



TecnoSaúde

O JORNAL DAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE

**MINISTRA DA SAÚDE
INSISTE NA DISCRIMINAÇÃO**

**CARTA ABERTA
À MINISTRA DA SAÚDE**

**EDIÇÃO
ESPECIAL**

**ENSINO SUPERIOR E A
IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO
DE BOLONHA**

Setembro 2010
Edição Especial

PLANO DE SAÚDE 2011 - 2016

COMENTÁRIOS, SUGESTÕES E PROPOSTAS PARA A

REQUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS



Como por diversas vezes referi, a evolução do ensino e das profissões das ciências e tecnologias da saúde teriam, como consequência, a emergência de novos e mais complexos problemas, determinados pela inevitável competitividade profissional.

Na mesma linha de reflexão sempre coloquei a necessidade de vermos as nossas profissões para além das carreiras, sem o que dificilmente se poderiam entender fenómenos decorrentes das novas realidades do ensino e da titulação profissional. Ora, eles aí estão.

Desde um poder político vacilante quanto às carreiras, até ao desrespeito sucessivo por acordos firmados em sede do Ministério da Saúde, passando por jovens profissionais que, sem estabilidade de emprego, ou culpam os sindicatos ou se distanciam deles, temos constituído um caldo de cultura perigosíssimo para as profissões das ciências e tecnologias da saúde.

E, não fosse já grave a situação instalada por culpa do poder político, também os últimos tempos vão sendo marcados por movimentos de fractura da classe, quantas vezes alimentados por efémeros protagonismos individuais sem qualquer conteúdo ou projecto de desenvolvimento.

Perante estas e inúmeras outras razões que seria cansativo aqui descrever, importa, mais do que nunca, combater o actual estado de coisas, sob pena de se pôr em risco todo o património profissional já construído.

Consciente da situação constituída, a nova Direcção Nacional do SCTS decidiu diversificar a sua acção sindical, reforçando o poder do conhecimento dos profissionais das tecnologias da saúde, enquanto instrumento indispensável ao desenvolvimento de massa crítica nas profissões.

Para além das reuniões que se irão intensificar, visando o esclarecimento e a sensibilização para os problemas existentes e as propostas em aberto, entendeu a Direcção Nacional fornecer a todos os seus associados dois importantes documentos:

“As Ciências e Tecnologias da Saúde no Século XXI” e “Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016 - Comentários, sugestões e propostas para a requalificação do sistema de saúde português”.

Estes documentos, reproduzidos em edição especial do TECNOSAÚDE, para além de tratarem questões nucleares das profissões das ciências e tecnologias, procuraram integrar os mesmos nas questões políticas estruturantes do ensino e do exercício.

Embora longos, e por tal, para alguns maçadores, estes trabalhos fornecem uma visão do conjunto em que nos situamos, sem o que dificilmente se poderá perceber o alcance e profundidade dos obstáculos a vencer.

Aconselha-se a sua leitura atenta.

Na mesma linha de esclarecimento, integramos dois documentos importantes - Comunicado e Carta Aberta à Ministra da Saúde - , os quais são suficientemente esclarecedores sobre a falta de verdade do Ministério da Saúde em matéria de negociação.

As razões para lutar são fortes, pois, não fosse já grave a discriminação em matéria de carreiras, o desemprego dos jovens licenciados é uma realidade que temos de contrariar, mesmo que para tal tenhamos de voltar à Greve.



Nesta Edição Especial

2 | Editorial

3 | Ministra da Saúde Insiste na Discriminação

6 | Carta Aberta à Ministra da Saúde

7 | O Ensino Superior e a Implementação do Processo de Bolonha

12 | Plano Nacional de Saúde 2011 - 2016

Ficha Técnica

Director: Almerindo Rego | Propriedade: Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde

Rua Dr. Campos Monteiro, 170 | 4465-049 S. Mamede de Infesta MTS | Telef.: 229 069 170 | Fax: 229 069 179 | Email: scts@scts.pt | www.scts.pt

MINISTRA DA SAÚDE INSISTE NA DISCRIMINAÇÃO

Colega

Depois da última greve que, no último dia, rondou os 70% de adesões, a Ministra da Saúde embora se comprometesse a retomar as negociações em Julho, mantém-se no seu silêncio ensurdecedor.

Ou seja, estamos em finais de Setembro e ainda Nada aconteceu!!! UMA VERGONHA, UM INSULTO E UMA DISCRIMINAÇÃO DE TODO EM TODO INACEITÁVEL

Perante estes factos, e porque muitos colegas acham ser difícil atingirmos os nossos objectivos, a Direcção Nacional do SCTS decidiu esclarecer as razões porque não podemos ficar parados.

Assim, os técnicos de saúde distribuem-se por duas carreiras:

- a) Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT)
- b) Técnico Superior de Saúde (TSS)

A primeira (TDT) integra 18 profissões, cujo acesso ao exercício se efectua com uma licenciatura de 8 (oito) semestres conferente de 240 ECTS.

