

Janeiro de 2024

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Transformar Crónica sobre a gestão da mudança



Transformar o SNS
Estados Gerais



FUNDAÇÃO
PARA A
SAÚDE

Índice

Introdução: Transformar I

Parte I: O Serviço Nacional de Saúde como contrato social e os discursos anti-SNS

- Contrato social da saúde
- Constrangimentos à realização do contrato social para a saúde
- Discursos anti-SNS e a Lei de Bases da Saúde
- Futuro do sistema de saúde e o SNS – mitos e realidades

Parte II: Gestão da mudança – atuar já, no enquadramento de um novo modelo de governação e governança para a saúde

- **10 factos** relevantes sobre as dificuldades em gerir a mudança
- O SNS como Instituto Público Especial e outras iniciativas recentes
- Atuar urgentemente para salvaguardar o SNS
- **10 princípios** fundamentais para a boa governação e governança na saúde

Síntese: Transformar II

Introdução: Transformar I

Disfunções que se acumulam desde há muito, não têm uma solução, mágica, imediata. É preciso compreendê-las. E depois, encontrar, acordar e persistir num **caminho**. E começar a fazê-lo **já!**

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui um componente central do nosso sistema de saúde e do nosso “contrato social” para a saúde. A extensão dos serviços que presta aos portugueses é insuspeitada por muitos. Principalmente para aqueles que pensam que dele ainda não necessitaram verdadeiramente.



O SNS com o propósito de responder às necessidade das pessoas , a qualquer hora, todos os dias, em todo o país.

Nos últimos anos o SNS aumentou significativamente a sua produção.

E, no entanto, a procura excedeu a oferta.

As dificuldades de acesso ao SNS, principalmente em certas áreas do país, são manifestas.

As pessoas queixam-se.

Os profissionais de saúde estão insatisfeitos.

A comunicação social acumula parangonas com os problemas do SNS.

Os governos porfiam.

É certo que é necessário continuar a acrescentar recursos – humanos, financeiros, técnicos e tecnológicos ao SNS – mas isso, sendo muito importante, não é suficiente.

É preciso acrescentar, transformando.

Criando as condições para que as pessoas tenham acesso oportuno ao SNS, para que os profissionais de saúde tenham as condições de trabalho de que necessitam, para que melhore a proteção e promoção de saúde dos portugueses.

Transformar para salvaguardar e desenvolver um SNS para o futuro.

Esta é a ideia-chave que tem presidido aos trabalhos da “Fundação para a Saúde – FSNS” nos últimos anos.

Em 2022, “Fundação para a Saúde” realizou um Encontro em Lisboa para apresentar e discutir “10 teses” para transformar o SNS, amplamente divulgadas na comunicação social. Em 2023 a Fundação lançou os “Estados Gerais – Transformar o SNS”, com o objetivo de aprofundar esta temática através de um conjunto de Encontros realizados no Porto, Évora, Coimbra, Setúbal e Viseu.

Estes encontros cumpriram bem essa missão.

Este trabalho nasce deste percurso. Mas é muito mais seletivo do que exaustivo.

Começa, numa Parte I, por recordar os fundamentos em que se baseou a constituição do SNS para a seguir rever alguns dos argumentos que informam os discursos efetivamente anti-SNS. Isso é importante para compreender melhor o debate sobre o sistema de saúde na sociedade portuguesa.

Finaliza com uma Parte II, em que se evidenciam as óbvias dificuldades experimentadas, principalmente nas últimas décadas, em gerir a mudança de forma a salvaguardar e desenvolver o Serviço Nacional de Saúde. Neste contexto argumenta-se da necessidade de (a) atuar urgentemente para evitar a rápida degradação do SNS e de (b) adotar um novo modelo de governação e governança para a saúde, resumido em 10 princípios fundamentais.

Para transformar são necessários conhecimentos, capacidade para atuar, mas também sentido cívico, fortes convicções sobre a defesa do interesse geral e coragem para enfrentar as inúmeras, muitas vezes poderosas e inclementes, fontes de resistência à mudança e à procura do maior bem-estar possível para todos.



Nages Mohammadi, iraniana extraordinária, Prémio Nobel da Paz, 2023.

Na sessão dos Estados Gerais que teve lugar em Setúbal (20 de Junho de 2023), Maria de Belém Roseira afirmou:

“A nível da saúde, há muito que se sabe o que é absolutamente indispensável fazer para se ter o SNS organizado para investir no bem saúde, que é um bem superior... Temos que nos organizar para servir uma população com reais debilidades: pobreza, formação, literacia, envelhecimento.

