

I

OBJECTIVOS GERAIS

1. A tarefa do Governo Provisório é fundamentalmente o "lançamento das bases de um Serviço Nacional de Saúde", uma vez que a estruturação de um Serviço Nacional de Saúde é uma tarefa a ser executada a longo prazo. A opção socializante deste Programa leva, no entanto, desde já, a definir alguns parâmetros que conduzirão as várias etapas deste processo.

2. Impõem-se medidas imediatas para a transformação do actual estado caótico e dispersivo dos serviços espalhados por diversos Ministérios numa organização unitária de prestação de cuidados sanitários a que tenham acesso todos os cidadãos, tendo em conta prioritariamente a situação das classes trabalhadoras. Tais medidas vão colidir com interesses institucionalizados e com direitos adquiridos. O primeiro parâmetro é, pois, uma definição do enquadramento técnico-humano do Serviço Nacional de Saúde sem o qual tudo o mais é pura construção teórica. O Serviço Nacional de Saúde passa pela estruturação, a nível nacional, de carreiras médicas e outras.* Neste contexto, é fundamental desencadear a luta contra o pluriemprego, de modo a provocar uma separação nítida das principais carreiras médicas: hospitalares, cuidados de base e saúde pública. Se é defensável a sua intercomunicabilidade, não pode ser aceite o seu seguimento em regime de acumulação.

Importa fundir num estatuto uniforme toda a diversidade de situações de profissionais actualmente existente. O novo estatuto deverá ser menos rígido que o da função pública, que actualmente se revela insusceptível de generalização ao sector da saúde, onde as mutações tecnológicas e sociais exigem regras estatutóticas maleáveis, sobretudo no que respeita à remuneração tanto directa como indirecta.

3. O segundo parâmetro diz respeito à estrutura tecnológica que virá a servir de base ao Serviço Nacional de Saúde. Impõe-

* como, por exemplo, carreira farmacêutica, de administração hospitalar, de técnicos superiores de laboratório, de enfermagem, de serviço social, etc..

-se a implantação de uma rede de serviços da primeira linha de cuidados médicos de base, integrando as acções de promoção de saúde, prevenção da doença, cuidados gerais de índole curativa e mesmo de reabilitação, com satisfatório nível técnico.

Para tal, importa utilizar as estruturas existentes reconvertendo-as e articulando-as gradualmente, pondo-as desde logo ao serviço da população e ultrapassando as dificuldades burocráticas e imperialistas que sempre impedem uma acção pragmática e eficaz. Assim, a integração dos Serviços Médico-Sociais e dos centros de saúde numa estrutura única é objectivo deste Programa com meta de 3 anos e um primeiro patamar de execução de 6 meses.

Paralelamente a transformação dos hospitais distritais das Misericórdias em unidades da rede hospitalar conjunta se deverá processar no mesmo período.

Quanto aos hospitais centrais e outras instituições curativas ou de internamento, sendo, como são, instituições do sector público, requerem uma acção exemplar de gestão e transformação dos seus processos, mercê da qualidade inegável e da dedicação profissional dos seus técnicos. A sua melhoria é garantia da intervenção do Estado em outros sectores.

4. O terceiro parâmetro diz respeito à iniciativa privada e aos seus limites. É importante pôr à disposição de todos, os conhecimentos técnicos e científicos disponíveis no País, mediante adopção de esquema de serviços organizados que permitam uma actuação concertada nos diferentes escalões pelos quais as acções relacionadas com a saúde se repartem.

Importa também salvaguardar o princípio da "livre" escolha do médico, equacionado à luz da conjuntura actual do País, isto é, das disponibilidades e localização do pessoal, instalações e equipamento. Não é possível atingir os resultados óptimos, enquanto se mantiver a imagem formalizada de "ida ao médico". O acesso poderá ser facilitado por uma rede de serviços médicos e de transportes, mas a modificação de atitude dos profissionais é imprescindível para se obter melhores resultados.

Neste contexto, a iniciativa privada tem o seu lugar quer através de acções individuais quer através das formas tradicionais de policlínicas ou gabinetes de grupo, podendo o Serviço Nacional de Saúde promover e financiar a instituição de consultórios devidamente equipados salvaguardando, no entanto, a capacidade de interferência estatal, de modo a não proporcionar explorações ou prepotências dentro da mesma profissão ou classe. Desta forma se conciliam as preferências individuais com as necessidades crescentes de os cuidados de base serem prestados por uma equipe de saúde em vez de profissionais isolados.