A segunda (TSS) integra licenciados de 28 áreas do conhecimento das quais:

- a) 4 têm o estatuto de profissão, assente no mestrado integrado, 10 semestres de formação, conferentes de 300 ECTS;
- b) Uma, da medicina veterinária, tem o estatuto de profissão de saúde regulada, 11 semestres de formação conferentes de 330 ECTS;
- c) Uma, Ciências da Nutrição ou Dietética e Nutrição não confere estatuto de profissão, tem 8 semestres de duração e 240 ECTS;
- d) As restantes 22 licenciaturas que permitem o acesso à carreira de T.S.S., não têm o estatuto de profissão de saúde, têm a duração de 6 semestres, conferentes de 180 ECTS.

Estas carreiras têm como referenciais salariais na categoria de ingresso:

- a) TDT - 1020 Euros
- b) TSS - 1570 "

Primeira conclusão: a carreira de TSS remunera ao mesmo nível técnicos de saúde com diferentes qualificações académicas. Pior ainda, na carreira de TSS estão colocados indivíduos com o estatuto de profissional de saúde (Ex: farmacêutico, psicólogo e médico veterinário), conjuntamente com os engenheiros civis, engenheiros electrotécnicos, químicos, físicos, bioquímicos, etc., que nada têm a ver com a prestação de cuidados de saúde.

Segunda conclusão: com excepção dos farmacêuticos, psicólogos e médicos veterinários, cujo acesso à profissão se efectua com mestrado integrado (10 semestres de formação), bem como o nutricionista com 8 semestres de formação, todos os restantes licenciados, têm 6 semestres de formação, sem estatuto ou formação na área da saúde, tendo, todos, a mesma remuneração.

Terceira conclusão: Os TDT, todos com o estatuto de profissional de saúde e actividade regulada como tal, com uma formação de 8 semestres (240 ECTS) estão colocados numa carreira que, logo no 1.º escalão, têm uma diferença salarial, para menos, de 550 Euros.

Em síntese: O Ministério da Saúde discrimina os técnicos de saúde mais qualificados, como são exemplo os TDT, os farmacêuticos, os médicos veterinários e os psicólogos. Pior ainda, enquanto estagiários, os candidatos a TSS têm uma remuneração superior (cerca de 150 euros) à dos profissionais de saúde da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, cuja formação é muito mais longa e profissionalizante.

Perante esta escandalosa e discriminatória situação constituída nas carreiras dos técnicos de saúde, o Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde apresentou à Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge, a necessidade de serem revistas as carreiras, corrigindo-se as brutais disparidades constituídas, aliás, convergindo com a decisão do Governo, constante da Lei N.º 12 - A/2008, de 27 de Fevereiro.

Concordando com a posição do SCTS, a Ministra da Saúde apresentou um projecto de revisão das carreiras, em Julho de 2009, a qual mereceu a concordância da generalidade dos sindicatos .

Depois de diversas vicissitudes, nomeadamente a mudança de Governo, a Ministra da Saúde dá o dito por não dito e, violando os acordos de Fevereiro de 2010, retira o seu projecto de revisão da carreira da negociação, substituindo-o por um documento com vagas intenções negociais, passando o ónus da negociação para o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Manuel Pizarro, quando sabia que a negociação estava condenada ao fracasso, pois, pretendia manter tudo na mesma e, eventualmente, criar uma carreira específica para os farmacêuticos, contrariando a orientação geral do Governo, a qual determina a fusão de carreiras de idêntico conteúdo e complexidade.

Colocada esta questão a todos os níveis do poder político, no dia 16 de Julho a Ministra da Saúde garantiu ao Grupo Parlamentar do Partido Socialista que a negociação iria ser retomada até ao final do mês, o que não aconteceu até agora, finais de Setembro.

Ao contrário, e como sinal de desnorte negocial, anunciou que a licenciatura em Dietética e Nutrição da Universidade de Lisboa, daria o acesso à carreira de TSS, quando curiosamente, a mesmíssima licenciatura - Dietética e Nutrição - , dos Institutos Politécnicos de Lisboa, Porto, Coimbra e Universidade do Algarve, continuam a só permitir o acesso à carreira de TDT.

**Estas são as razões que determinam a nossa luta por direitos iguais.
A nossa luta pela dignificação profissional.
NÃO PODEMOS ACEITAR A VIOLÊNCIA QUE ESTÁ A SER EXERCIDA SOBRE NÓS.
SE NECESSÁRIO VOLTAREMOS À GREVE.**

**CONTAMOS CONTIGO
MOBILIZA OS COLEGAS. TODOS ELES.**

A DIRECÇÃO NACIONAL

LICENCIATURAS COM ACESSO À CARREIRA DE TÉCNICO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

CURSO LICENCIATURA	DURAÇÃO	ECTS	MESTRADO	ECTS
Análises Clínicas e Saúde Pública	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Anatomia Patológica	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Audiologia	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Cardiopneumologia	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Dietética e Nutrição	8 semestres	240		0
Farmácia	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Fisioterapia	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Higiene Oral	6 semestres			0
Medicina Nuclear	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Neurofisiologia	8 semestres	240		0
Ortoprotesia	8 semestres	240		0
Ortoptica	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Protese Dentária	6 semestres			0
Radiologia	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Radioterapia	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Saúde Ambiental	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Terapia da Fala	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120
Terapia Ocupacional	8 semestres	240	Não integrados	90 a 120

FONTE: D.G.E.S.