... Temos que trabalhar com os outros setores ... fizemos um grande investimento na saúde materno infantil. No entanto, como afirma Boris Cirulnick, uma criança que cresça num ambiente desfavorável, chega aos 3 anos com um vocabulário de 300 palavras. Se crescer num ambiente favorável, na mesma idade, o seu vocabulário andarà entre as 800 e as 1000 palavras e isso fará toda a diferença na sua vida em termos de aproveitamento escolar. Há, pois, que ter em conta as determinantes sociais no estado de saúde. Temos de mudar radicalmente a visão em que assentou a criação dos sistemas de proteção social no sentido de proteger contra os riscos sociais, para uma outra conceção de investimento no potencial que cada um de nós tem, o que nos obriga a trabalharmos todos juntos, sobretudo em face do nível de pobreza no país. Isto é complexo, mas é possível, porque a saúde é o setor com maior capacidade para colocar esta questão na agenda política... Vivemos num mundo de impossibilidades construídas por incapacidade de transformar o impossível em possível”.

Os processos de transformação não são simplesmente de natureza técnica. São sociais, económicos, tecnológicos, culturais e políticos.

A saúde e o sistema de saúde têm de ser compreendidos e geridos na sua extrema complexidade.

É isso que temos de aprender a começar a fazer.

Parte I

O Serviços Nacional de Saúde e o contrato social para a saúde

1.

Contrato social da saúde

A ideia e o termo “contrato social” estão especialmente associados à obra de Jean Jacques Rousseau (1712 – 1778), cidadão de Genebra, na sequência dos trabalhos dos filósofos ingleses Thomas Hobbes (1588-1679) e John Locke (1632-1704). Em o “O Contrato Social” (*Du Contract Social; ou Principes de Droit Politique*), publicado em 1762, Rousseau conclui que os que governam só podem ser legitimados pelos governados – são estes que elaboram as regras do jogo, pelas quais são governados. É o contrato social da democracia. Quando foi publicado, reinava em França Luís XIV, que falhou na sua tentativa fazer a nobreza e o clero pagar impostos.

Hobbes, Locke e Rousseau, pensaram o contrato social em termos dos fundamentos do exercício do poder político.

E o filósofo francês não deixou de nos avisar:

“**A democracia é a forma de governação** que mais forte e continuamente tende a reformular-se e que **necessita maior vigilância e coragem para ser mantida** ... se houvesse um povo de deuses eles escolheriam certamente os modos da democracia ... a sua perfeição está dificilmente ao alcance dos humanos.”

No século seguinte, o século XIX, a revolução industrial suscita, para além da democracia, a necessidade de um Estado Social. No que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, este pode resumir-se pela seguinte fórmula: cada um deve contribuir financeiramente de acordo com os seus rendimentos, enquanto pode, para receber, cuidados de saúde, de acordo com as suas necessidades, quando precisa. Após a Segunda Grande Guerra (1939-1945), nalguns países, este processo contributivo para o financiamento dos serviços de saúde evoluiu para um outro, abrangendo todas as fontes de rendimento do Estado, através do Orçamento Geral do Estado. Ao mesmo tempo a prestação dos cuidados passava a ser da responsabilidade, essencialmente, de um Serviço Nacional de Saúde. Em Portugal, este contrato social está plasmado na Constituição da República Portuguesa (1976) – Artigo 64º: “... O direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde ...”.

2.

Constrangimentos à realização do contrato social da saúde

O contrato social da universalidade do acesso aos cuidados de saúde fez parte de um novo patamar civilizacional para sociedades humanas. Mas, ao mesmo tempo, tal como a democracia, constituiu uma promessa cujo cumprimento enfrenta, continuamente, inúmeros constrangimentos e dificuldades. Estas, são de múltiplas origens que é necessário ir continuamente superando.

Diferentes tipos de situações adversas nos sistemas de saúde – implicações para uma resiliência efetiva.

A realização dos grandes projetos sociais enfrenta sempre um número considerável de dificuldades reais. Tendo em conta as suas causas, previsibilidade e duração, as situações adversas que afetam o sistema de saúde podem ser classificadas em cinco grupos distintos:

- **Crises súbitas (choques) de curta duração:** Como ciberataques, diferentes tipos de desastres e catástrofes, epidemias.

