de sistemas de auditoria de mercado e controlo de programas específicos de intervenção na comunidade, por exemplo com o intuito de alterar atitudes ou comportamentos (ou a aplicação dos princípios de Controlo de Marketing).

Estes cinco aspectos não representam de forma alguma um sumário exaustivo das formas em que os princípios de Marketing Social podem agora ser aplicados nos sistemas de saúde. Pretendem antes ser um "Exordium" introdutório, uma vez que o objectivo deste curto ensaio era apenas o de sumarizar o tipo de reformas que precisamente propiciaram as condições para a sua aplicação.
E, em jeito de nota conclusiva (embora na realidade introdutória de uma série de possíveis ensaios subsequentes), deixem-me que lhes apresente a minha definição teórica de Marketing Social aplicado ao "Fomento da saúde":

> Marketing Social, orientado para o "Fomento da saúde", consistirá no desenvolvimento de programas com objectivos específicos de satisfação de necessidades de Prevenção, Educação e Protecção dos potenciais utilizadores dos serviços de cura e tratamento, estratégicamente definidos com o intuito de assegurar os objectivos das organizações do sistema de saúde, nomeadamente no que diz respeito à "mais valia" do capital alocado para servir a população. Trata-se de um conjunto de princípios e técnicas adaptadas da definição teórica e prática da gestão de Marketing comercial; porém, os gestores de Marketing Social, adoptam igualmente e com igual relevância, princípios de outras disciplinas como Psicologia, Sociologia, Teorias da Comunicação, Epidemiologia e Política Social, ao conceptualizarem estratégias para influenciar as atitudes e comportamentos dos vários públicos do sistema de saúde. Assim, o objecto de Marketing Social é a introdução e disseminação de novas ideias que estimulem a prevalência de novos comportamentos específicos em grupos-alvo pré-definidos.

Com esta definição, apresentada em primeira mão nesta revista, despeço-me até uma próxima oportunidade... ■

* *University of Manchester – Health Services Management Unit*

Um quarto de século de prestação de cuidados diferenciados à comunidade, conciliando o progresso técnico com a humanização, a qualidade com a produtividade.

O hospital de Beja

O Distrito de Beja, situado a sul do Rio Tejo, possui um total de catorze concelhos e ocupa uma área total de 10223 km² possuindo em 1992 uma população residente de 166970 habitantes. Contudo, podemos ainda considerar a zona litoral do Alentejo como região de influência deste Hospital (de acordo com o definido no artº 8º do Dec. Lei 10/93) e que perfaz uma população de mais 72101 habitantes, ou seja , um total de 239071 habitantes.

A sub-região do Serviço de Saúde de Beja patenteia o exemplo tipo de uma população extremamente envelhecida e dependente necessitando consequentemente de uma sólida estrutura de Saúde para fazer face às necessidades sentidas/expressas que podemos sintetizar da seguinte forma:

- Estrutura etária duplamente envelhecida
- Crescimento natural negativo
- Baixas densidades populacionais e despovoamento progressivo
- Níveis elevados de repulsão demográfica

Caracterização geral

O Hospital de Beja foi inaugurado em 25 de Outubro de 1970, reportando-se a sua concepção à década de 60. Foi o Hospital que iniciou o ciclo de construções dos Hospitais "novos".

Nos termos do Dec.-Lei nº.45226 de 4 de Setembro de 1963, o Hospital Regional de Beja foi denominado "Hospital José Joaquim Fernandes".

O Hospital ocupa uma área de 54.500 m² sendo a área de implantação do edifício, tipo monobloco, de 4.400 m².

Esta instituição efectua actualmente a cobertura a uma população residente de aproximadamente 170.000 hab., dispondo para o efeito de 281 camas. Este Hospital dispõe das seguintes valências:

Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Ginecologia, Imagiologia, Medicina, Medicina Física e Reabilitação, Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria, Pedopsiquiatria, Psiquiatria e Urologia.

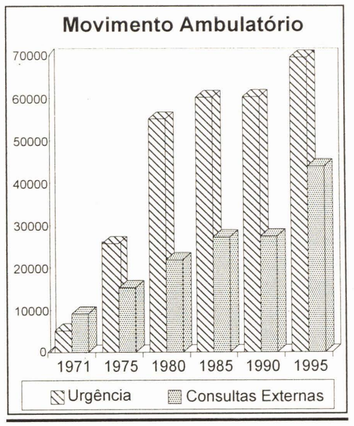
Ao nível das Consultas Externas funcionam todas as valências referidas e ainda Citologia, Convulsões, Colposcopia, Diabetologia, Endoscopias, Genética, Hidatologia, Hipertensão, Nefrologia, Neonatologia, Oncologia, Planeamento Familiar e Pneumologia.

