



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 - 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS

PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA

DE SAÚDE PORTUGUÊS

RELATOR: Almerindo Rego

AGOSTO DE 2010



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

COLABORARAM NESTE TRABALHO:

Luís Dupont - Técnico de Farmácia - Cº Hospitalar do Porto

Sérgio Cardoso - Técnico de Saúde Ambiental - USP St. Tirso / Trofa

Vitor Hugo Rego - Técnico de Radiologia - Hospital de Beja

Isabel Coutinho - Profª. Coordenadora de Fisioterapia - ESTeS / IPL

Sandrine Jorge - Cardiopneumologista - C. H. V.N. Gaia / Espinho

Célia Rodrigues - Fisioterapeuta - C. Saúde Mangualde

Idalina Martins - Téc. Análises Clínicas - C. Saúde Portalegre

Conceição Assis Pacheco - Téc. Análises Clínicas - H. Ortopédico Sant'Ana



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

I - S.N.S. - VISÃO ESTRATÉGICA DAS REFORMAS A PRODUZIR

Como matriz ideológica do S.N.S., consignada na C.R.P., é nosso entendimento que deve ser mantida a concepção social do mesmo, com aperfeiçoamento das ferramentas de gestão, procurando-se a sustentabilidade financeira do modelo global existente.

Nesta linha concepcional e estruturante, o Plano Nacional de Saúde deve afirmar o princípio solidário e universal do Serviço Nacional de Saúde, assente num **sistema contributivo que garanta a participação dos cidadãos.**

Na mesma linha de raciocínio, estabelecer padrões claros de avaliação do S.N.S. passa por a **montante das políticas de saúde se definirem os aspectos estruturantes da sua organização e gestão, designadamente da clarificação e separação inequívoca dos níveis estratégico, financeiro / administrativo, técnico / operacional e fiscalizador, bem como do papel dos cuidados de saúde primários, enquanto eixo do sistema.**

Atingir uma visão clara sobre as diferenças dos níveis de gestão, enquanto elemento fundamental para soluções descorporativizantes, será o ponto de partida necessário para se perceber que **a vertente da gestão técnico / operacional é o eixo nuclear de qualquer reforma da estrutura de gestão**, no qual o binómio objectivos institucionais e corporações profissionais deixa de incorporar contradições e conflitos de interesses, através do reforço do papel dos profissionais de saúde na gestão, e, por tal, assente na emanção e no enquadramento das responsabilidades detidas ao nível dos departamentos clínicos ou chefias profissionais e, como tal, organizados multidisciplinarmente.

A acessibilidade ao sistema, para ser melhorada, passa por uma definição clara da cadeia de comando e processamento organizacional dos serviços, visando a **eliminação de sobreposições funcionais, geradoras de desperdício, aumento de custo e demora de atendimento.**

Para atingir tais objectivos, importa constituir ferramentas de organização, operacionalização e avaliação da prestação de cuidados de saúde, para as quais deverá, incontornavelmente, concorrer o **sistema de informação interna e externa do Serviço Nacional de Saúde, assente numa única linguagem comunicacional.**

Como eixo nuclear para a operacionalização de novas ferramentas de gestão do sistema de prestação de cuidados de saúde, o **Cartão Electrónico do Utente** assume um papel incontornável, seja enquanto instrumento regulador da acessibilidade dos utentes/doentes, seja enquanto regulador da comunicação e monitorização, em tempo real, de toda a informação dos utentes do SNS, nomeadamente quanto:



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

- a) Ao seu Centro de Saúde, médico de família e historial clínico;
- b) Exames efectuados e respectivos resultados;
- c) Utilização de medicamentos;
- d) Circulação no sistema de saúde;
- e) Gestão dos cuidados de saúde prestados e a prestar;
- f) Individualização dos custos dos cuidados de saúde;
- g) Identificação de utilizações abusivas e ou excessivas do sistema;
- h) Práticas clínicas e medicamentosas excessivas.

Desta utilização e monitorização da informação, com ganhos de eficácia e eficiência para o utente e o financiador do SNS - Estado - , resulta que os cuidados de saúde primários assumem um papel incontornável na gestão de todo o sistema de prestação de cuidados de saúde.

Como ganhos imediatos do sistema teríamos:

1. A gestão dos custos do SNS dentro de limites sustentáveis pelo estado da economia Portuguesa.
2. A promoção da comunicação organizacional a todos os níveis da estrutura do SNS, evitando custos determinados pela sobreposição de acções.
3. A afirmação dos cuidados de saúde primários enquanto eixo estruturante de todo o SNS, dotando as unidades dos ACES e as USF, dos meios humanos, tecnológicos e físicos, indispensáveis à realização dos respectivos objectivos.
4. A afirmação da regionalização dos cuidados de saúde enquanto instrumento de:
 - a) Aproximação dos cuidados de saúde aos utentes;
 - b) Cooperação institucional com as autarquias, nomeadamente para o apoio às populações mais periféricas;
 - c) Criação e desenvolvimento de centros de excelência em cooperação com os agentes de ensino e investigação;
 - d) Gestão dos custos da interioridade e da integração social das populações desfavorecidas.
5. Definição de regras de relação contratual com os serviços de saúde sociais e privados, integrados em objectivos do SNS.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

6. Aperfeiçoamento dos instrumentos de controlo da prescrição de fármacos.

Desta sintética e objectiva descrição das questões que se colocam ao S.N.S., resultam duas linhas de força:

- a) Sustentabilidade financeira do sistema;
- b) Instrumento a criar para a avaliação e monitorização em tempo real da relação custo / eficácia do sistema.

Afirmada a natureza social do S.N.S. e o sistema de saúde centrado no cidadão, importa agora descrever as medidas indispensáveis à operacionalização do aperfeiçoamento do S.N.S..