- **Fenómenos adversos recorrentes de curta duração:** como alterações sazonais adversas – ondas de frio e de calor.

- **Emergências sanitárias prolongadas:** Como é o caso das pandemias;

- **Crises do sistema de saúde atribuíveis a determinantes externos:** Como insegurança, crises financeiras, empobrecimento, alterações demográficas ou climáticas, elevada sinistralidade, novas ofertas tecnológicas, administrações públicas que deixaram de evoluir nos seus modelos de gestão;

- **Crises do sistema de saúde atribuíveis a determinantes internos:** Como restrições financeiras, dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, dificuldades em atrair e reter profissionais de saúde nos serviços públicos, disfunções na organização e gestão dos serviços de saúde.

Nas situações habituais de “polícrises”, combinam-se fatores adversos de natureza aguda com outros de natureza crónica. As três primeiras das situações acima enumeradas pedem uma preparação contingencial adequada e competências necessárias para gerir rapidamente novas circunstâncias. **As duas últimas, requerem não só a “absorção” e a “adaptação” às consequências dos “choques” sofridos, mas também exigentes “competências transformativas”.**

Adaptado de Witter S, et al. Viewpoint – Health systems resilience: a critical review and reconceptualization; 2023.

Estas observações servem também para chamar a atenção para a extrema importância do “contexto” na resposta aos desafios que os sistemas de saúde enfrentam na atualidade.

3.

Discursos “anti-SNS” e a Lei de Bases da Saúde

(1) Discursos “anti-SNS”

Uma das mais relevantes dificuldades em gerir a realização do contato social, politicamente assumido, tem a ver com a prevalências de posições “anti-SNS” e com a eficácia da sua difusão social. No quadro seguinte exemplificam-se e comentam-se, brevemente, esse tipo de discursos.

Versão não-informada:

Não é justo que o SNS seja gratuito para todos, os que podem pagar e os que não podem.

O SNS não é gratuito (“dislexia constitucional”). É pré-pago através dos impostos – paga-se em função dos rendimentos, enquanto se pode, e recebe-se em função das necessidades, quando se precisa.

Versão minimalista:

“Não havendo dinheiro que chegue (para todos), o Estado só se deve preocupar com a assistência aos mais desfavorecidos.”

Visão “assistencialista”.

Regresso a soluções pré-contratualistas, com serviços de saúde funcionando definitivamente agora em **dois patamares distintos** – um para quem pode pagar e outro para quem não pode. A solução “um país, dois sistemas” não parece socialmente tolerável.

Versão radical:

“Os serviços públicos não são competentes para prestar cuidados de saúde de qualidade, eficientemente – isso deve ser reservado ao sector privado, ficando o papel do Estado limitado à formulação de políticas e à regulação do sistema”.

Estado “fantástico”, incompetente, inerentemente não-inteligente e não-empresendedor, para organizar serviços públicos de qualidade, mas capaz de regular o mais complexo dos mercados, numa cultura manifestamente tolerante para quem “não cumpre regras” (claras limitações na autorregulação).

Versão concorrencial:

“Os serviços públicos e os serviços privados devem concorrer entre si para o financiamento público, em igualdade de circunstâncias.”

Os serviços públicos ou têm uma função social insubstituível na defesa do interesse público (como reconhece a constituição portuguesa em relação ao SNS) ou não têm razão para existir.

– não faz sentido fazer a existência dos serviços públicos depender da sua eventual sobrevivência de “mercado” financiado pelo Estado.

Versão “jogar com as siglas”:

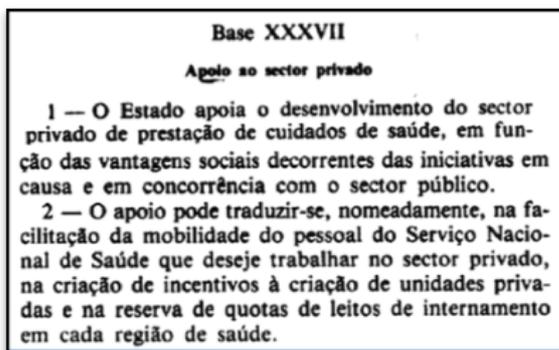
O que verdadeiramente se pretende é a criação de um Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Corresponde a utilizar a mesma sigla para duas realidades completamente distintas. Há, de facto, um sistema de saúde português, centrado numa instituição denominada Serviço Nacional de Saúde – não existe nenhuma instituição denominada “Sistema Nacional de Saúde”.