"Um acto de justiça"

Não fora a perspectiva do futuro, a visão antecipada de uma Senhora de Beja – sensibilizada pela perda do marido – do que seria a evolução da medicina estimulada pelo avanço imparável das novas tecnologias, o movimento das populações pelo direito à saúde e a necessidade de fixação de técnicos fora dos grandes centros, não estaríamos agora a comemorar os vinte e cinco anos de vida do nosso hospital.

Será o mínimo acto de justiça dos homens lembrar que este hospital, se existe, se deve à generosidade da dávida daquela Senhora, a Exmª. Srª. D. Maria Carolina Almodôvar, e que o seu nome é Hospital de José Joaquim Fernandes (HJJF), aquele que foi seu marido.

É assim que a 25/10/1970 começa a história (se a História já nos permitir evocá-la) deste novo hospital de Beja, o primeiro de uma série que posteriormente foram edificados por este país e de responsabilidade estatal com profissionalização do pessoal em todas as áreas de actuação.



Movimento assistencial

Com uma lotação constante de 281 camas, a evolução da actividade do internamento caracteriza-se por um acréscimo do número de doentes tratados e uma acentuada diminuição da demora média, com significativas taxas de ocupação.

Ao nível do ambulatório, evidencia-se uma resposta eficaz a uma maior procura dos cuidados de saúde prestados, com um aumento de doentes atendidos diáriamente, não só em Serviço de Urgência mas sobretudo em Consultas Externas programadas. A actividade do Bloco Operatório regista também uma evolução francamente positiva com o aumento do número de intervenções cirúrgicas; a crescente produtividade dos M.C.D.T. tem acompanhado a dinâmica hospitalar.

Internamento

Indicador	Internamento		
Anos	Doentes tratados	Demora Média	Taxa de ocupação
1971	2189	16,63	72,02
1975	6419	13,36	82,67
1980	8387	11,89	88,39
1985	10103	9,32	79,70
1990	10227	6,32	63,30
1995 a)	11744	6,61	73,96

a) Valor estimado

Constata-se um crescimento significativo do número de doentes tratados, bastante acentuado nos primeiros 5 anos de actividade hospitalar, sendo que em 1995 nos aproximámos dos doze mil doentes tratados, observando-se assim um aumento de 15% nos últimos cinco anos.

Ao longo deste período a taxa de ocupação apresenta um valor médio de 76,6%, apresentando uma baixa significativa ao longo da década de oitenta, como reflexo da queda da demora média.

A curva relativa à demora média evidencia grandes decréscimos, na ordem dos 60%. Apresenta na última década um valor próximo de 6,5 dias, já inferior à média nacional para os hospitais distritais (7,6), o que significa a optimização dos meios complementares de diagnóstico e a preocupação pelo internamento programado, traduzindo uma resposta mais eficiente dos diferentes serviços e um melhor atendimento ao doente.

Ambulatório

A análise dos indicadores da actividade hospitalar ao nível do ambulatório aponta para uma crescente procura da Urgência, com um aumento significatico do número de doentes atendidos no serviço a partir dos anos 80. Em média foram socorridos 61 mil doentes/ano, valor esse afectado pelo aumento de 15% do último quinquénio. De referir que este acréscimo poderá ser explicado pela integração do Serviço de Atendimento Permanente (S.A.P.) na Urgência Hospitalar, em 1993.

O movimento de doentes atendidos em Consulta Externa, ascendente logo a partir da década de 70, teve de facto um grande impulso com um aumento de 60% de doentes em consultas programadas nos últimos 5 anos. Tal comportamento traduz uma evolução positiva em termos de ambulatório com uma inversão do rácio Urgência/Consulta Externa que apresenta o valor de 1,58, acima da média nacional para os hospitais distritais, nos últimos cinco anos.