5. O quarto parâmetro diz respeito às actividades complementares do acto médico, nomeadamente aos meios auxiliares de diagnóstico e aos produtos farmacêuticos. Embora sejam actividades complementares são sectores estratégicos e básicos para o Serviço Nacional de Saúde. O seu gradual controle pelos poderes políticos reveste múltiplos aspectos que não visam "aniquilar" as entidades montadas com elevado nível técnico e cuidado humano, mas reorientá-las para o verdadeiro interesse nacional.

6. Ainda que alargada aos serviços médicos preventivos e de recuperação, sempre o problema da saúde se continuará a pôr em termos de política; isto é, é sempre em última análise a organização da sociedade que estará em questão e não a organização dos Serviços de Saúde ou dos Serviços Médicos.

De qualquer maneira, na medida em que reformas ainda que parciais dos serviços de saúde se traduzirão em melhoria imediata dos cuidados de saúde prestados às classes trabalhadoras - as mais desprotegidas - não haverá que hesitar em efectuá-las e o mais rapidamente possível.

Está a Secretaria de Estado da Saúde a empreender práticas de gestão em que o peso principal é já assumido pelos próprios trabalhadores de saúde e enceta caminhos que, em muito breve prazo, se traduzirão pela institucionalização duma gestão a que por direito têm acesso os próprios utentes dos serviços, através de representantes reconhecidos como tal.

Esta experiência é considerada como um primeiro mas decisivo passo na afirmação de uma nova mentalidade da população, no que à saúde respeita. As populações, através da prática, aperceber-se-ão das profundas e decisivas relações existentes entre a organização social e a organização dos serviços de saúde.

Repete-se que à Secretaria interessa fundamentalmente a resolução imediata dos problemas mais prementes das populações, mas isso não impede, antes postula, que não adira a soluções demagógicas e moralistas no sentido de tentar provocar nas populações o despertar de necessidades que se sabe de antemão não poderem ser realizadas ou satisfeitas, dados os baixos índices económicos a que ainda está obrigada.

Dentro das medidas do razoável e através duma educação sanitária verdadeiramente ligada ao conhecimento das realidades nacionais, pensa-se interessar a população pela prática de certas actividades conducentes à melhoria do seu estado de saúde.

Pelas duas vias atrás apontadas (participação da população nas actividades de saúde e elevação dos seus conhecimentos sanitários) que, aliás, dialeticamente se interpenetram, julga-se poder concluir que a comunidade venha a ter mais confiança nos seus serviços de saúde e sinta que, por si própria, é capaz de resolver os problemas que, nesta matéria, lhe surgirem.

II

Acções específicas

7. Com vista ao lançamento das Bases do Serviço Nacional de Saúde, dar-se-á prioridade às medidas imediatas seguintes:

- a) Revisão da orgânica da Secretaria de Estado da Saúde.
- b) Fomento de unidades de medicina de base.
- c) Planificação e igualdade de acesso aos meios auxiliares de diagnóstico.
- d) Melhoria e diversificação geográfica da assistência hospitalar.
- e) Estabelecimento do plano director dos hospitais centrais e especializados.
- f) Operacionalismo e humanização dos serviços de urgência.

- g) Novas formas de democratização do acto médico.
- h) Ensino e treino nas profissões médicas e paramédicas.
- i) Racionalização da assistência medicamentosa.
 - a) Revisão da Orgânica da Secretaria de Estado da Saúde.

a) Profunda revisão da Orgânica da Secretaria de Estado da Saúde, pela qual se tutela o funcionamento de centenas de estabelecimentos e serviços actualmente dispersos mas que terão de ser progressivamente integrados no mesmo Departamento de Estado.

A nova situação político-administrativa do País é uma forma de superestrutura que funciona ainda em grande desfazamento com órgãos da administração, e com os agentes que nelas ocupam funções de chefia. Constitue, por isso, um bloqueio ao progresso que o "25 de Abril" trouxe ao País.