(2) Lei de Bases da Saúde

Coreolano Ferreira, pessoa influente no desenvolvimento do sistema de saúde português, notável Diretor e Professor da Escola Nacional de Saúde Pública e governante, como Secretário de Estado da Segurança Social, advogava, frequentemente, no decurso dos anos 80, a necessidade de o país ter uma Lei de Bases da Saúde. Muito logicamente, argumentava que a Lei do Serviço Nacional de Saúde de António Arnaut (1979) dizia respeito a uma parte, importante, mas não exclusiva, do sistema de saúde português. Uma Lei de Bases da Saúde identificaria todas as componentes do sistema de saúde – pública, social e privada com fins lucrativos – e estabeleceria os princípios gerais sobre a forma como essas componentes iriam, efetivamente, articular-se.

Contudo, a primeira Lei de Bases da Saúde, de 1990, não seguiu precisamente esta lógica salutar. Substituiu o princípio da “complementaridade” entre os setores atrás referidos, pelo da “concorrência” entre eles. E foi muito para além dos “princípios gerais”, que devem informar uma Lei de Bases, para detalhar prescrições concretas sobre a articulação entre aqueles setores. São exemplo disso, a concessão ao setor privado da gestão e exploração de unidades hospitalares do SNS (sob o nome de “parcerias público-privado” - PPPs) – conceder aos “concorrentes” do SNS a gestão dos seus hospitais – e, ao mesmo tempo, proceder à concessão de quotas regionais para a hospitalização privada, no conjunto do sistema hospitalar do país.



Lei de Bases da Saúde de 1990 – Base XXXVII. O Estado apoia, não a complementaridade, mas a concorrência ao SNS!

Independentemente do acordo ou desacordo com a natureza dessas prescrições, elas não faziam sentido numa Lei de Bases. E, naturalmente, esse facto era mais vivamente sentido por um amplo setor da sociedade portuguesa, que considerava as soluções prescritas, como contrárias ao desenvolvimento do SNS, elemento essencial do nosso contrato social para a saúde.

Uma comissão para a revisão de Lei de Bases de 1990, nomeada por Maria de Belém Roseira e coordenada por Sérvulo Correia, ultimou em 1999 uma proposta para uma nova Lei de Bases da Saúde. No entanto, dada a proximidade das eleições legislativas, não chegou a ser discutida em Conselho de Ministros. Foi posteriormente publicada numa separata (nº 27) da revista “Legislação – cadernos de ciência da legislação” do INA, 2000.

Assim sendo, apesar das anomalias acima referidas, só 28 anos depois da adoção da primeira Lei de Bases, teve lugar uma iniciativa viável no sentido de as corrigir.

Esta, não partiu nem dos partidos políticos com assento parlamentar, nem do governo.

Foi da responsabilidade de António Arnaut e João Semedo, que apresentaram, em Janeiro de 2018, a proposta “Salvar o SNS – uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia”.

A nova Lei de Bases da Saúde, aprovada em 2019, enuncia princípios gerais que devem informar o desenvolvimento do sistema de saúde português. Evita prescrever fórmulas particulares, detalhadas, para efetivar aqueles princípios. Nalguns pontos pode ser substancialmente melhorada.

4.

O futuro do sistema de saúde e o SNS – mitos e realidades

O SNS é um património moral irrenunciável da nossa democracia porque é indispensável à cidadania, à dignidade individual e à justiça coletiva.

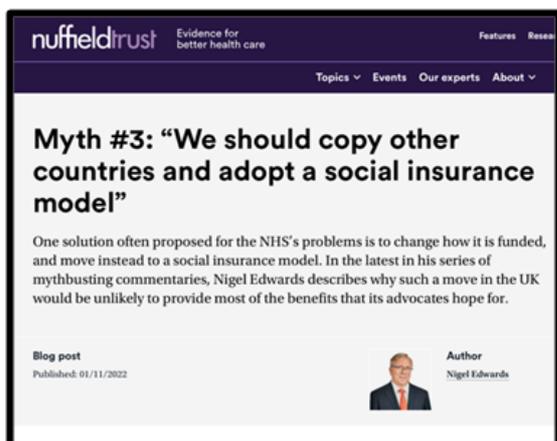
António Arnaut

O SNS (NHS) não é mais que uma extensão da nossa cidadania, que exprime a nossa genuína preocupação de uns pelos outros.