O crescimento da actividade hospitalar também é notório ao nível da utilização do Bloco Operatório, com um acentuado aumento do número de intervenções cirúrgicas ao longo destes 25 anos; se comparado este movimento com o início da sua actividade, verifica-se que esta quatriplicou, apresentando o indicador de intervenções cirúrgicas por dia útil um valor superior (4,6) à média nacional para os hospitais distritais (3,9), também no último quinquénio.

Quanto ao número de partos, com um aumento significativo até à década de 80, tem vindo a diminuir desde essa data reflectindo a estrutura etária de um distrito envelhecido, de baixa densidade populacional em que as gerações dificilmente se renovam.

Anos	1971	1975	1980	1985	1990	1995
Urgência	5106	25674	55031	60065	60211	69498
Consultas Externas	9057	15283	21783	27107	27328	43816

Anos	1971	1975	1980	1985	1990	1995
Partos	366	1525	1701	1671	1527	1158
Interv. Cirúrgicas	837	1919	2125	2702	3501	3796

Meios complementares de diagnóstico

Anos	1971	1975	1980	1985	1990	1995
RX	3477	10853	19072	23553	31867	45082
Análises Clínicas	2024	21030	54806	112815	198342	978778
Ecografias	0	0	0	893	4635	8946
TACs b)	0	0	0	0	692	1562

b) *exames realizados no exterior*

A resposta dos meios complementares de diagnóstico acompanha a dinâmica do crescimento de produtividade nos diferentes serviços, traduzindo uma melhoria na qualidade do atendimento ao doente que significa uma optimização global dos recursos disponíveis.
No que respeita à imagiologia, o recurso a técnicas cada vez mais diferenciadas, nomeadamente exames de mamografias e ecografias, foi progressivo.
Em relação às análises clínicas, observa-se um acentuado acréscimo nos últimos 5 anos, concretamente a partir de 1993, devido não só a alterações nos critérios de classificação estatística mas também à instalação e modernização de equipamentos e aplicação de novas técnicas, garantindo toda a produção interna.

Pessoal Existente

Anos	1970	1975	1980	1985	1990	1995
Dirigente	0	1	1	1	5	9
Médico	15	106	99	114	104	91
Enfermagem	23	115	121	153	183	247
Téc. Sup. e Téc.	2	18	35	40	38	49
Administrativo	7	33	43	59	71	59
Auxiliar	39	142	183	207	218	233
Operário	7	12	22	26	36	25
TOTAL	**93**	**427**	**504**	**600**	**655**	**713**

Recursos humanos

Em 25 de Outubro de 1970 o Hospital José Joaquim Fernandes iniciou a sua actividade com um total de 93 funcionários e agentes repartidos pelas categorias profissionais que se indicam em quadros anexos, contando actualmente com 713.
Após 25 anos, podemos afirmar que este hospital desenvolveu a sua actividade de prestação de cuidados de saúde a toda a região desempenhando um papel fundamental na rede do Serviço Nacional de Saúde.

Pessoal Médico

Em 1985 verificamos um acréscimo do número de lugares do quadro devido à entrada nesta instituição de um elevado número de médicos do Internato Complementar (54). Paralelamente o número de lugares do quadro ocupados aumenta em virtude da transição para o mesmo dos médicos que completaram o Internato Complementar.
A partir de 1985 verificamos um decréscimo do número de médicos acentuado em virtude da diminuição de Internos do Complementar e Geral.

Recursos financeiros

O volume de recursos financeiros aplicados na exploração do Hospital de José Joaquim Fernandes ao longo deste quarto de século tem evoluído em função do crescimento da actividade, traduzida no movimento assistencial, e do volume de efectivos de pessoal cujos encargos constituem a parcela mais relevante da estrutura da despesa. Através dos quadros seguintes podemos analisar a evolução do volume da receita e despesa, a preços correntes e a preços constantes.
Naturalmente que a comparação das verbas, a preços correntes, não tem sentido económico, mas tão-só de mera curiosidade já que não se pode extrair qualquer análise ao compararmos um orçamento em 1971 da ordem dos 10 mil contos com os cerca de 3,5 milhões de contos de 1995.
Deflacionando estas cifras com o índice geral de preços ao consumidor (s/habitação) podemos confirmar a preposição teórica, da economia da saúde, de que os gastos em saúde crescem a um ritmo superior ao do crescimento da riqueza e por consequência dos impostos que sustentam os orçamentos do Estado.
Assim constatamos que os gastos de exploração do Hospital de José Joaquim Fernandes, em termos reais, decuplicaram nestes últimos 25 anos.