Pretender dinamizar uma política de saúde a partir desta estrutura orgânica é pura utopia. Há que modificar todo o processo de "decision-making" devolvendo aos órgãos locais tudo o que pode ser por eles resolvido, tornando-os mais eficazes, impondo-lhes prazos para decisões a tomar, modificando a composição dos órgãos regionais, de modo a transformá-los em verdadeiros conselhos da representação da comunidade, dos trabalhadores de saúde e do Governo.

Os órgãos colocados a nível central devem transformar-se em órgãos de controlo e apoio técnico, definidores de grandes linhas de actuação a nível nacional. Há que inovar com audácia, imaginação e bom-senso, de modo a instituir órgãos e métodos com preocupação constante de encontrar novas soluções para novos problemas com novos estilos de análise e execução.

b) Fomento de unidades de medicina de base.

Na prática não tem sido possível garantir capazmente o tratamento das doenças, e com raras e isoladas excepções pouco ou nada se tem feito pelo direito à saúde.

Os centros de saúde não chegaram a ter existência suficientemente longa, nem o seu número foi de molde a dar um contributo real à situação do País. Mas o seu ideário é válido e parece indispensável, por isso, localizar em

zonas habitacionais bem delimitadas centros de medicina de base onde a população possa ter um controle regular do seu estado de saúde e onde recorra em caso de doença. Tais centros situam-se administrativamente na fronteira entre os departamentos de Saúde e da Segurança Social e podem resultar do aproveitamento integrado das estruturas que juntas ou dispersas já existiam mas funcionavam descoordenadas.

c) Planificação e igualdade de acesso aos meios auxiliares de diagnóstico.

Uma das maiores dificuldades que se prevê quanto aos serviços é a dispersão geográfica dos meios auxiliares de diagnóstico que obriga a perder tempo por falta da racionalização dos serviços.

Por outro lado, a diminuta existência de meios próprios de diagnóstico na rede dos postos clínicos da previdência conduziu ao estabelecimento de acordos explícitos ou tácitos que oneram excessivamente a prestação de assistência médica à população e contribuem para uma injusta distribuição da riqueza.

Torna-se, por isso, imperativo, constituir pequenas unidades integradas de diversos meios auxiliares de diagnóstico (raios X, B.C.G., análises de rotina, etc.), distribuídas por zonas habitacionais com dimensão suficiente para permitir a sua plena utilização.

Numa primeira aproximação do problema, utilizar-se-ão alguns postos clínicos da previdência bem como as instalações de alguns hospitais concehios para este fim.

d) Melhoria e diversificação geográfica da assistência hospitalar.

Existem actualmente dispersos pelo País pequenas os médias unidades hospitalares, frequentemente como meios técnicos limitados, mas como condições para casos correntes de medicina geral, em estreita ligação com as grandes unidades hospitalares.

criar algumas unidades modelo no Reino do País

O "plafond" técnico destes hospitais deverá ser determinado em função das condições de acesso ao hospital central ou distrital mais próximo. Devem ainda ter uma nítida implantação local, não sendo de excluir qualquer tentativa de uniformização quanto ao seu apetrechamento e às condições de admissão de doentes.

Ainda como complemento aos hospitais centrais, há que considerar toda a rede de centros de convalescença e de cura. Dadas as carências sócio-económicas de grande parte da população, esta rede é importante no prolongamento efectivo da cura. As unidades existentes são em número muito reduzido, impondo-se a reconversão de instituições espalhadas pelo País.

e) Estabelecimento do plano director dos hospitais centrais e especializados.

Os hospitais centrais estão actualmente a ser usados para o tratamento de toda e qualquer doença. Daí, em parte, a sua presente situação caótica e não operacional. Importa transformá-los em centros de alto nível tecnológico e com corpo médico e paramédico de grande qualidade.

Haverá que distinguir os hospitais que serão a base das Unidades de Ensino Médico e os que reúnem condições técnicas suficientes para atender a todas as necessidades de saúde da população da região em que estão implantados. Em qualquer dos casos, avulta entre as condições mínimas um equipamento adequado e um corpo médico completo do ponto de vista técnico.

Dentro deste plano e complementarmente aos hospitais gerais, haverá que determinar quais os hospitais especializados (psiquiatria, oncologia, etc.), a implantar.

f) Operacionalismo e humanização dos serviços de urgência.