Julian Tudor Hart

A configuração dos sistemas de saúde está intrinsecamente associada à evolução cultural, política, socioeconómica e institucional da sociedade onde se integram. Da forma como se processou o seu crescimento económico, se configuraram as suas instituições, se desenvolveram as suas competências reguladoras, o seu capital social e as suas capacidades de autorregulação. Não são artefactos que, simplesmente, se importam ou exportam. Ou que se reinventam caprichosamente. No entanto, face às evidentes dificuldades, universalmente sentidas, para superar as múltiplas adversidades com que o desenvolvimento do sistema de saúde se depara, há, frequentemente, terreno fértil para supor que essas dificuldades podem ser simplesmente superadas, alterando radicalmente os modelos vigentes de financiamento e prestação de cuidados de saúde, “importando” o que está em uso noutros países.

Foi recentemente publicado um extenso trabalho pelo *King’s Fund* inglês – *Anandaciva, S. How does the NHS compare to the health care systems of other countries?* (2023) – que depois de uma extensa revisão bibliográfica sobre a matéria, procedeu à comparação do desempenho do sistema de saúde britânico com 18 outros países que têm sistemas similares e diferentes dos do Reino Unido: Austrália, Áustria, Bélgica, Canada, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Japão, Países Baixos, Nova Zelândia, Portugal, Espanha, Suécia e os Estados Unidos. Após algumas considerações sobre o desempenho comparativo do sistema britânico, com os seus pontos forte e fracos, termina concluindo o seguinte: **“Há pouca evidência de que um “tipo” particular de sistema de saúde ou modelo de financiamento produz sistematicamente melhores resultados do que outros. Os países procuram predominantemente conseguir melhores resultados, melhorando o modelo de cuidados de saúde já existente, em vez de adotar um modelo radicalmente diferente”.**



Nigel Edwards do Nuffield Trust, Inglaterra, sobre mitos correntes relativamente ao “National Health Service”.

Na sessão de Setúbal dos Estados Gerais (30 de Junho, 2023), Pedro Pita Barros abordou detalhadamente essa questão, concluindo da seguinte forma:

“Retomando o tema central de duas ideias de teste de stress ao sistema de saúde, o sumário breve é simples. O SNS como mecanismo de proteção financeira dificilmente será substituído ou transformado de forma significativa. O SNS responde mais diretamente a valores essenciais para um sistema de saúde, e por outro lado, no espaço disponível, não houve crescimento relevante de alternativas. O SNS como mecanismo de proteção tem suporte nas preferências da sociedade e tem apoio político maioritário.

O SNS como conjunto de unidades de prestação de cuidados de saúde pode ser substituído se não tiver transformação significativa. O espaço de prestação de serviços que o SNS não ocupa, havendo necessidade desses cuidados de saúde, é espaço preenchido por prestadores privados de cuidados de saúde. Por outro lado, a concorrência dos prestadores de cuidados de saúde pelos profissionais de saúde está presente no sistema de saúde português. Essa concorrência obriga o SNS a mudanças ou a reduzir-se. A procura de soluções para recrutar e manter profissionais de saúde precisa de simultaneamente ter flexibilidade no desenho das ofertas contratuais, pensadas de forma abrangente para o ciclo de vida profissional, e de ter cultura de gestão da mudança na criação e aplicação dessas mudanças.

Os desafios que se colocam ao SNS e ao seu papel central no sistema de saúde requerem que se reconheça a importância de ultrapassar obstáculos e alcançar objetivos, a importância de preparar em vez de reagir, a importância de compromisso e determinação com as políticas que sejam definidas e a importância da cultura das organizações e o seu papel nas transformações pretendidas”.

O texto completo de Pedro Pita Barros está acessível em <https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:81bc409c-5432-4342-982e-df09c6b0404f>

Parte II

Gestão da mudança – atuar já, no enquadramento de um novo modelo de governação e governança para a saúde

Como já foi acentuado anteriormente, cumprir a promessa generosa do “contrato social para a saúde” – um Serviço Nacional de Saúde que responda às necessidades em cuidados de saúde e ao mesmo tempo uma política de saúde que proteja e promova a saúde da população portuguesa - está eivado de inúmeras dificuldades, que se vão manifestando continuamente.