LICENCIATURAS COM ACESSO À CARREIRA DE TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO LICENCIATURA	DURAÇÃO	ECTS	MESTRADO	ECTS
Engenharia do ambiente	6 semestres	180		
Engenharia Civil	6 semestres	180		
Engenharia química	6 semestres	180	Integrado	120
Engenharia Sanitária	6 semestres	180		
Engenharia Fisica	6 semestres	180	Integrado	120
Engenharia Electrotécnica	6 semestres	180		
Ciências Farmacêuticas	6 semestres	180	Integrado	120
Farmácia	Já não existe no ensino universitário			
Fisica	6 semestres	180		
Fisico - químicas	6 semestres	180		
Biologia	6 semestres	180		
Bioquímica	6 semestres	180		
Química	6 semestres	180		
Genética	6 semestres	180		
Biologia vegetal aplicada	6 semestres	180		
Biologia Microbiana e Genética	6 semestres	180		
Biologia aplicada aos recursos animais	6 semestres	180		
Química aplicada	6 semestres	180		
Química tecnológica e microbiologia	6 semestres	180		
Química tecnológica	6 semestres	180		
Biologia vegetal aplicada	6 semestres	180		
Biologia Microbiana	6 semestres	180		
Microbiologia	6 semestres	180		
Ciências Fisico - Químicas	6 semestres	180		
Ciências da Nutrição	8 semestres	240		
Dietética e Nutrição	8 semestres	240		
Medicina Veterinária	6 semestres	180	Integrado	150
Psicologia	6 semestres	180		
Psicologia Clínica	6 semestres	180	Integrado	120

FONTE: D.G.E.S.



CARTA ABERTA

À MINISTRA DA SAÚDE

Exma. Sra. Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge

No dia 30 de Março de 2009, V. Exa. afirmou ao Diário Económico que:

“Quero acabar de negociar as carreiras dentro de dois meses...médicos, enfermeiros, técnicos de saúde...e gostava muito apesar de não ser obrigatório, de ter o apoio dos principais sindicatos”

No dia 28 de Julho de 2009, V. Exa. apresentou aos sindicatos dos técnicos de saúde uma proposta de carreira que, no essencial, mereceu o acordo destes.

Esta proposta foi pacificamente negociada com os sindicatos mais representativos do sector até 12 de Agosto de 2009, data na qual V. Exa. bloqueou as negociações sem qualquer explicação.

Já na vigência do actual Governo, retomando as negociações depois de uma ameaça de greve, em 5 e 22 de Fevereiro, V. Exa. reafirmou os compromissos assumidos por escrito e em reunião no Ministério da Saúde, respectivamente.

No dia 26 de Março de 2010, V. Exa. dá o dito por não dito em matéria de acordos efectuados e:

- a) Apresenta uma mera declaração de intenções para a revisão das carreiras, retirando da negociação o projecto por si apresentado;
- b) Remete para o Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Dr. Manuel Pizarro, o ónus de uma negociação que V. Exa. sabia estar condenada ao fracasso;
- c) Deste fracasso negocial resultou uma greve dos técnicos de saúde durante 3 dias.

Face à gravidade da situação constituída, e quando instada pelo Grupo Parlamentar do Partido Socialista, informou que as negociações iriam ser retomadas até final de Julho. Estamos em finais de Setembro e... nada.

Ou seja, Sra. Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge:

1. A senhora não assumiu nem cumpriu perante compromissos por V. Exa. firmados.
2. Não deu qualquer explicação para o facto de os técnicos de saúde serem os únicos sem a carreira revista.
3. Como consequência da não revisão das carreiras, e se já não fosse grave a situação constituída, todos os profissionais em regime de contrato individual de trabalho, estão a ser duplamente discriminados, seja perante os seus pares, seja perante todos os licenciados dos serviços de saúde.
4. O desemprego ultrapasse os 90% dos jovens licenciados, não se conhecendo qualquer política de empregabilidade.
5. A desregulamentação do trabalho, por inexistência de carreiras, ultrapasse os 50% dos contratados em inúmeros serviços.

Claro que a Sra. Ministra da Saúde sabe tudo isto. Claro que sim.

E, porque sabe, com esta CARTA ABERTA não estamos a pedir-lhe qualquer favor ou atenção especial. Nada disso.

Com esta CARTA ABERTA estamos, e tão somente, a exigir a aplicação do princípio da igualdade consignado na Constituição da República Portuguesa. Estamos a usar o princípio da cidadania para exigir o fim da discriminação exercida sobre os profissionais das ciências e tecnologias da saúde.

Fazemo-lo porque, nem a crise de que se fala todos os dias é motivo bastante para se manter o incumprimento da Lei n.º 12 - A/2008, de 27 de Fevereiro, pois, até sobre matérias de incidência financeira, os sindicatos manifestaram já a abertura bastante para se efectuarem acordos.

Sra. Ministra da Saúde, Dra. Ana Jorge, esta nossa CARTA ABERTA, mais do que a denúncia da desigualdade de tratamento e discriminação profissional, é um apelo ao bom senso, pois, a manutenção da actual situação irá determinar novas lutas que, inevitavelmente, irão acarretar prejuízos para os utentes do S.N.S. e, esses, não têm culpa da situação que nos criaram e se arrasta nos últimos dez anos!!!