A situação dos serviços de urgência é das mais gritantes no País. Caracteriza-se basicamente por uma afluência indiscriminada e não seleccionada de todos os tipos de casos aos bancos, uma desordem sem limites em todas as etapas do atendimento nos bancos, uma crescente desumanização dos quadros que aí prestam serviço, uma péssima articulação dos vários serviços que devem integrar os serviços de urgência.

plano director dentro do TARSISK e respectivo pessoal

Fundação Cuidar o Futuro

É assim tarefa imediata a elaboração de medidas concretas e de fácil execução que resolvam essa situação e que permitam motivar e responsabilizar, na qualidade e humanidade dos serviços prestados, o corpo médico e paramédico com exercício de funções nos serviços de urgência.

g) Novas formas de democratização do acto médico.

Não é possível fazer a cobertura da população pelo Serviço Nacional de Saúde enquanto se mantiver a imagem burocrática da "ida ao médico".

A previdência e a sua estrutura contribuíram para burocratizar e portanto desumanizar o acto médico.

Por isso, paralelamente a centros de medicina acessíveis, importa aceitar que a figura tradicional do médico a domicílio tem justificação na estrutura socio-económica da vida portuguesa. Uma vez definidos os grandes focos de assistência e internamento hospitalar, será necessário estabelecer áreas secundárias de intervenção do médico ao domicílio. Se a família tem possibilidade prática de manter o doente em casa, isso representa uma substancial economia para o Estado.

Daí que se torne importante considerar a existência de equipas móveis de médicos e pessoal auxiliar que, a partir de centros determinados, cubram toda a área do território e assim realizem parte da função da medicina curativa. Equivale esta tese a dizer que também a família pode, em certas doenças, constituir uma unidade de internamento mas que, para tanto, a rede médica deverá cobrir igualmente tais condições.

Completamente considera-se que a educação médico-sanitária de base a que vulgarmente se chama socorrismo deve ser levado tão longe quanto possível, de modo a que todos e cada um pudessem colaborar activamente no esforço colectivo de, assim como o centro de saúde é um tentáculo hospitalar, as habitações serem extensões daquele.

h) Ensino e treino das profissões médicas e paramédicas.

O Serviço Nacional de Saúde depende, em grande parte, da quantidade e qualidade dos seus agentes. No caso concreto da medicina e cuidados complementares, tem sido sobejamente denunciado o perigo do ensino divorciado

da realidade prática. É hoje corrente a ideia, após a experiência recente dos Hospitais Cíveis de Lisboa, de que o ensino da medicina se faz preferencialmente nos hospitais ou centros diferenciados de saúde, cabendo à Universidade uma acção complementar de sistematização científica, de experiência e de treino nos métodos de investigação.

No sector de enfermagem poderá pôr-se a questão de saber se, no momento em que se torna evidente que o ensino da medicina deve estar ligado à rede de saúde, o ensino da enfermagem não deverá ser estruturado em moldes renovados no quadro das instituições hospitalares a que já se encontra mais ou menos eficientemente ligado.

A administração hospitalar ou de centros de saúde constitui um ramo autónomo que vai requerer nos próximos meses e anos uma atenção particular. Da sua reestruturação dependerá o eficaz funcionamento das várias unidades que prestam cuidados de saúde.

Completamente é indispensável encarar o treino do pessoal que presta cuidados sanitários, garantindo-lhe um mínimo de competência técnica e de estatuto social, de modo a que os doentes possam ser tratados como seres humanos.

i) Racionalização da assistência medicamentosa.

Na previdência o esquema de assistência medicamentosa actualmente existente é um esquema de mercado livre em que a previdência suporta, na sua totalidade, as consequências.

Há um circuito viciado desde a consulta nos postos clínicos até à compra de medicamentos.

Tal situação necessita de uma revisão do próprio sistema utilizado para minorar rapidamente o incremento de déficite económico, numa situação em que o próprio estado físico do utente tende para uma dificultosa sustentação da capacidade de adquirir.