Receitas

Da análise da evolução da estrutura da receita, o aspecto mais relevante prende-se com o peso relativo que ao longo do tempo vêm assumindo as receitas próprias e o subsídio de exploração.
Constatamos ser interessante que a distribuição entre o subsídio de exploração obtido do Orçamento do Estado, e as receitas próprias assume pesos relativos muito próximos nos anos de 1971, 1975 e 1995.
De facto os dados do nosso hospital traduzem a evolução do sistema de Saúde em Portugal, cuja universalidade e gratuidade atinge, nesta série, em 1980 o valor máximo relativo de 97,1% para o subsídio de exploração e de somente 1,5% para as receitas próprias.
Esta estrutura foi-se invertendo gradualmente, não tanto pelo pouco peso das taxas moderadoras, associadas à mudança constitucional para o "tendencialmente gratuito", mas pelo alargar do âmbito de cobertura dos subsistemas e seguradoras e especialmente pela melhoria de abrangência e adequação das tabelas de preços da facturação, que tem permitido o aumento das receitas próprias para 1995, correspondentes a 14,6% das receitas.
A semelhança estrutural dos anos de 1971 e 1975, justifica-se pelo facto de que até esta data o Estado não assumia a responsabilidade de garantir em pleno o direito à saúde, financiando supletivamente, embora já com um grande peso, completando os hospitais, geridos pelas Misericórdias, os seus orçamentos através da facturação à Segurança Social e uma parte aos cidadãos que dispunham de alguns meios que eram classificados como "porcionistas".
Constatamos que hoje o problema do financiamento da saúde se coloca com a mesma acuidade e se apontam alternativas semelhantes embora com enquadramentos formais próprios da actualidade.

Despesas

Quanto à evolução da estrutura da despesa também os dados do Hospital de José Joaquim Fernandes apresentam um comportamento coerente com o que se passa na rede hospitalar portuguesa, no que se refere aos pesos relativos das despesas com consumos, fornecimentos e serviços de terceiros e despesas com pessoal.
No caso do nosso hospital, por razões próprias do período de instalação a tendência em análise assume maior coerência a partir de 1980.
De facto, desde essa data, as despesas com pessoal, embora assumindo o maior peso relativo, vão decrescendo (67,3%, em 1980 para 57,1% em 1995), especialmente em contrapartida do aumento das despesas com fornecimentos e serviços de terceiros. Esta rúbrica passou de 8,2% em 1980, para 18,5% em 1995, devido fundamentalmente à cessão para exploração privada dos sectores de apoio logístico, tais como, lavandaria, alimentação, limpeza e segurança.
Os gastos em consumos apresentam globalmente um pequeno decréscimo pelas razões acima apontadas nomeadamente incorporação dos consumos de material hoteleiro e de alimentação nas prestações de serviços, embora se verifique acréscimos significativos nas rúbricas dos produtos farmacêuticos e de material de consumo clínico próprio de diferenciação do hospital resultante da utilização de novas tecnologias.

(contos)

Evolução da estrutura da receita

Anos	1971		1975		1980		1985		1990		1995	
Rúbricas	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Receitas Próprias	912	10,4	9279	15,7	3330	1,5	45810	6,3	95661	5,8	496450	14,6
Subs. Exploração	7741	88,6	49376	83,5	212611	97,1	674224	92,3	1523579	93,1	2876713	84,6
Outras Receitas	92	1,0	470	0,8	2983	1,4	9899	1,4	18699	1,1	26947	0,8
TOTAL	**8745**	**100**	**59125**	**100**	**218924**	**100**	**729933**	**100**	**1637939**	**100**	**3400110**	**100**
Total Pr. Const.	8745		32793		44954		52726		69169		101085	

(contos)