Assim:

1. Criar o **Cartão Electrónico do Utente**, enquanto instrumento de gestão do S.N.S., visando a melhoria da acessibilidade, a eficácia clínica da abordagem das emergências e patologias, avaliação individualizada dos custos de cuidados de saúde prestados, o **desperdício determinado por exames desnecessários e sobreposição de intervenções clínicas, avaliação de práticas clínicas e medicamentosas excessivas, desterritorialização dos custos dos cuidados prestados, centrando o financiamento no cidadão, avaliação e cruzamento de dados em tempo real de toda a informação sobre os critérios clínicos utilizados com cada utente / doente, etc.**
2. **Uniformização e harmonização de toda a rede informática do S.N.S., através de uma única linguagem de comunicação**, por forma a operacionalizar:
 - a) A gestão do **Cartão Electrónico do Utente**;
 - b) A rápida comunicação entre todos os prestadores de cuidados de saúde;
 - c) A utilização da telemedicina;
 - d) A diminuição dos custos dos programas informáticos nomeadamente em matéria de contratos de assistência técnica;
 - e) A comparação do custo / eficácia das diferentes unidades e serviços do S.N.S.
 - f) O planeamento e orientação de actividades;



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

promovendo equitatividade na utilização dos meios e na correcção de assimetrias;

- e) Promover a reapreciação da rede de referenciação hospitalar, tendo em conta as alterações a introduzir na rede de cuidados de saúde primários.

5. Afirmar a prevenção e promoção da saúde como elementos nucleares dos Cuidados de Saúde Primários, através de Serviços de Saúde Pública, estrutural e funcionalmente integrados, visando:

- a) Envolver as populações nas reformas a produzir, na promoção da sua qualidade de vida e na percepção dos ganhos em saúde.
- b) A comunicação interdepartamental e interministerial, para efeitos de combate às causas de degradação de qualidade de vida, determinadas pela pobreza, desemprego, sinistralidade, comportamentos de risco, exclusão social, etc.
- c) A monitorização de toda a informação sobre indicadores de saúde;
- d) A coordenação de programas de educação para a saúde;
- e) A investigação epidemiológica e as causas de propagação de doenças transmissíveis, motivadas por factores ambientais ou outros, nomeadamente os que estão ligados aos movimentos migratórios;
- f) A recuperação da autoridade dos serviços de saúde pública em todos os processos que, envolvendo questões de saúde pública, designadamente a montante de projectos de incidência ambiental e de qualidade de vida, etc., determinem o cumprimento de regras e normas pré – estabelecidas como nucleares para a protecção da saúde.
- g) Definição imperiosa das competências dos profissionais que exercem actividades nas Unidades de Saúde Pública (delegados de saúde, delegados de saúde adjuntos, médicos de saúde pública, técnicos de saúde ambiental, etc), de forma a não estarem centralizados e limitados na figura do “Coordenador”, mas serem inseridos numa equipa coesa e multidisciplinar, com co-responsabilidades e efectiva autonomia técnica, tanto nas acções jurídicas como materiais, originando eficácia e eficiência nos serviços.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

6. **Afirmar a regionalização dos cuidados de saúde, através de unidades e sistemas locais de saúde que permitam:**
 - a) Rentabilizar os recursos instalados;
 - b) Aproximar os cuidados de saúde aos cidadãos;
 - c) Criar centros de excelência nas periferias;
 - d) Constituir estímulos à fixação dos recursos humanos nas periferias;
 - e) Envolver e responsabilizar o poder local no apoio às populações periféricas, nomeadamente em matéria de acesso aos cuidados de saúde;
 - f) Incorporar, em políticas nacionais, as redes locais e regionais de serviços de saúde, visando a gestão e distribuição dos recursos nacionais de forma equitativa;
 - g) Suportar solidariamente os custos da interioridade e da integração social das populações desfavorecidas.
 - h) Tipificar as patologias e demografia das populações, ajustando os modelos de organização dos cuidados de proximidade, bem como os meios técnicos e humanos, segundo as características da região e os seus cidadãos.
7. Definir regras de relação contratual com os serviços de saúde sociais e privados, integrados em objectivos do Serviço Nacional de Saúde, visando o controlo da pressão corporativa ou económica dos agentes económicos.
8. Afirmar o principio de que o Estado, ao nível das políticas de saúde, mantém a sua função reguladora de todos os prestadores de cuidados de saúde, **assumindo-se como prestador de cuidados de saúde, seja através de serviços públicos, seja dos sociais e privados com quem contratualize determinadas prestações.**
9. Afirmar a função avaliadora e fiscalizadora do Estado ao nível de todos os prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente em matéria de:
 - a) Indicadores nacionais de referência para a produção de cuidados de saúde;
 - b) Qualidade dos cuidados de saúde prestados;



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

- c) Avaliação do sucesso dos resultados clínicos;
 - d) Cruzamento dos factores de avaliação, tendo em vista a apreciação do custo / benefício dos cuidados de saúde.
10. Aperfeiçoar os instrumentos que visem o aumento da prescrição de medicamentos genéricos, distribuídos gratuitamente nos hospitais e centros de saúde.
11. **Promover uma política do medicamento que vise monitorizar e controlar a sua utilização, com obrigatoriedade de prescrição segundo princípio activo e medicamento mais barato.**
12. Retomar e recuperar medidas de controlo e fiscalização das actividades privadas, designadamente nos processos de licenciamento, nos quais deve estar expresso e comprovável a qualificação dos recursos humanos, cabendo à unidades de saúde pública a verificação periódica das condições de funcionamento dessas actividades.