MEDIDAS DE EXECUÇÃO

- a) Revisão da Orgânica da Secretaria de Estado da Saúde.
- a) Estudo das formas necessárias de participação dos trabalhadores e da comunidade na gestão dos órgãos e serviços centrais.
 - b) Reformulação dos serviços de utilização comum em ordem ao aumento da sua eficiência.
 - c) Desconcentração das actuais funções dos órgãos centrais nos órgãos regionais e locais.
 - d) Ampla audição dos sectores interessados no planeamento, formulação e execução das medidas destinadas ao lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde.
- b) Fomento de unidades de base.
- a) Implementação do Decreto-Lei que determina a passagem dos serviços médico-sociais da Secretaria de Estado da Segurança Social para a Secretaria de Estado da Saúde.
 - b) Reorganização dos centros de saúde e de outros equipamentos locais de modo a que se estabeleça a prevenção e a protecção sanitária nos domínios mais prementes, coordenando as valências já existentes e actualmente dispersas.
 - c) Estabelecimento das coordenadas de uma campanha de saúde pública com particular incidência nas áreas de maior urgência.
 - d) Definição do papel a desempenhar e integração destas unidades no Serviço Nacional de Saúde.

- c) Planificação e igualdade de acesso aos meios auxiliares de diagnóstico.
- a) Dimensionamento das áreas geográficas a atingir por cada centro de diagnóstico.
 - b) Definição das necessidades e possibilidades a diferentes níveis e escalões, para não existirem duplicações ou sobreposições.
 - c) Articulação com os centros mais diferenciados.
- d) Melhoria e diversificação geográfica da assistência hospitalar.
- a) Efectivação do inventário dos hospitais locais, e distribuição das suas funções segundo as áreas de implantação.
 - b) Estudo das normas de acordo a estabelecer com instituições privadas (clínicas) bem como com os médicos locais.
 - c) Inventariação das necessidades de estabelecimentos de convalescença e cura e investigação das possibilidades de utilização de edifícios existentes.
 - d) Alargamento imediato dos centros de reabilitação.
- e) Estabelecimento do plano director dos hospitais centrais e especializados.
- a) Análise do levantamento já realizado quanto a unidades hospitalares centrais.
 - b) O estudo relativo ao estatuto da orgânica hospitalar que determinará a possibilidade de realização dos objectivos do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta as diversas formas de gestão actualmente adoptadas pelos trabalhadores das várias unidades hospitalares.
 - c) Determinação das necessidades reais em hospitais e transformação de alguns dos existentes (sanatórios, Instituto Gama Pinto, etc.).
- f) Operacionalismo e humanização dos serviços de urgência.
- a) Constituição de uma equipa "ad hoc" para melhoria imediata das condições de funcionamento dos serviços de urgência.

- b) Alargamento dos serviços de supervisão e fiscalização relativos a serviços de urgência.
 - c) Elaboração da carta do País em termos da viabilidade de acesso aos serviços de urgência.
 - d) Larga campanha de divulgação dos serviços de urgência existentes de modo a esclarecer os utentes, e campanha de educação da população sobre o modo, quando e como se deve recorrer à "urgência" e em que é que esta consiste.
 - e) Criação de novos serviços de urgência em unidades hospitalares que já es-
tejam devidamente apetrechadas ou a apetrechar.
- g) Democratização do acto médico.
- a) Definição das áreas de possível cobertura e acesso pelo médico aos utentes potenciais.
 - b) Constituição de equipas rotativas móveis para prestação constante de cuidados de saúde.
 - c) Fomento e divulgação dos cursos e prática de socorrismo.
- h) Ensino e treino das profissões médicas e paramédicas.
- a) Medidas legislativas em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura, tendentes a estruturar adequadamente o ensino da medicina nos hospitais civis.
 - b) Unificação de critérios no ensino da enfermagem, através do I.N.S.A. e em estreita colaboração com os representantes das instituições de ensino de enfermagem e dos grupos profissionais do sector.
 - c) Elaboração da estrutura de administração hospitalar a vários níveis de qualificação e programação do seu treino, aproveitando funcionários administrativos do sector da previdência.
 - d) Elaboração das condições de recrutamento e treino acelerado de pessoal de cuidados sanitários.

i) Racionalização da assistência medicamentosa.

- a) Elaboração das medidas legislativas tendentes à redução da margem de lucro na venda de medicamentos e à aquisição de unidades fabris fornecedoras dos serviços do Estado.
- b) Redução drástica de fabrico e importações de produtos medicamentosos à base dos mesmos produtos químicos.
- c) Adopção do Formulário Nacional de Produtos Farmacêuticos.

Fundação Cuidar o Futuro