Evolução da estrutura da despesa

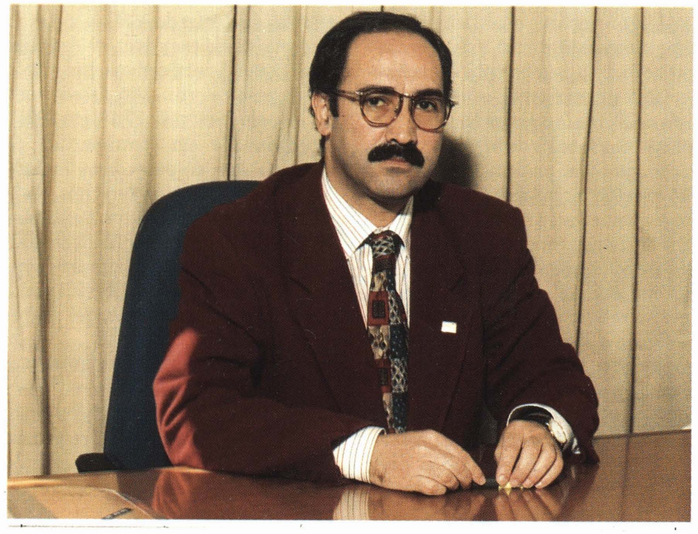
Anos	1971		1975		1980		1985		1990		1995	
Rúbricas	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Consumos	3904	36,1	6720	12,3	52539	24,4	175179	25,3	289998	15,5	654367	18,6
Serv.Terceiros	2313	21,4	17047	31,2	17800	8,2	63173	9,1	261762	14,0	626727	17,8
Pessoal	4600	42,5	30669	56,1	144953	67,3	431305	62,2	1265766	67,6	2063139	58,8
Investimento	---		---		---		23750	3,4	49509	2,7	164000	4,7
Outras Despesas	---		252	0,4	150	0,1	---		4513	0,2	3370	0,1
TOTAL	**10817**	**100**	**54688**	**100**	**215442**	**100**	**693407**	**100**	**1871548**	**100**	**3511603**	**100**
Total Pr. Const.	**10817**		**30332**		**44239**		**50087**		**79035**		**104400**	

As origens

O Hospital de Beja, contemporâneo de Todos-os-Santos e de outros como o de Évora, foi mandado construir em 1490 pelo Duque de Beja D. Manuel, ainda no reinado de D. João II, chamando-lhe àquela data o Hospital Grande de Nossa Senhora da Piedade, com 20 camas, sendo 14 para homens e 6 para mulheres.
A 4 de Novembro de 1510, através de alvará emitido em Almeirim, D. Manuel estabelece as fontes de financiamento hospitalar para fazerem frente às grandes despesas e cria um verdadeiro regulamento interno.Tempos depois, entrega os bens do ducado de Beja ao Hospital.
Em 1564, D. João III, após ter sido informado pelo irmão, Infante D. Luiz, da "insuficiência dos rendimentos do hospital para sustentar os doentes", manda anexar o Hospital à Misericórdia, entregando o "governo e a administração" à responsabilidade do Provedor e Irmãos daquela Instituição, nascendo assim o Hospital da Misericórdia, construído logicamente em estilo gótico-manuelino, onde alguns de nós ainda trabalhámos.
Funcionando, nos primeiros séculos de vida, segundo os padrões e o estado da arte da época com um papel predominantemente assistencial, caritativo, o velho hospital viu chegar, a partir do século passado, uma nova era dos cuidados de Saúde, a da Medicina científica, anunciada já pelos trabalhos de Harvey mas sobretudo materializada pela influência da metodologia de Claude Bernard e das descorbertas de Pasteur. E terá sido, por certo, uma meritória e difícil tarefa das sucessivas gerações de médicos que graciosamente lá trabalharam, que integravam, então, a única profissão de Saúde com formação científica, a de, a despeito de todas as insuficiências – de instalações, de equipamento, de meios financeiros, de apoio doutras profissões cuja complementaridade era cada vez mais imprescindível – irem actualizando a praxis e o nível científico da medicina praticada, a ponto de, em 1970, ao dar-se a mudança para o actual edifício, ela ter-se feito com uma fácil e harmónica integração desses profissionais numa nova organização, pois para além dum excepcional nível ético e dum marcado desejo de melhor realização profissional, tinham uma informação que excedia largamente as possibilidades de actuação de que até então dispunham. A passagem de testemunho beneficiou largamente da qualidade humana e profissional dessa última geração de médicos do velho hospital, de que já restam muito poucos em actividade, até porque foi a única profissão que, de facto, transitou duma fase para a outra, porquanto em todas as outras actividades, designadamente Administração, Enfermagem, Técnicos de diagnóstico e Terapêutica, etc. praticamente tudo começou de novo.