Chegados a este ponto, e como é referido no Relatório Síntese das Actividades Desenvolvidas, pretendeu-se com um novo Plano Nacional de Saúde obter contributos em 4 questões estratégicas:

1. Em que áreas e de que forma se poderão obter ganhos em saúde adicionais, de forma sustentável, para os portugueses?
2. Que expectativas possui relativamente ao PNS 2011 - 2016? Como é que este pode ser útil na obtenção de mais valor em saúde?
3. Como é que o PNS 2011 - 2016 pode apoiar as instituições e os cidadãos na obtenção de ganhos em saúde, de forma sustentável?
4. Como é que esses resultados na obtenção de ganhos em saúde podem ser percebidos, medidos e valorizados?

Ora, é no último ponto que assenta o sucesso ou insucesso do Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

De facto, não é por deficiência qualitativa e quantitativa de estudos e planos de saúde que, objectivamente, não é possível avaliar o grau de sucesso da relação custo / eficácia do S.N.S..

Por tal, atenta a primeira questão, nomeadamente a obtenção de ganhos de forma sustentável, **passa por determinar até onde podem crescer as despesas** e, inevitavelmente, criar o único instrumento de avaliação e monitorização da relação custo / eficácia: o **Cartão Electrónico do Utente**, no qual deverá ser lançada toda a informação deste em matéria de saúde e utilização dos serviços de saúde públicos.

Aliás, sendo imperativo conhecer o esforço financeiro a exercer sustentavelmente, deveria a despesa em saúde ser referenciada a indicadores nacionais, aferidores do modelo social e do nível de riqueza que sustenta o sistema.

II - AVALIAÇÃO DAS ANÁLISES ESPECIALIZADAS

Como anteriormente afirmamos, a qualidade das reflexões na área da saúde, em geral, são de grande qualidade.

Contudo, destas, salvo raras excepções, não se extraem medidas objectivas visando a melhoria operacional do sistema, os seus custos sustentáveis e os instrumentos de avaliação que permitam medir o grau de sucesso integrado das teorias formuladas, seja qual for o modelo concepcional que as suporte..

Exemplo de tais factos e das análises realizadas , **pouco ou nada é visível fora da esfera da operacionalização de serviços e cuidados de saúde dos grupos médico e de enfermagem.**

Aliás, curiosamente, tendo as ciências da saúde conhecido uma evolução vertiginosa, **mantém-se o enfoque da investigação nos investimentos a efectuar na formação médica.**

Recentrando toda esta análise num elemento consensual, a nuclearidade dos cuidados de saúde primários, o quadro de recursos humanos dos distritos de Lisboa, Porto e Beja ilustra a necessidade de uma profunda reflexão das políticas dos cuidados de saúde primários.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Distritos											
Porto				Lisboa				Beja			
1.820.752 Hab.				2.232.752 Hab				153.091 Hab			
1	C. Saúde	52.021	Hab	1	C. Saúde	49.615	Hab	1	C. Saúde	10.206	Hab
1	Cama Hospitalar	365	Hab	1	Cama Hospitalar	341	Hab	1	Cama Hospitalar	638	Hab
1	Médico	1453	Hab	1	Médico	1.486	Hab	1	Médico	1430	Hab
1	Med. Esp. Clin. Geral	1718	Hab	1	Med. Esp. Clin. Geral	1.719	Hab	1	Med. Esp. Clin. Geral	1578	Hab
1	Med. Saúde Pub.	31.392	Hab	1	Med. Saúde Pub.	33.828	Hab	1	Med. Saúde Pub.	51.030	Hab
1	Enfermeiro	1.578	Hab	1	Enfermeiro	1.799	Hab	1	Enfermeiro	855	Hab
1	Hig. Oral	606.917	Hab	1	Hig. Oral	67.658	Hab	1	Hig. Oral	30.618	Hab
1	Fisioterapeuta	227.594	Hab	1	Fisioterapeuta	97.074	Hab	1	Fisioterapeuta	21.870	Hab
1	Tec. Radiologia	130.053	Hab	1	Tec. Radiologia	85.873	Hab	1	Tec. Radiologia	9.568	Hab
1	Tec. Saúde Amb.	41.380	Hab	1	Tec. Saúde Amb.	31.446	Hab	1	Tec. Saúde Amb.	19.136	Hab
1	Téc. Análises Clin.	260.107	Hab	1	Téc. Análises Clin.	124.038	Hab	1	Téc. Análises Clin.	153.091	Hab

ESTATÍSTICA/DGS/2007 - RECURSOS HUMANOS DO SNS

Da análise deste quadro, desde logo se extrai que para se atingirem objectivos como cuidados de saúde de proximidade e de continuidade e ao domicílio, serviços e cuidados de diagnóstico e terapêutica, educação para a saúde, salubridade e higiene do meio, etc., terá de ser profundamente repensada a política de recursos humanos, seja na perspectiva de autonomização das competências próprias e exploráveis dos diversos profissionais, sejam dos recursos humanos que não existem para corresponder a necessidades identificadas em diversas áreas de intervenção como a terapia da fala, a terapia ocupacional, a ortóptica, a audiologia, a cardiopneumologia, etc.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Como exemplo da falência e/ou inexistência de políticas de recursos humanos especializados nos cuidados de saúde primários, não podemos deixar de referir que, em recente estudo elaborado por um mestrando do ISCTE, se **concluiu que mais de 40% dos doentes referenciados pelos centros de saúde, como tendo patologia da visão, quando avaliados em sede de oftalmologia, não padeciam de qualquer doença.**

Esta questão, enquanto mero exemplo, desde logo leva a concluir:

- a) Nos centros de saúde não existem ortoptistas;
- b) Quem avalia os "pretensos doentes" não detém os conhecimentos necessários a referências rigorosas;
- c) Destas referências incorrectas resultam custos evitáveis para o "doente" e o S.N.S.;
- d) **Como o referido estudo identificou na área da visão, outras haverá que acontece o mesmo.**

Ora, desta dialéctica resulta que, em Portugal, por razões de protecção corporativo, continua a entender-se que qualquer avaliação de um doente/utente é um acto médico, quando algumas evidências já devidamente testadas, demonstram que é possível obter ganhos de eficiência quando o doente é avaliado pelo profissional mais bem preparado face à sua patologia, funcionando este, quando necessário, como elemento referenciador para a intervenção médica.