Uma última nota, Sra. Ministra da Saúde:

“O S.N.S. também são os seus profissionais e, nós, os técnicos de saúde, temos os mesmos direitos daqueles com quem o Ministério da Saúde já negociou as carreiras.”

Publicada in Jornal “Público”, dias 23 e 24 de Setembro

AS DIRECÇÕES SINDICAIS

SINDICATO DAS CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE

O TEU SINDICATO

SINDICALIZA-TE

PARA MAIS INFORMAÇÕES

Rua Dr. Campos Monteiro, 170 - 4465 - 049 S. Mamede de Infesta MTS
Telf.: 229 069 170 - Fax 229 069 179 - E-mail: scts@scts.pt - www.scts.pt

O ENSINO SUPERIOR E A IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE BOLONHA

I. AS CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS DA SAÚDE NO SÉCULO XXI

Nas últimas décadas verificou-se uma evolução vertiginosa das ciências da saúde com recurso a tecnologias e abordagens clínicas altamente diferenciadas e sofisticadas.

Associado a tal facto, a aplicação do Processo de Bolonha

ao ensino na saúde constituiu-se numa janela de oportunidades que, no caso das ciências e tecnologias da saúde, elevou Portugal aos patamares mais exigentes e competitivos qualitativamente no plano internacional.

Para tal, concorreu todo um processo exemplar dos agentes do ensino público e privado que, após estudos que envolveram centenas de especialistas da área do ensino e do exercício, permitiu estabelecer consensos sólidos sobre as reformas a produzir.

Como resultado deste processo, o ensino das ciências e tecnologias da saúde português apresenta-se, hoje, como referência mundial, determinando uma procura acentuada de profissionais, com especial evidência no mercado de

Podendo considerar-se uma aposta ganha pelo ensino superior português, tal facto tem feito emergir novas realidades de organização laboral e profissional na saúde, às quais terão de estar atentos os agentes do ensino, interpretando os respectivos fenómenos, numa perspectiva de adaptabilidade e aperfeiçoamento dos modelos de ensino, por forma a ajustarem-se às necessidades emergentes na prestação de cuidados de saúde.

Exemplos são diversos. Desde a recuperação de áreas de intervenção especializada, como é o caso da podologia, até à criação de cursos especializados da área da gerontologia, o potencial de desenvolvimento do ensino das ciências e tecnologias da saúde é inesgotável.

Contudo, desta emergência das profissões da área das ciências e tecnologias da saúde, vulgo diagnóstico e terapêutica, novos desafios se colocam aos agentes do ensino, pois, tendo estas profissões uma génese hospitalocêntrica, importa que encontrem novos modelos de formação inicial mais polivalentes, tendo em vista a sua adaptabilidade a áreas como os cuidados de saúde primários e continuados.

Daqui resulta que, embora o ensino das ciências e tecnologias da saúde esteja referenciado internacionalmente, segundo perfis de competências que tendem para a standardização, seria um erro ficarmos à espera de eventuais mudanças a importar. Ao contrário, o potencial instalado em Portugal, enquanto País de referência neste ensino, determina que tenhamos a ousadia de inovar aperfeiçoando e diferenciando os diversos ciclos de formação e, assim, constituindo factores de competitividade externa, seja na perspectiva da procura externa do ensino, seja da referenciação qualitativa para a empregabilidade.

Na mesma linha de raciocínio, produzir reformas no ensino das ciências e tecnologias da saúde, determina que, sem corporativismos extremos, se avalie a actual oferta de cursos superiores, procurando identificar os saberes comuns, normalizando designações e perfis de competência mais polivalentes, sobre os quais possa ser projectada a formação pós - graduada.

Ou seja, importa que a exemplo do processo de aplicação de Bolonha ao ensino das ciências e tecnologias da saúde, se constituam e consensem as estratégias de aperfeiçoamento qualitativo do ensino, numa lógica de aplicabilidade a todo um mercado cada dia mais exigente e competitivo, nomeadamente quanto aos custos de produção da prestação de cuidados de saúde.

Ora, é ao nível do papel da prestação de cuidados de saúde, integrados em contexto de ensino que muito se pode fazer, dadas as características dos agentes do ensino, seja públicos, seja privados. Aliás, explorar a vertente dos

cuidados de saúde em contexto de ensino, permite a eclosão da competitividade pela excelência dos padrões das capacidades a adquirir pelos alunos, abrindo as portas à investigação e estimulando a fixação dos docentes mais qualificados, sem que para tal concorra a elevação dos custos do ensino.

Claro que para se atingirem tais objectivos terão de ser, parcialmente, abandonados os perfis de formação inicial estritamente especializados, através da respectiva integração em clusters de saberes comuns, sobre os quais possam ser criados perfis de formação pós - graduada de carácter profissionalizante, a exemplo do que já acontece noutros países, embora por razões distintas das que aqui são apontadas.

Em algumas destas áreas, nomeadamente as ciências biomédicas, as ciências radiológicas, as ciências da farmácia, as ciências dos biosinais, as ciências da nutrição, etc., têm já alguma reflexão produzida, facto facilitador para eventuais transformações a operar nos primeiros ciclos de licenciatura.