Os três grandes objectivos do Conselho de Administração foram assim definidos: recuperar a funcionalidade de serviços e instalações técnicas; incrementar e diversificar a capacidade; e intervir na melhoria da qualidade

Recuperar, incrementar e intervir



Francisco Guerreiro, administrador delegado: "No que se refere às unidades de saúde, penso que no distrito de Beja alguma coisa se fez

Gestão Hospitalar – No nosso país, a generalidade dos hospitais públicos enfrentam problemas comuns, que resultam do sub-financiamento crónico e da sujeição às regras da administração pública. Considerando que o Alentejo e o distrito de Beja, em particular, são regiões economicamente definidas há algum problema particular que acresça aos referidos?

Francisco Guerreiro – De facto o Hospital de Beja, sofre daqueles males próprios do actual modelo de organização e gestão dos hospitais públicos. Cremos no entanto que um deles, o do financiamento, se faz sentir de modo mais gravoso face à debilidade económica da região, à estrutura envelhecida da população, com efeitos na insipiência das receitas próprias na estrutura da receita geral do hospital, não obstante os esforços que fazemos para as aumentar.

Contudo o principal problema, próprio da desertificação humana a que o Alentejo e o distrito de Beja em particular estão sujeitos é o da insuficiência de recursos humanos que assume focos de grave injustiça e inequidade na oferta de cuidados de saúde à população.

Refiro a enorme disparidade evidenciada pelo "ratio" habitante/médico referente a 1993, (DEPS): Beja 881, Continente 335; Coimbra 147; ou seja o distrito de Beja, tem menos de metade dos médicos que a média do continente e seis vezes menos que o distrito de Coimbra. Tal penúria de recursos humanos também se faz sentir no pessoal de enfermagem e técnico de diagnóstico e terapêutica, embora de forma menos gravosa.

No caso do pessoal médico hospitalar esta situação de inequidade e injustiça, torna-se ainda mais evidente se fizermos uma análise desagregada, por especialidades. São várias as valências com dotação mínima ou sem qualquer efectivo e cujos concursos vão ficando desertos, ou objecto de provimentos transitórios. São exemplos de especialidades carenciadas: Anestesiologia, Cardiologia, Medicina Física e Reabilitação, Anatomia Patológica.

G.H. – A que soluções de curto e médio prazo recorre o Conselho de Administração do hospital para resolver este problema de carência de pessoal médico?

F.G. – Em termos de curto prazo e em especialidades com um papel estratégico importante na rentabilidade e eficiência do hospital, como são os exemplos da Anestesiologia e Anatomia Patológica, recorremos à prestação de serviços exteriores e continuamos a insistir na abertura dos concursos.

Numa óptica de médio prazo, remetemos recentemente ao D.R.H.S. uma proposta de alteração do quadro de pessoal visando a sua adequação à missão e objectivos de desenvolvimento do hospital e que integra, entre outros aspectos, o aumento da dotação de pessoal de enfermagem e técnico de diagnóstico e a criação de novas valências do quadro médico próprias de um hospital distrital (de capital de distrito), tais como: Dermatologia, Pneumologia, Nefrologia, Neurologia, Gastrorenterologia, Oncologia Médica e Imunohemoterapia.

G.H. – Que outros problemas estruturais, da Instituição, foram identificados pelo Conselho de Administração no início do seu mandato e que projectos e acções têm sido desenvolvidos para lhe dar resposta?

F.G. – Após o início de funções em Abril de 1994 elaborámos um plano em que definimos os seguintes objectivos:

1– Recuperar a funcionalidade de Serviços e instalações técnicas em situação de rotura, resultante dos 25 anos de vida do hospital;

2– Incrementar e diversificar a capacidade ao nível do ambulatório hospital de dia e do denominado "*plateau técnico*";

3– intervir na melhoria da qualidade da organização e funcionamento do hospital.

Como resposta ao primeiro objectivo, elaborámos projecto e obtivemos financiamento do PIDDAC para a substituição total das redes de águas, fria, quente, de aquecimento, e residuais domésticas, cujos trabalhos se iniciaram em 1 de Abril do corrente ano, ascendendo a um montante de execução financeira na ordem dos 200 mil contos.

Também como resposta ao problema da rotura de serviços, tomámos a deliberação de encerrar a cozinha face ao seu estado de degradação e elaborámos um concurso público que integra o projecto, obras de remodelação e equipamento, e exploração da cozinha por três anos.