Exemplos? Diversos e, senão vejamos:

- a) Qual é a primeira linha de contacto nas patologias da visão, face à cultura instalada na generalidade dos países? Naturalmente os ortoptistas, pese embora Portugal esteja a dar um lugar considerável aos optometristas, quando estes não são profissionais de saúde;
- b) Qual deve ser a primeira linha de contacto de pessoas com deficiências da fala? Naturalmente o terapeuta da fala que, identificada a patologia, poderá programar uma intervenção em equipa com psicólogos ou médicos;
- c) Qual deve ser a primeira linha de educação terapêutica alimentar? Naturalmente o Dietista, pese embora Portugal tenha "inventado" o Nutricionista com o mesmo nível de competências.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Ou seja, **com mais ou menos adaptações à necessária e desejável intercomplementaridade profissional, detemos hoje um conjunto de novas competências profissionais que, por preconceito, ignorância ou protecção corporativa, continuam a não ser aproveitadas.**

Claro que estas e outras questões, se analisadas com base nas competências adquiridas, permitiriam a obtenção de ganhos de eficácia. Claro que sim. Contudo, quer as metodologias de trabalho, quer os preconceitos, quer, ainda, a protecção de interesses corporativos têm impedido avaliações verdadeiramente multidisciplinares e profissionais.

Em resumo: Portugal tem hoje dos recursos humanos mais qualificados em saúde. Tem, igualmente, uma capacidade notável de identificação diagnóstica dos problemas. Tem, e aqui é dramático, a capacidade de identificar as medidas que devem ser tomadas. Contudo, razões culturais, de índole mais ou menos elevada, têm impedido um diálogo mais alargado ao nível dos profissionais de saúde, reservando às corporações clássicas um inadmissível controlo da necessária modernização.

Outro exemplo de algumas teorias de mercado neoliberais, é o facto de, hoje, ser possível licenciar um serviço de saúde privado através de actos estritamente administrativos ou, pior ainda, funcionarem sem licenciamento, como recentemente foi denunciado no Algarve, por motivo de danos provocados a doentes com patologias da visão.

Daqui resultam interrogações que devem ser respondidas em sede de Plano Nacional de Saúde:

1. É ou não o Estado garante da qualidade da prestação de cuidados de saúde, seja públicos, seja privados?
2. Enquanto garante dessa qualidade, deve, ou não, o Estado, a montante e jusante do sistema de saúde criar instrumentos de verificação, fiscalização e controlo de todas as actividades de saúde?
3. Deve, ou não, o Estado assegurar as condições de segurança dos doentes e utentes dos serviços de saúde, públicos ou privados, nomeadamente no plano técnico, tecnológico **e de qualificação dos recursos humanos? Sim, de recursos humanos sem controlo a montante e a jusante dos processos de licenciamento dos serviços privados.**



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

4. Deve, ou não, o Estado garantir, directa ou indirectamente, que os cuidados e serviços de saúde são assegurados por indivíduos a quem o reconhecimento de uma titulação profissional obrigatória, é o garante mínimo da qualidade e do direito à igualdade de tratamento de todos os cidadãos?
5. Deve, ou não, o Estado continuar a transferir para as corporações profissionais - ordens - a responsabilidade do reconhecimento de competências, quando o **exercício inqualificado e a usurpação de funções são uma realidade incontornável nos serviços de saúde privados, nomeada e escandalosamente na medicina do trabalho, sem que daí nada resulte em matéria de punição dos infractores?**
6. Tem, ou não, o Estado responsabilidades quando se constituem fatalidades na prestação de cuidados de saúde, unicamente porque não foram garantidas as condições de segurança e qualidade no licenciamento de estabelecimentos e actividades?

Seis simples e objectivas questões que, a manterem-se sem resposta, manterá a iniquidade de uma visão de políticas de saúde em que a transferência das responsabilidades para o escrutínio do cidadão, continuará a afirmar a impunidade e a irresponsabilização como matriz neoliberal, com especial expressão nos serviços de saúde privados.

Aliás, como poderá o cidadão exercer um escrutínio eficaz sobre a qualidade e qualificação dos serviços de saúde, quando nem existe informação, fiável ou não, e muito menos uma fiscalização eficaz por parte dos departamentos públicos?

Como última nota deste capítulo, não podemos deixar de referir que, o papel que os diversos grupos profissionais desempenham no Sistema Nacional de Saúde, aconselha que os grupos de estudo e de trabalho reflectam todo o potencial instalado, não sob a perspectiva redutora da complementaridade profissional, antes sim do reconhecimento dos papéis e competências próprias, potenciados através da intercomplementaridade profissional, enquanto conceito mais ajustado às transformações operadas ao nível das diversas autonomias profissionais, já hoje expressas na lei.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

III - PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Como afirmação de um dos princípios da gestão, não podemos deixar de referir que **o sucesso ou insucesso das empresas, tem na sua génese a qualificação dos recursos humanos, a sua motivação para a criatividade e o envolvimento dos trabalhadores quanto à qualidade de produto e da imagem da empresa no mercado.**

Claro que outras definições mais elaboradas poderíamos formular. Claro que sim. Contudo, desta expressão sintética pode, desde já, extrair-se:

"Não existe qualquer noção de planeamento de recursos humanos assente no perfil dos postos de trabalho"

Exemplos? diversos, muito em especial nas áreas dos técnicos de saúde em geral.