Aliás, seria fatal para qualquer transformação a operar, centrar os consensos exclusivamente nas corporações profissionais e nos agentes do ensino, pois, das reformas do potencial instalado na área das ciências e tecnologias da saúde, terá de emergir a actividade de investigação, proporcionando o desenvolvimento de pólos de excelência, enquanto referências incontornáveis para os empregadores internos e externos.

De facto, no nosso ponto de vista, importa ter presente que embora não podendo o ensino das ciências e tecnologias da saúde estar voltado exclusivamente para o mercado português, é este que lhe dá expressão, consistência e projecção internacional e, com isto, expectativas mais consistentes de empregabilidade dos profissionais formados e a formar.

E, quando falamos do mercado português, não podemos ignorar que o grande empregador é o Serviços Nacional de Saúde, no qual estando constituídas inúmeras fragilidades no plano da organização e do custo eficácia da prestação de cuidados de saúde, existe todo um potencial de transformação que o ensino, mesmo que indirectamente, pode catalisar nas mudanças a operar.

Para tal, em primeiro lugar, é indispensável que à emergência da importância dos profissionais das ciências e tecnologias da saúde, estejam associadas as correspondentes oportunidades destes, levando à prática o principio, hoje pacífico, da saúde centrada no cidadão. Ou seja, importa que se perceba que ao potencial profissional constituído, terão de corresponder transformações ao nível da concepção da autonomia profissional e da intercomplementaridade das profissões, promovendo respostas mais próximas das necessidades da sociedade.

É que, o simples facto de se assumir a concepção da intercomplementaridade, por substituição da complementaridade, promove ganhos de produção de cuidados de saúde que, em tempo de crise, não podem nem devem ser menosprezados, mesmo que para tal se tenha de enfrentar algum nível de conflito com as corporações profissionais.

Como exemplos imediatos, emerge a organização dos cuidados de saúde primários, a política de acessibilidades e a comunicação interprofissional que, se centradas no cidadão, deveriam levar a repensar as políticas de consultas, hoje dependentes exclusivamente do médico e, por tal, não aproveitando todo o potencial instalado em áreas como a audiologia, a ortóptica, a terapia da fala, a terapia ocupacional, a fisioterapia, etc.

Em síntese, à evolução das ciências da saúde e do perfil de competências dos profissionais, terá de corresponder uma nova concepção de organização da prestação de cuidados de saúde, facto que transporta para a esfera do decisor político o ajustamento do modelo de prestação de cuidados de saúde ao perfil de competências profissionais já constituídas, constituindo-se num factor de desenvolvimento económico.

II. APLICAÇÃO DO REGIME JURIDICO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Acerca desta questão muito se tem dito e escrito, nomeadamente quanto à característica dual do ensino superior, bem como do ensino superior politécnico não ter as mesmas ferramentas que o ensino universitário, nomeadamente quanto à criação dos seus próprios doutoramentos e, por tal, limitando a capacidade de investigação própria deste ensino.

Aliás, tal facto, determina que se aborde, de forma integrada, o tema seguinte - REORGANIZAÇÃO DA REDE -, por forma a melhor perceber que qualquer análise deve estar centrada no produto a obter com o ensino e não nos estabelecimentos de ensino em si, como ficou bem patente na aplicação do Processo de Bolonha.

Daqui decorre que, no nosso ponto de vista, dever-se-ia atentar nas seguintes questões:

1.O regime jurídico não deve ser um fim em si, enquanto afirmação de um modelo dual de ensino, no qual se afirma o ensino universitário como parente nobre e o politécnico o parente pobre;

2.Ao contrário, a manter-se este modelo dual o ensino superior politécnico deveria evoluir para universidades tecnológicas, abrindo todo um conjunto de novas oportunidades, nomeadamente ao nível de parcerias internacionais e atribuição de títulos académicos.

3.Desta evolução para universidades tecnológicas, resultaria que a discussão da rede escolar tornar-se-ia mais consistente quanto à dispersão do parque escolar e do número elevadíssimo de licenciaturas sem correspondência à actividade económica;

4.Na mesma linha de raciocínio se situa a ausência de interacção com os agentes económicos, no caso concreto com as organizações sindicais representativas dos graduados quando inseridos no mercado do trabalho, constituindo, como vai sendo generalizadamente reconhecido, um dos pontos fracos da gestão dos estabelecimentos de ensino superior.

5.Esta interacção, a existir, teria, por certo, utilidade para as partes nela envolvidas, em especial se atender às atribuições das instituições do ensino superior em realizar acções de formação profissional e de actualização de conhecimentos e, por parte das associações sindicais, a sua crescente atenção aos problemas da empregabilidade e inserção de graduados na vida activa.

6.Sendo a formação superior na área das tecnologias da saúde inserida no ensino superior politécnico, esta interacção com as associações profissionais representativas dos graduados plenamente se justifica e, mais ainda, no caso específico das profissões de diagnóstico e terapêutica, porquanto ainda não existe, como no caso dos médicos, farmacêuticos e enfermeiros, uma associação pública profissional que represente aquelas profissões, pese embora ter sido já manifestado a essa Assembleia da República, por parte do Fórum das Tecnologias da Saúde de que este Sindicato é membro, a firme intenção em a criar.