Aguardamos a publicação de portaria conjunta do Ministério da Saúde e Finanças autorizadora das despesas plurianuais.

Em cumprimento do segundo objectivo referimos, entre outros: o reequipamento do Laboratório com novos auto-analisadores; a aquisição do TAC (que também aguarda portaria de despesas plurianuais), a aquisição de equipamento de Laparoscopia em funcionamento regular há mais de um ano; a aquisição de equipamento de laser oftalmológico; a criação e abertura da Unidade de Dia de Quimioterapia.

Paralelamente temos intervindo na melhoria da organização e funcionamento do hospital: aprovando e implantando regulamentos nas áreas da Clínica Privada e Quartos Particulares, Consultas Externas, Listas de Espera, Visitas, (com um sistema aberto e inovador entre as 11H30 e as 20H00) e na famosa "Casa Mortuária".

Referimos também com grande impacto na organização, a informatização do Serviço de Doentes já implantada nas sua três áreas: internamento, consultas externas e urgência, estando projectado, para breve, a integração dos S.C.D.T..

G.H. – Para finalizar gostaríamos de conhecer, de modo sucinto, a realidade do distrito de Beja na perspectiva da recente regionalização da Saúde e da criação das Unidades de Saúde previstas na Lei de Bases e no Estatuto do S.N.S.?

F.G. – Até ao momento penso que todos classificaremos de incipiente a experiência da criação das cinco A.R.S.'s. De facto, este processo não conduziu a uma real descentralização do planeamento e da decisão, no âmbito regional seguindo o princípio da subsidiariedade fixando as atribuições e competências no nível mais adequado. Creio mesmo que, nesta fase, nem de simples desconcentração se trata tais são os hábitos seculares de centralismo do Estado.

Apesar de tudo, no que se refere à criação das Unidades de Saúde, penso que, no distrito de Beja alguma coisa se fez.

É mais fácil a comunicação entre hospitais e centros de saúde na província do que nos grandes centros.

Iniciámos um processo muito participado, operacionalizado com a criação de seis grupos de trabalho temáticos de formação inter-institucional e pluri-profissional envolvendo os hospital de Beja e Serpa e os 14 Centros de Saúde do Distrito. Da síntese destes trabalhos surgiu o Regulamento da Unidade de Beja, o primeiro a ser publicado em Diário da República.

Nos últimos tempos o processo sofreu um certo impasse em resultado da mudança governativa ocorrida e das expectativas de mudanças em determinados cargos dirigentes, que têm atrasado o início de funcionamento da Comissão Coordenadora da Unidade.

No entanto algumas acções comuns já se vinham realizando.

É o caso da Urgência da Unidade de Saúde sediada no hospital de Beja e que integra a valência de Medicina Geral e Familiar em alternativa ao ex-SAP no Centro de Saúde de Beja.

Iniciámos também uma acção de descentralização do ambulatório hospitalar na valência de Pediatria, em alguns centros de saúde.

A Unidade de Dia de Quimioterapia , do hospital de Beja, utiliza como apoio, camas do Centro de Saúde de Ferreira do Alentejo. Foi elaborado conjuntamente plano de acção da Unidade de Saúde de Beja.

Espero que possamos retomar a dinâmica que tivemos no início do processo de modo a potenciarmos a articulação entre os dois subsistemas de prestação de cuidados. ■

ATENÇÃO

Este espaço pode ser ocupado por si... para publicidade da sua empresa

Contacte-nos

Apartado 40 031
1517 LISBOA CODEX
Tel.: 315 91 28
Fax: 355 51 24

Valor por inserção

	Cor	*P/branco*
Contra capa	190c.	–
Verso capa	160 c.	–
Verso contra capa	150 c.	–
Página	140 c.	105 c.
1/2 página	85 c.	65 c.
1/3 página (ao alto)	54 c.	40 c.
1/4 página ou rodapé	40 c.	30 c.
Separata (por página)	70 c.	