Como primeiras notas em matéria de planeamento de recursos humanos importa referir que, com maior ou menor rigor, deverão ser constituídos três instrumentos de trabalho:

1. Os rácios de profissionais de saúde por habitante
2. Regulações rigorosas ao nível das competências profissionais e dos campos de actividade
3. Tipificação demográfica das populações e patologias predominantes

Se em relação aos **rácios profissionais** estamos perante duas realidades: **existem, nunca foram testados e não são consensuais ou, pura e simplesmente não existem**, facto que concorre para as profundas assimetrias da rede de cuidados de saúde, seja na perspectiva das respostas ao nível das diversas profissões (ver quadro anterior), seja da distribuição dos profissionais pelas diversas regiões.

Já em matéria de regulamentação e regulação, respectivamente no plano profissional e dos campos de actividade, descontados que sejam os excessos corporativos que atribuem a algumas profissões um conjunto de competências que a evolução científica e tecnológica tornaram obsoletas, verificamos uma absurda promiscuidade e invasão de competências profissionais, constituindo-se, hoje, como expoente máximo desta realidade a medicina do trabalho, onde **é frequente encontrarmos enfermeiros,**



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

quando não médicos sem especialização, a executar exames de diagnóstico ilegais e de duvidosa fiabilidade.

Pior ainda: a medicina do trabalho continua a ser vista como uma área de fiscalização do Ministério do Trabalho quando este, nem tem cultura nem tem meios especializados para avaliar a gravidade das situações constituídas, a roçar o escândalo nacional.

Quanto à necessidade de tipificação demográfica das populações, bem como das patologias predominantes, verifica-se existir um grande consenso nesta matéria, aliás visível nas opiniões expressas nos estudos do Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016, facto pelo qual esperamos que sejam levadas à prática as identificadas necessidades.

Contudo, sendo estas algumas das questões de carácter geral, importa agora atentar noutras não menos importantes e que, lamentavelmente, não têm merecido a necessária atenção.

Em primeiro lugar a inexistência de uma visão clara sobre os perfis dos postos de trabalho, tendo como consequência a manutenção dos perfis tradicionais de competências profissionais que, só porque existe algum auto didactismo e criatividade dos estabelecimentos de ensino superior, não se transformaram em expressões profissionais medievais.

Em segundo lugar a já tradicional falta de comunicação interministerial, nomeadamente nas áreas da saúde, do ensino e do trabalho, determinando o paradoxo do grande empregador - saúde - , não ter um papel activo nas políticas de formação inicial e pós - graduada. Pior ainda: mantendo no interior de alguns dos seus departamentos, a exemplo da ACSS, uma visão e acção deslocada das realidades constituídas, quando não preconceituosa, como acontece com as profissões de diagnóstico e terapêutica, como ainda recentemente foi visível através de um estudo encomendado pela Ministra da Saúde a um grupo de trabalho que, curiosamente, era coordenado por um dirigente da ACSS, não tendo esta subscrito o seu conteúdo.

Em terceiro lugar, e determinado pelas questões anteriores, os gestores directos do emprego limitam-se a aplicar as lógicas clássicas de recursos humanos, quando não, e ainda pior, a contratar recursos humanos sem qualificação efectiva para os desempenhos esperados, como é exemplo a política de recursos humanos instalada nos técnicos superiores de saúde e nos técnicos de diagnóstico e terapêutica, com clara desvantagem para os últimos, enquanto profissionais altamente especializados.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Como exemplo mais recente desta preocupação e realidade, atente-se no Aviso para procedimento concursal da ARS do Algarve I.P., publicado em D.R. no dia 6 de Agosto de 2010 que, dos 26 postos de trabalho a criar, seis são da área de diagnóstico e terapêutica, sem que os respectivos licenciados possam concorrer.

Pior ainda: Na referência 5 - Posto de Trabalho de Técnico Superior de Vigilância Epidemiológica do Departamento de Saúde Pública, pretenda admitir-se licenciados em engenharia do ambiente, quando estes na sua formação, não adquirem competências em epidemiologia, nem tão pouco são profissionais de saúde, ao contrário dos licenciados em saúde ambiental que, entre outras, também adquirem competências em epidemiologia.

Salienta-se ainda, que, neste momento, existem Unidades de Saúde Pública e Unidades Locais de Saúde que já possuem Engenheiros do Ambiente a trabalhar naqueles serviços, sem qualquer tipo de enquadramento legal ou necessidade. Nesta matéria, estão a ser movidos jogos de interesses que não deveriam existir em serviços públicos que se encontram com problemas económico-financeiros.

Aliás, idêntica situação é criada nas referências 6-7-8, do referido aviso, impedindo os licenciados em análises clínicas e saúde pública de concorrer.

Destas três grandes questões, se identificadas no sentido de serem produzidas novas políticas mais eficazes, entendemos que devem ser tomadas as seguintes medidas:

1. Criação de indicadores nacionais (Ex: rácios, tipificações demográficas, etc.) que permitam a avaliação de necessidades de recursos humanos, permitindo a desejada articulação com as políticas de ensino e contingentes de alunos / futuros profissionais.
2. Constituição de uma Comissão Permanente de Acompanhamento das políticas interministeriais (saúde, ensino e trabalho), visando dotar os responsáveis ministeriais de instrumentos de decisão fiáveis e objectivos.
3. Acautelar que, na sua constituição, a referida Comissão, integre especialistas do ensino (Ex: elementos nomeados pelos estabelecimentos de ensino superior), gestores de recursos humanos e representantes sindicais, dado nem todos os grupos profissionais terem ordens constituídas.
4. Que a esta Comissão sejam atribuídas metas e atribuições claras e mensuráveis, bem como exigidas fundamentações objectivas nos seus pareceres e ou relatórios a produzir periodicamente.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Ainda no âmbito do Planeamento dos Recursos Humanos, não podem deixar de ser evidenciados outros factores tais como:

1. A produtividade segundo a observação das melhores práticas profissionais, avaliada e definida em observação de:
 - a) A autonomia profissional de actividades reguladas e contextualizadas em saberes e competências próprias das profissões e, por tal, não sujeitas a padrões de desempenho estranhos às mesmas;
 - b) A contextualização desses padrões na produção em equipa e, por tal, interdependentes no sucesso ou insucesso da organização do trabalho;
 - c) A avaliação dos desempenhos tendo em conta as duas questões anteriores.
2. O modelo de organização e gestão da estrutura dos serviços de saúde, na dupla perspectiva:
 - a) Da necessária unidade de comando do serviço, atenta a indispensável complementaridade da vertente da gestão administrativa / financeira e da vertente técnico / operacional.
 - b) Da responsabilização objectiva pelos actos materiais e mensuráveis, dos responsáveis pelos níveis de sucesso da gestão face aos objectivos pré - definidos ou contratualizados.
3. A fundamentação das políticas de recursos humanos anuais ou plurianuais, assentes em relatórios críticos de actividades desenvolvidas e de, eventuais, novos projectos ou produtos de saúde a oferecer, garantindo-se:
 - a) A sustentabilidade financeira;
 - b) As prioridades e ou opções de gestão;
 - c) As propostas, devidamente fundamentadas na diversificação de serviços a produzir / oferecer
4. A adequação das políticas de recursos humanos dos serviços à necessária e desejável estabilização e segurança dos mesmos, nomeadamente:
 - a) Dos vínculos e das carreiras profissionais;



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

- b) Da avaliação objectiva dos desempenhos em função das capacidades instaladas e dos objectivos alcançados;
 - c) Da expectativa de desenvolvimento e retribuição do mérito dos recursos humanos;
 - d) Das políticas de participação dos recursos humanos na definição de metas dos serviços;
 - e) Das políticas de formação ao longo da vida.
5. O respeito integral e absoluto do quadro jurídico de suporte dos recursos humanos em todas as matérias de incidência laboral e sindical, atribuindo aos gestores os custos / custas de acções judiciais determinadas pelo facto de, em situações de má fé, caber ao Orçamento de Estado suportar as consequências / custos.

Cinco medidas sem as quais, por muito boas que possam ser as intenções, dificilmente haverá sucesso no planeamento e gestão dos recursos humanos.

Aliás, como nota de tudo o que não deve ser efectuado em matéria de gestão de recursos humanos, bastará atentar na realidade instalada ao nível dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, que se caracteriza por:

1. Terem contingentes de formação de novos profissionais que, no global, é três vezes superior às necessidades, determinando um desemprego galopante e uma elevada pressão sobre a qualidade do emprego.
2. Serem dos profissionais com o mais exigente nível de qualificação - 240 ECTS / 4 anos de licenciatura -, e estarem integrados numa carreira que devia ter sido revista no ano 2000!
3. Deterem uma das mais elevadas taxas de formação pós - graduada, sem qualquer expressão nos regimes remuneratórios.
4. Serem um dos três maiores e mais responsabilizados grupos profissionais da saúde, sem que, contudo, tenham expressão na estrutura de gestão dos serviços de saúde.
5. Não terem qualquer órgão regulador das profissões.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

6. Terem as suas actividades sucessivamente invadidas por indivíduos inqualificados, etc., etc., etc.

Dito de uma forma mais directa e objectiva:

"Os técnicos de diagnóstico e terapêutica são a expressão máxima da inexistência de uma política de recursos humanos, assente no reconhecimento de capacidades adquiridas em função de postos de trabalho e de avaliação de produtividade."

IV - LEVANTAMENTO - PAINEL DE INFORMAÇÃO PARA O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Como o próprio nome indica, importa reunir a informação indispensável para o planeamento em Saúde.

Contudo, **não menos importante é sabermos que mudanças e aperfeiçoamentos pretendemos fazer, sem o que qualquer levantamento é exactamente isso, um mero levantamento.**

Ora, não se conhecendo as efectivas metas a atingir, resta-nos, dentro dos princípios atrás referidos, bem como do conjunto de propostas e objectivos formulados, tentar dar uma modesta contribuição.

Para tal, identificamos algumas peças chave deste nosso contributo, por forma a dar consistência e objectividade à informação a recolher.

Desde logo identificamos como nuclear de qualquer reforma a operar a introdução do **Cartão Electrónico do Utente**, pelas razões já expostas, formulando uma única pergunta que, trabalhada em matéria de informação, deveria dar-nos respostas objectivas para a avaliação da relação custo / eficácia na prestação de serviços e cuidados de saúde:

P: Qual o nível de poupança em saúde, promovido através de um instrumento de controlo da comunicação clínica, da sobreposição de actividades, dos excessos de exames e prescrição medicamentosa, da criação de um historial clínico do utente, etc.,?

Se, consensualmente, os cuidados de saúde primários estão no centro do sistema de saúde, que metas pretende este atingir?



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Pressupondo que estas se possam aproximar das nossas propostas, entendemos que deve ser produzida informação que, nos cuidados de saúde primários, permita saber:

1. Quais os rácios desejáveis em matéria de médicos, enfermeiros e técnicos de saúde?
2. Qual o número existente desses profissionais?
3. Qual o número de actos clínicos expectáveis por profissional de saúde / dia de trabalho?
4. Qual a poupança que se conseguiria com dispensa gratuita dos medicamentos que, hoje, são comparticipados parcialmente?
5. Qual a poupança que se conseguiria com a prescrição obrigatória de medicamentos sobre o princípio activo e medicamento mais barato?
6. Qual a percentagem de exames de diagnóstico e intervenções terapêuticas que são solicitados pelos centros de saúde aos serviços privados? Qual o custo global e individualizado destes?
7. De quantos técnicos de saúde necessitaríamos para os actos de diagnóstico e terapêutica passarem a ser fornecidos por serviços públicos, seja em regime de parcerias, seja de constituição de recursos humanos próprios? Quais os ganhos a obter em matéria de comodidade do doente / utente? Quais os custos na adopção de um ou de ambos os modelos?
8. **Qual a poupança que poderia ser gerada pela prevenção em áreas como:**
 - a) Higiene oral;
 - b) Audiologia;
 - c) Patologias ou deficiência da visão;
 - d) Rastreios do cancro;
 - e) Educação ambiental;
 - f) Educação alimentar;
 - g) Comportamento de risco;