7.Não basta, porém, reconhecer e lamentar este divórcio entre as instituições do ensino superior e as associações sindicais que representam os seus graduados. Há que identificar mecanismos que promovam essa interacção.

8.Ora, na estrutura de órgãos da generalidade das instituições de ensino superior, encontra-se prevista a existência de um Conselho Consultivo, com funções de aconselhamento na área do planeamento estratégico.

9.No quadro duma futura revisão do Regime Jurídico das Instituições do Ensino Superior seria de nele inserir uma norma que incentivasse os estabelecimentos de ensino superior a estabelecerem mecanismos, se possível institucionais, de diálogo e interacção com as Ordens Profissionais e, nos casos em que estas não existam, com as Associações Profissionais de natureza sindical.

III. REORGANIZAÇÃO DA REDE

Como primeira nota, e matriz desta nossa abordagem, deve-se referir que temos um excessivo número de estabelecimentos de ensino, alguns dos quais sem o indispensável suporte tecnológico, seja na perspectiva de

escola, seja de empresas com as quais esta possa interagir.

Como segunda nota, referir que a dispersão do ensino das ciências e tecnologias da saúde é o resultado da inexistência de qualquer planificação ao qual se associou a autorização de inúmeras licenciaturas, enquanto forma de sobrevivência de escolas já constituídas, como é o caso de algumas das ex - escolas superiores de enfermagem, agora designadas escolas superiores de saúde.

Como terceira nota, e não menos importante, a inexistência de uma política de ensino e rede escolar consistente, determinou a explosão do ensino superior privado, responsável por cerca de 50% dos profissionais formados.

Como resultado das políticas constituídas em matéria de rede escolar, herdamos cinco situações que caracterizamos:

a) As escolas públicas tradicionais - Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra - e a Escola Superior de Saúde do Alcoitão;

b) Escolas privadas que, com maior ou menor sucesso, se foram constituindo em todo o País;

c) Escolas Superiores de Enfermagem que, por razões de sobrevivência, se constituíram em escolas superiores de saúde, hoje com um contingente de alunos das tecnologias da saúde, incompatível com a natureza da qualificação científica dos docentes;

d) Departamentos do ensino politécnico, da responsabilidade de universidades - Aveiro e Faro - .

e) Parcerias de formação entre o I.P.L. e a Universidade dos Açores.

Daqui resulta que a rede escolar se tenha desenvolvido casuisticamente e sem sentido estratégico de desenvolvimento científico, tendo como reflexo, entre muitos outros, o excessivo contingente de alunos e uma duvidosa qualidade dos respectivos licenciados.

IV. AVALIAÇÃO E ACREDITAÇÃO

Perante o quadro evolutivo do ensino das ciências e tecnologias da saúde, a constituição da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior surge como uma lufada de ar fresco e esperança.

Contudo, tal acção deve ter em atenção algumas particularidades do ensino das ciências e tecnologias da saúde, nomeadamente em matéria de qualificação científica e académica dos docentes.

De facto, dada a multiplicidade de licenciaturas e os escassos meios disponibilizados a este ensino, mais importante que avaliar o número de doutorados e mestres,

torna-se imperioso avaliar a área científica da qualificação, sem o que não ficará garantida a qualidade do ensino, facto tão mais grave quando este tem características profissionalizantes.

Pelas razões expostas, entendemos que deve ser constituído um quadro de medidas excepcionais de apoio, visando o desenvolvimento académico e científico dos docentes das escolas, através de programas que visem corresponder às necessidades das escolas e do seu ensino.

V. PROCESSO DE BOLONHA

Sobre a aplicação do Processo de Bolonha ao ensino superior português somos algo críticos, pois, em inúmeras situações, este ficou-se pela simples divisão das licenciaturas de cinco anos em dois graus académicos: licenciatura + mestrado (integrado ou não). Pior ainda: mantendo licenciaturas sobreponíveis no ensino universitário e politécnico, como é o caso da licenciatura em ciências da nutrição e a licenciatura em dietética e nutrição

Claro que algumas, raras, excepções qualitativas se constituíram, como é o caso das ciências e tecnologias da saúde, pese embora carecendo de uma mais profunda reflexão, face à natureza das áreas de produção de cuidados de saúde em que se inserem.

Para esta segunda fase de uma nova e necessária dialéctica deste ensino, importa, contudo, envolver as organizações profissionais - sindicatos - dado as profissões não estarem ao abrigo de uma Ordem Profissional.

Esta segunda fase, ainda muito longe de qualquer estudo consistente ou consenso com o grande empregador Estado, deverá apontar para a constituição de novos perfis de formação de banda mais larga, bem como de, paralelamente, uma política de formação pós - graduada que permita que os diversos ciclos de formação constituam um todo coerente, reforçando assim o aprofundamento e ou transformação dos saberes.

Como ultima e determinante nota, não podemos deixar de referir que tais transformações, a acontecerem, não podem deixar de envolver três agentes indispensáveis: os responsáveis pelo ensino, os empregadores / reguladores e as associações sindicais e profissionais, sob pena de se constituírem incompatibilidades e conflitos que a titulação profissional não poderá resolver, quando estamos perante actividades reguladas.