Valor de 4 inserções (anual) – desconto de 10%
Taxa de localização obrigatória: 15%

Leituras

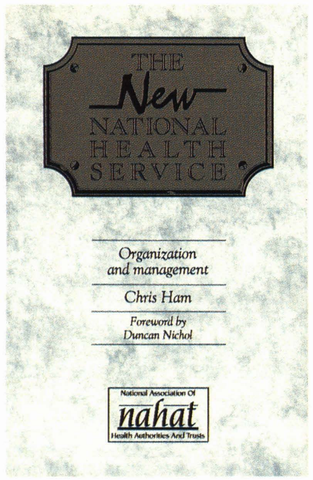
"Gestão Hospitalar" propõe-lhe, desta vez, a leitura sequente de três publicações sobre o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. A visita recente que a Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares realizou àquele país, o facto do NHS ter sido objecto de uma reforma profunda nesta década e de continuar a representar a matriz política do nosso SNS, justificam a oportunidade destas leituras.

PRIVATE OPPORTUNITY, PUBLIC BENEFIT

Progressing the Private Finance Initiative

HM Treasury

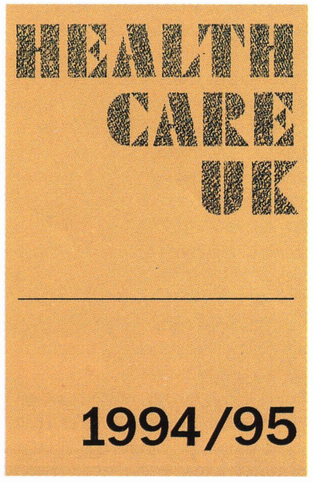
Private Finance Panel



"The New National Health Service"

Este pequeno livro explica de forma simples e sucinta as principais reformas ocorridas no NHS em matéria de organização, gestão e financiamento dos Serviços.
Passa em seguida à análise das políticas e das prioridades preconizadas para as diferentes áreas da saúde (Saúde Pública, Promoção da Saúde, Cuidados Primários, Hospitais de Agudos, Maternidade, Idosos, Doentes Mentais, etc).

Contacto:
Radaliffe Medical Press Ltd.
15, Kings Meadow
Ferry Hinksey Road
Oxford 0x2 ODP



"Health Care UK 1994/95"

Será interessante ler depois a mais recente avaliação feita sobre o NHS: os principais acontecimentos registados e os comentários apresentados sobre a eficiência e o financiamento, os processos de facturação e de cobrança e a equidade, são reveladores de algum péssimismo e apresentam o que o autor classifica como alguns escândalos.

Editor:
Anthony Harrison
King's Fund Policy Institute
Para aquisição contactar:
BEBC Distribution
PO BOX 1496
Poole
Dorset BH 12 3YD
Números disponíveis referentes aos anos 92/93 - 93/94 e 94/95
£ 22.00 — Custo de cada.

"Private Opportunity, Public Benefit"

Mais interessante ainda, será tomar contacto com um novo tipo de projectos na relação do NHS com a iniciativa privada.
O "Private Finance Initiative" (PFI) é hoje um dos principais instrumentos do Governo tendo em conta a prestação de serviços de alta qualidade e da forma mais custo-efectiva possível. O seu objectivo é trazer o sector privado a colaborar na prestação de serviços públicos, com a importante particularidade das prestações nucleares continuarem a ser asseguradas pelo sector público.
Ou seja, caberá eventualmente ao sector privado proceder à construção de hospitais ou prestar serviços de apoio. Caberá ao sector público, sempre, a prestação dos cuidados de saúde. Só assim se considera possível garantir a equidade no acesso e a generalidade das prestações a todos os cidadãos.
A presente brochura descreve os tipos de projectos PFI, apresenta alguns exemplos práticos, analisa a forma de gerir cada projecto e as questões contratuais mais importantes. É uma leitura imprescindível, num país em que se enaltecem as virtudes da privatização dos hospitais, propondo-se vias pouco cautelosas de entrega aos privados da organização e prestação dos serviços clínicos...

Contactos:
John Henderson
Private Finance Unit
NHS Executive, Dept of health
Quarry House, Quarry Hill
Leeds
West Yorks Ls2 7UE
Tl.: 00 44 113 2545358

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
96/05/28
BIBLIOTECA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADMINISTRADORES HOSPITALARES

Glaxo

Medicamentos de Investigação Avançada

FARMACÊUTICA, LDA.
Rua Dr. António Loureiro Borges, N.º 3 Arquiparque - Miraflores - Algés 1495 LISBOA
Tel. 412 95 00; Fax 412 04 38; Telex 13601 GLAXO P