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

- h)** Patologias cardio - vasculares;
 - i)** Patologias ou disfunções de fala;
 - j)** Patologias neuro - musculares e musculo - esqueléticas, etc.
- 9.** Qual a territorialização a adoptar nos centros de saúde tendo em conta:
- a)** A natureza demográfica das populações;
 - b)** As patologias predominantes;
 - c)** A criação de escala ao nível dos meios a disponibilizar e dos seus respectivos custos;
- 10.** Qual o nível de absentismo por grupo profissional?
- 11.** Quais as necessidades de formação do pessoal de saúde? Quais os seus custos ao nível de programas plurianuais ajustados à natureza dos utentes e doentes dos centros de saúde?
- 12.** Quais os meios informáticos existentes nos serviços de saúde? Qual a linguagem que utilizam?
- 13.** Qual o custo da harmonização dos sistemas informáticos e da respectiva assistência técnica?
- 14.** Quais os ganhos da transferência de competência dos delegados de saúde para os médicos de saúde pública em matéria de actividades clínicas próprias destes?
- 15.** Quais os ganhos em matéria de transferência total das actividades não clínicas dos delegados de saúde e dos médicos de saúde pública para os técnicos de saúde ambiental ao nível da higiene do meio e de epidemiologia?
- 16.** Quais os ganhos em geral na criação de escala nos agrupamentos de centros de saúde, nomeadamente ao nível de laboratórios, serviços terapêuticos, etc?
- 17.** Quais os ganhos determinados pela correcção de assimetrias dos serviços das regiões periféricas, enquanto instrumento promotor da fixação das populações?
- 18.** Quantos conselhos clínicos dos ACES integram técnicos de diagnóstico e terapêutica?
- 19.** Quais os ganhos expectáveis com a participação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica no planeamento global de actividades?



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Constituindo estas algumas das questões que carecem de informação para a formulação de novas políticas em saúde, assentes num planeamento de actividades integradas ao nível dos cuidados de saúde primários, importa agora reflectir as actividades hospitalares.

Assim, **ao nível da actividade hospitalar, mantendo o mesmo tipo de necessidades de informação em matéria de rácios de profissionais, níveis de produção por profissional de saúde e meios técnicos existentes**, face à natureza de actividades e valências, importa recolher informação que nos permita avaliar:

1. A natureza da organização dos diversos departamentos clínicos.
2. Os recursos humanos, técnicos e tecnológicos que dispõem.
3. Os horários de funcionamento dos serviços.
4. Os regimes de trabalho do pessoal.
5. Os horários de trabalho estabelecidos.
6. O custo per capita do funcionamento dos serviços e departamentos.
7. O custo por unidade de produção de cuidados ou actos de saúde.
8. A percentagem a que corresponde a produção dos diversos profissionais na constituição dos custos das unidades de produção.
9. A porta de entrada dos doentes no Hospital (urgências, centros de saúde ou outros). Em que percentagens?
10. A natureza da organização hierárquica da estrutura superior e média de gestão?
11. Como se estrutura a articulação entre as estruturas superiores e médias de gestão com as chefias profissionais?
12. Qual o modelo organizacional em que assenta a comunicação entre a estrutura superior e média de gestão com as chefias profissionais?
13. Estão, ou não, esgotadas as capacidades de produção de cuidados e serviços de saúde? Em que áreas?
14. Quais os protocolos de cooperação, e respectiva natureza, estabelecidos com outros serviços de saúde?



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

15. Quais os cuidados e ou serviços de saúde que são solicitados ao sector privado? Qual a percentagem e os custos destes serviços face à dotação orçamental do hospital?
16. Quais os custos do trabalho extraordinário por grupo profissional?
17. Quantos profissionais de saúde que, por grupo profissional, se estima acumularem funções noutros serviços de saúde públicos ou privados? Qual o regime e horário de trabalho praticado no serviço de origem?
18. Quantos programas de formação ao longo da vida estão em execução, quantos estão programados e qual o número de horas de formação por grupo profissional?
19. Quais os níveis académicos dos diversos grupos profissionais? Quais as faixas etárias em que se situam?
20. Quantas estruturas superiores e médias de gestão são asseguradas por técnicos de saúde?
21. Alguma vez foi avaliado o grau de satisfação dos profissionais de saúde? Qual o modelo utilizado e os resultados obtidos?
22. Quais as ferramentas informáticas que suportam a comunicação interna do Hospital? Que natureza de problemas foram, eventualmente, detectados?
23. A assistência técnica do sistema informático é assegurada por serviços internos ou externos? Qual o seu custo estimado?

Muitas outras questões poderiam ser suscitadas, algumas das quais constando já de processos de avaliação adoptados, facto pelo qual seria maçador repeti-los.