António Correia de Campos, na sua apresentação na sessão dos Estados Gerais em Viseu (Outubro de 2023), intitulada “Saúde e SNS, no fim de três crises” afirma:

“Os sistemas complexos e muito pesados, como são os da saúde, não se reformam radicalmente, mesmo após uma enorme crise como foi a recente pandemia. A saída da grande crise financeira e económica de 2008-2013 não foi aproveitada. A presença da Troika tornou tudo mais complexo, difícil e inequitativo. Pouco corrigimos no pós-crise de 2014-2019, onde a prioridade foi a reposição da situação ex-ante, comprimida entre pesadas limitações da dívida e do défice.... O dramatismo mediático conduz a negociações e decisões sob pressão, agravando a ausência de planeamento, apenas acalmando a conjuntura social e mediática até à próxima crise. O SNS arrisca-se a perder o controlo sobre o seu presente, quanto mais sobre o futuro”.

O texto completo da apresentação de António Correia de Campos está disponível em
<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:eu:e87a7c01-5349-4575-a837-9643e903330a>

Os factos comprovam as dificuldades que têm vindo a ser experimentadas na gestão da mudança.

Para lhes fazer face é essencial ir evoluindo nos modelos de governação e governança que o país adota, sem esquecer a necessidade de adotar medidas indispensáveis, a curto prazo, para salvaguardar o SNS.

1.

10 factos relevantes sobre as dificuldades em gerir a mudança

(1) SNS e a “ideia do centro de saúde”

Há mais de 4 décadas Portugal deu os passos decisivos para a criação de um SNS.

O que de mais positivamente original teve a génese do SNS português, foi o caráter precursor da **centralidade da ideia do “centro de saúde”**. E, no entanto, apesar de vários impulsos transformadores, na direção certa, entretanto ocorridos, mais de quatro décadas passadas alguma coisa se perdeu dessa originalidade desejável. A coordenação das competências de proximidade para a proteção e promoção objetivável da saúde da comunidade, a vocação para a integração dos cuidados e os instrumentos necessários para o efeito, encontram-se visivelmente empobrecidos nos centros de saúde da atualidade. A constituição infeliz de “agrupamentos de centros de saúde”, abrangendo uma grande diversidade de comunidades, populações numerosas ou grandes extensões geográficas, sem os ajustamentos necessários às suas direções (executivas, clínicas e de saúde) tem sido um dos principais determinantes desse empobrecimento.

Para além de carências profissionais evidentes.

(2) Reorganização do SNS

Há 25 anos, foi adotada e iniciada a implementação de uma Estratégia de Saúde para o país (Saúde, um compromisso – uma Estratégia de Saúde para o virar do século) que, entre muitas outras coisas, incluía uma reforma dos cuidados de saúde primários e dos hospitais do SNS baseada em “unidades funcionais” autónomas, contratualizadas e remuneradas pelo seu desempenho, tecnologicamente atualizadas, facilmente acessíveis às pessoas, proporcionado um ambiente atraente ao trabalho profissional. Tomaram-se então as primeiras medidas nesse sentido, seguidas poucos anos mais tarde por uma reforma à escala nacional, dos cuidados de saúde primários e de alguns aspetos da gestão hospitalar.

Reformas essenciais, ainda muito longe da sua realização plena.

(3) Garantias de acesso aos cuidados de saúde:

Lei n.º 41/2007

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde

.....

2 — A Carta dos Direitos de Acesso define:

a) **Os tempos máximos de resposta garantidos;**

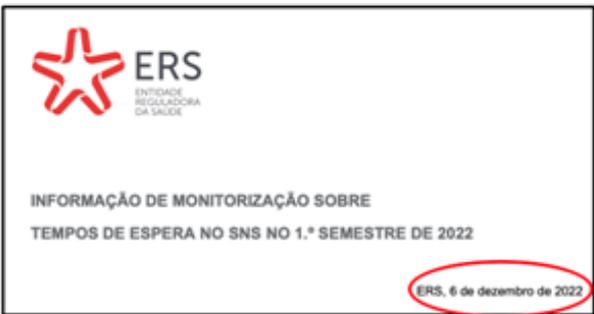
b) **O direito dos utentes à informação sobre esses tempos.**

3 — A Carta dos Direitos de Acesso é **publicada anualmente** em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos.

4 — A Carta dos Direitos de Acesso é **divulgada** no portal da saúde e obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde ...

Lei sobre as garantias de acesso aos cuidados de saúde no SNS. Por cumprir.