VI. FINANCIAMENTO

Sendo hoje, pela realidade financeira e económica constituída em Portugal, um dos temas quentes e nucleares, importa referir que não devemos falar exclusivamente do financiamento, enquanto um fim em si.

No nosso ponto de vista, as políticas de financiamento devem incorporar prévios objectivos quanto ao custo do ensino superior, para o qual concorrem inúmeros factores, alguns dos quais extremamente negativos.

Como primeiros factores de análise deveriam ser considerados:

I. Que profissionais necessitamos e com que perfil de competências?

II. Que rede de escolas e clusters científicos devemos ter?

III. Que fontes alternativas ao financiamento clássico, obtidas, nomeadamente, através da prestação de serviços nas componentes práticas do ensino?

IV. Que política de contingentes de alunos deve ser assumida, atendendo a que os custos do ensino superior, enquanto público e privado, devem responder, no essencial, a respostas objectivas ao mercado de trabalho?

V. Que economia de meios deveria resultar da reestruturação da rede escolar, da concentração de meios, de uma estrutura docente mais qualificada face à natureza do ensino a produzir, etc., etc., etc.,?

VI. Que política de financiamento deveríamos falar, face à introdução de economias de escala no ensino superior que, sem duvida, libertariam meios financeiros para apoios sociais promotores de uma maior coesão social?

Em resumo, no nosso ponto de vista, antes de abordarmos as políticas de financiamento, deveríamos reflectir o modo como o fazemos, face à dispersão de meios que caracteriza o ensino superior, só por si indutores do aumento dos custos e sem a correspondente rentabilização social.

VII. EMPREGABILIDADE

Este é, provavelmente, o tema central, primeiro e ultimo, das políticas de ensino, quando apreciado em sede do ensino superior politécnico.

De facto, se antes referimos haver muito a fazer em sede do financiamento, não podemos ignorar que a empregabilidade mede a eficácia do sistema de ensino, pois, da sua falência decorrem custos financeiros, sociais e humanos que não podem ser ignorados.

Se utilizarmos como exemplo o ensino das ciências e tecnologias da saúde que, anualmente, lança mais de 3.500 novos licenciados num mercado de trabalho saturado na maioria das profissões, de imediato vemos de que eficácia falamos.

Aliás, de tal eficácia, mesmo que apreciada sobre a perspectiva da emigração dos jovens licenciados, não

pode deixar de resultar uma perplexidade: será legítimo, enquanto País de recursos escassos, efectuar todo um investimento que os países mais ricos, a custo zero, vão rentabilizar?

E, afirmamos esta interrogação porque não existindo estudos fiáveis sobre as necessidades do nosso País, medidos profissão a profissão, quais os contingentes de novos alunos que devem ser autorizados? Que peso na segurança social têm os jovens licenciados no desemprego? Que custos tem a desactualização de profissionais em áreas de elevada formação tecnológica quando estas áreas estão em permanente mudança?

Estas são algumas das questões que necessitam de resposta urgentes, pois, nas áreas das ciências e tecnologias da saúde, vulgo técnicos de diagnóstico e terapêutica, o desemprego já não é uma mera possibilidade, antes uma realidade constituída.

VIII. INVESTIGAÇÃO

Como decorre de toda a nossa apreciação, o maior ou menor alcance da investigação científica na área da saúde, terá sempre como pano de fundo a capacidade ou incapacidade de concentrar recursos em sede de clusters pedagógicos, científicos e tecnológicos, enquanto instrumento de aperfeiçoamento e transformação de saberes.

Ora, a realidade portuguesa, salvo raras excepções, não permite passarmos das intenções, e muito em particular nas áreas das ciências e tecnologias da saúde.

Claro que se falarmos em investigação aplicada o cenário não é tão limitado, pois, sempre se podem produzir estudos com aplicabilidade em diversos sectores da economia.

Contudo, porque ambos os domínios da investigação se devem complementar, dando objectividade aos respectivos investimentos, reafirmamos os princípios atrás expostos:

“Concentrar meios para gerar escala na investigação, organizada por clusters ajustados à economia das regiões em que se desenvolve”.

IX. PARCERIAS INTERNACIONAIS

Quando, hoje, falamos no fenómeno da globalização, as parcerias internacionais no ensino assumem um papel incontornável.

O melhor exemplo que nos ocorre é o próprio Processo de Bolonha, pese embora com amplitudes de aplicação distintas.

De facto, as parcerias internacionais do ensino superior, num momento em que se constitui a tendência para a normalização de diversos produtos, nomeadamente perfis

de formação e designações profissionais, fecharmo-nos em "casulos" com maior ou menor qualidade, é perdermos a dimensão de um desenvolvimento organizacional, cultural, científico e pedagógico que, a prazo, nos tornaria obsoletos.

Exemplos de parcerias e projectos de cooperação internacional tipo ERASMUS e LEONARDO DA VINCI, a que se agrupam diversas actividades e projectos associativos na Europa e no resto do Mundo, são bem o percurso que importa aperfeiçoar.