No entanto, tal não invalida a apreciação de documentos de trabalho como "**A Organização Interna e a Governação dos Hospitais - Ministério da Saúde - Junho de 2010**", no qual é vertida toda uma interessante teorização sobre o hospital, nas suas dimensões interna e comunitária, sem que, contudo, se olhe o hospital para além do pessoal médico e de enfermagem. Pior ainda: sem que deste se extraiam instrumentos de avaliação da actividade hospitalar, centrados na organização, na produção e de elementos nucleares a qualquer avaliação objectiva das transformações operadas ao nível de:



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

1. Desactualização de perfis de competência profissional face à evolução tecnológica verificada.
2. Emergência de novos perfis de competências profissionais, sem qualquer expressão na estrutura de gestão dos meios instalados.
3. Autonomias profissionais que deveriam determinar a adopção da intercomplementaridade profissional, por substituição do conceito de uma complementaridade monolítica na prestação de cuidados de saúde e, por tal, impeditiva do efectivo e desejado trabalho em equipa.
4. Actualização dos conceitos e aplicações das distintas linhas de gestão, nomeadamente administrativa / financeira e técnico / operacional, sem o que, no nosso entender não permitirá atacar o modelo tradicional instalado, embora com retoques pós-modernistas, determinados pela actual estatuto EPE predominante.

Polémica esta concepção? Provavelmente sim, mas real e mensurável quando apreciada, por exemplo, ao nível dos GDH, enquanto instrumento de medida de produção/custo e, senão vejamos três exemplos:

1. Qual o peso da actividade nuclear de um fisioterapeuta, terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional ao nível do GDH, quando inseridos em serviços de medicina física e reabilitação? Será que corresponde aos efectivos desempenhos? Porque será que os serviços de medicina física e reabilitação têm vindo a alterar a sua designação para serviços de fisioterapia? Qual o peso da actividade dos fisiatras no contexto global do serviço?
2. De que forma avaliamos com objectividade o desempenho dos diversos profissionais da área laboratorial? Quais os mais qualificados face à natureza dos postos de trabalho? Como medimos os seus desempenhos quando a actividade dos que produzem os resultados analíticos, vêm o seu trabalho diluído em validações meramente administrativas?
3. Como se explica o sucessivo esvaziamento das chefias profissionais de diagnóstico e terapêutica, impedindo-as de desempenhos fundamentais ao nível do trabalho em equipa, nomeadamente em matéria de recursos humanos, gestão da tecnologia disponível ou a adquirir, participação em processos de gestão integrada diversa, etc.?

Claro que com isto não pretendemos retirar importância ao referido estudo do Ministério da Saúde. Claro que não. No entanto, não podemos deixar de concluir que entre as



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

intenções e os actos existe um enorme abismo. **Dúvidas? Provavelmente sim, mas dissipadas quando verificamos que da constituição do grupo de trabalho não fez parte qualquer profissional de diagnóstico e terapêutica.**

Como consequência desta cultura instalada resultam perdas de eficácia incontornáveis, seja porque toda a concepção de organização está limitada por visões estreitas da comunidade profissional do hospital, seja porque desta resulta uma objectiva limitação das capacidades instaladas.

Aliás, o exemplo mais flagrante desta realidade é a noção de Direcção Técnica dos Conselhos de Administração, reservada a médicos e enfermeiros, quando, hoje, nenhum hospital funciona sem técnicos de saúde.

Como se depreende, dando-se um grande enfoque na natureza da comunicação informática, no plano externo e interno, não podemos deixar de, uma vez mais, eleger esta questão como nuclear, pois, **entendemos como prioridade de um qualquer planeamento acabar com as centenas de sistemas informáticos existentes, quantas vezes incompatíveis entre si, adoptando um sistema que comunique em termos nacionais, baixando significativamente os custos de manutenção, facilitando a comunicação e permitindo o cruzamento de dados, indispensáveis a uma gestão objectiva de toda a estrutura de produção de serviços e cuidados de saúde, bem como dos custos a estes associados.**

Com este nosso contributo que, naturalmente, não esgota a informação que deve ser recolhida, deixamos para o fim uma questão a que atribuímos uma grande importância, seja pela gravidade do problema instalado, seja porque é transversal a centros de saúde e hospitais: **os serviços de urgência básica.**

Como prévia declaração de interesses, não podemos deixar de reconhecer a importância estratégica dos SUB.

Contudo, quando apreciados ao nível das suas competências, nomeadamente em áreas de diagnóstico imprescindíveis, como é o caso das análises clínicas, da radiologia ou da cardiopneumologia, a informação que detemos é muito preocupante, seja porque não existem técnicos de saúde que permitam a cobertura nas 24 horas, seja porque os exames dessas áreas ou não são assegurados ou, se os são, é através de indivíduos sem qualquer qualificação ou competência para tal.

Como se depreende tal realidade é extremamente preocupante, seja porque não é garantida qualquer fiabilidade dos exames de diagnóstico, seja porque com tais



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 / 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

práticas o Ministério da Saúde está a dar sinais de impunidade preocupantes para os operadores privados, bem visíveis nos últimos relatórios da IGAS, aquando das últimas inspecções a clínicas e laboratórios privados.

Por tal, é nosso entendimento que deve ser efectuado:

1. Um rigoroso levantamento da situação constituída.
2. A identificação dos responsáveis pelos desvios à legalidade.
3. A definição das regras claras sobre as equipas a constituir em análises clínicas, radiologia e cardiopneumologia.
4. O calculo dos custos da reposição da fiabilidade dos exames de diagnóstico, a produzir por pessoal técnico especializado.

NOTAS FINAIS

Estamos conscientes que, em matéria de Plano Nacional de Saúde, a nossa colaboração fica aquém do que desejamos.

Contudo, temos, igualmente, consciência que identificamos inúmeras questões que, nas últimas décadas, ou são "tabu" ou envolvem toda uma polémica que fica limitada por factores estranhos ao interesse da sociedade que somos.

Esperamos que este seja um primeiro passo a que outros se seguirão, pois, os técnicos de saúde em geral e os técnicos de diagnóstico e terapêutica em particular, constituem hoje uma comunidade científica e profissional incontornável, qualquer que seja o ângulo ou perspectiva sob a qual seja avaliada.

A DIRECÇÃO NACIONAL