Aliás, para um País como Portugal, seja pela sua história, seja pela sua periferia geográfica, importa eleger as parcerias com uma prioridade estratégica das nossas políticas, muito em especial no campo da lusofonia.

Contudo, para que as intenções se transformem em objectivos de sucesso, também neste domínio temos de aperfeiçoar a nossa acção, assumindo a língua portuguesa uma importância incontornável.

Ao nível do ensino das ciências e tecnologias da saúde, na esteira das inúmeras actividades que este Sindicato desenvolve, especialmente na Europa, através de congéneres associativos, sindicais e academias de ensino, consideramos estar no bom caminho, facto, aliás, reconhecido internacionalmente. No entanto, afirmar que atingimos todos os objectivos seria enganarmo-nos, pois, muito há a fazer ao nível dos intercâmbios centrados nos docentes. Pensamos que essa deveria ser uma área a aperfeiçoar.

X. - NOTAS FINAIS

-Estamos conscientes que a proliferação de estabelecimentos do ensino superior na área da saúde, é o resultado de pretensas e benevolentes intenções de desenvolvimento regional, às quais o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior tentou dar resposta.

Contudo, tais benevolentes intenções não foram devidamente avaliadas na sua aplicabilidade, face ao parque tecnológico das regiões e aos meios que eram afectos ao ensino, determinando uma perda de qualidade do ensino ministrado. Ou seja: mais importante que formar muitos licenciados, é indispensável formar bons profissionais. Ora, isso, em diversos casos, é mais do que duvidoso.

Assim, no nosso ponto de vista, tendo falhado a necessária articulação entre os meios tecnológicos e científicos das escolas e das empresas, não queremos com isto afirmar que, pura e simplesmente, devemos encerrar cursos ou escolas. Nada disso.

Quanto a nós, se os estabelecimentos do ensino superior são uma forma de combater as assimetrias regionais, estes devem ter um ensino articulado com a vocação regional da economia constituída ou a constituir, pois, só dessa forma o

ensino se afirma como um valor acrescentado.

Para tal, mais do que levar alunos para as regiões menos favorecidas, cujo desenvolvimento que promovem é ao nível das residências e quartos alugados e de eventuais áreas de divertimento, deveríamos envolver os investidores promovendo clusters económicos nas regiões potenciadas por um ensino de excelência.

Almerindo Rego,
Presidente da Direcção Nacional do Sindicato das Ciências e
Tecnologias da Saúde.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 - 2016

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

RELATOR: Almerindo Rego
AGOSTO DE 2010

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

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 conceptual 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 comparticipação 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 emanação 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:

- 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.
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;
- g) O controlo orçamental da despesa através do cruzamento de dados relativos à prestação de serviços e cuidados de saúde, etc.

3. Combater a crescente promiscuidade entre serviços públicos e privados, determinada pela inexistência de políticas reguladoras e de controlo da concorrência dos sectores público e privado, geradores de:

- a) Excesso de oferta de serviços privados, com a consequente desnatação profissional do sector público;
- b) Acumulação de actividades, pondo em risco a qualidade dos cuidados de saúde, determinada pelas excessivas cargas de trabalho, bem como dos índices de empregabilidade, com especial expressão nas actividades de enfermagem e de diagnóstico e terapêutica;
- c) Delapidação da imagem dos serviços públicos;
- d) Indução de consumos excessivos em saúde, etc.

4. Afirmer os Cuidados de Saúde Primários enquanto eixo estruturante de todo o Serviço Nacional de Saúde, tendo em vista:

- a) Constituir Unidades de Saúde Familiar (USF) em todos os Centros de Saúde, enquanto instrumento indispensável à dinamização de todas as unidades dos Agrupamentos de Centros de Saúde;
- b) Dotar as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos

Assistenciais Partilhados (URAP) dos Agrupamentos de Centros de Saúde, dos meios organizacionais, técnicos e humanos indispensáveis às suas responsabilidades;

c) Promover a intercomunicabilidade das diversas unidades dos ACES, tendo em vista a obtenção de ganhos de produtividade, custos de funcionamento e compatibilização comunicacional e de acessibilidade dos utentes nos cuidados de saúde hospitalares;

d) Aperfeiçoar e agilizar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde através de meios informáticos, baseado num sistema de caracterização do perfil populacional / utente, de forma a definirem-se linhas de financiamento das diversas unidades dos cuidados de saúde primários, promovendo equitatividade na utilização dos meios e na correcção de assimetrias;

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

5. Afirmer 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.

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;
- 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.

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.

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

Contudo, destas, salvo raras exceções, 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.

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	97.094	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.

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 corporativa, 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.

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.
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.

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, 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.

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.

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;

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.

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, restam-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?

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;
- 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) 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?

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?

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 proble-

mas 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 extraíam 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:

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 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 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



Estamos em todas as frentes de **ACÇÃO SINDICAL**

- Ensino
- Ordem Profissional
- Exercício Qualificado
- Emprego Estável
- Carreiras
- Seguro Resp. Profissional
- Contratação Colectiva
- Informação
- Formação Permanente
- Cooperação Associativa
- Relações Internacionais
- Protocolos de Serviços

ESTE É O TEU SINDICATO

SINDICALIZA-TE

www.scts.pt