Há 16 anos, o Parlamento português aprovou uma importante legislação sobre o acesso ao SNS – uma “lei de garantias”: todos os anos o governo publicaria “tempos máximos de espera garantidos” para consultas, meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas, intensamente publicitados para ajudar ao seu cumprimento. Esperavam-se assim, conseguir, progressivamente, melhorias, de um ano para o seguinte. E pensava-se também que este procedimento resultasse numa espécie de “sistema de alerta” sobre as disfunções que dificultassem o cumprimento das garantias dadas, como, por exemplo, a disponibilidades dos profissionais necessários. Nada disso aconteceu – as “garantias” têm sido grosseiramente incumpridas desde então. Perante a passividade do Parlamento que aprovou a Lei e que tem como dever monitorizar o seu cumprimento.



... A monitorização **não inclui** a análise dos tempos de espera para exames e outros **meios complementares de diagnóstico** “por dificuldades relacionadas com os sistemas de informação utilizados pela maioria dos hospitais do SNS”

(15 anos depois da adoção Carta de Direitos de Acesso)

Os principais instrumentos para a monitorização e gestão da “Lei de Garantias”, nunca foram devidamente desenvolvidos.

As garantias não são metas de gestão. São o que o nome indica – **garantias**.

(4) Sistema de informação:

Há 14 anos, foi criado o primeiro grupo de trabalho para a criação de um Registo de Saúde Eletrónico para os dados de saúde de cada pessoa, facilmente partilháveis com os seus cuidadores. Previam-se que estaria em completo funcionamento em 2015. Ainda está por acontecer. Mais tarde, já na segunda metade da última década, voltou-se à ideia, agora atualizada pela adoção de um “Plano Individual de Saúde”, de importância crítica principalmente para as pessoas com morbilidade múltipla. O projeto foi descontinuado, já na parte final do período experimental.

Sistemas de informação centrados nas pessoas

2009 – Grupo de trabalho para o Registo de Saúde Eletrónico (SER)

Meta 1: 2012 - RSE resumido

Meta 2: 2015 - RSE completo e integrado no contexto da união europeia

2011 – Comissão Nacional do RSE

Projeto interrompido antes de atingir qualquer das metas

2016-18 – Plano individual de saúde (PIC) num registo de saúde eletrónico

Projeto interrompido numa fase avançada do período experimental

Incapacidade de implementar sistemas de informação, centrados nas pessoas, indispensáveis para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

(5) Crise financeira:

Há 12 anos, o “Programa de Ajustamento Económico e Financeiro 2011-2014” resultou em empobrecimento, desemprego e grandes constrangimentos para o SNS e seus profissionais. Seria obrigatório fazer uma avaliação do seu impacto (*health impact assessment*) sobre o sistema de saúde de forma a assumir atempadamente as medidas corretivas e preventivas necessárias. E aprender com isso. Nada disso aconteceu.

(6) Profissionais no SNS:

Já antes dessa crise financeira (e mais ainda durante e depois dela) já era visível o abandono crescente do SNS por parte dos profissionais de saúde – as causas eram evidentes. E, no entanto, em parte alguma parece ter soado o alarme: não se acenderam luzes vermelhas ou tocaram os sinos a rebato, para atalhar de imediato uma ameaça vital óbvia. Porquê?

Têm feito uma sangria no Serviço Nacional de Saúde

Há 7 anos, já era muito evidente. Diário de Notícias, 2016

(7) “Inscrição” do conhecimento:

Há 9 anos, a Fundação Calouste Gulbenkian publicou um estudo, detalhado e amplamente participado, sobre “Um Futuro para a Saúde” – todos temos um papel a desempenhar”. Entre muitos outros aspetos, chama a atenção para a imperiosa necessidade de uma gestão da mudança para o sistema de saúde português e para a importância em financiar convenientemente a transição necessária. Este estudo foi apresentado a todos os partidos políticos na Assembleia da República. Ficou esquecido. Não existe um mecanismo que faça a “inscrição do conhecimento” na governação da saúde.



Estudo promovido pela Fundação Gulbenkian (2014) sobre o futuro da saúde. Esquecido.

(8) Reforma dos cuidados de saúde primários:

Há 4 anos, a “Comissão Nacional para Reforma do SNS – Área dos Cuidados Primários” do Ministério da Saúde, constituída por profissionais profundamente conhecedores do sistema de saúde português, no seu relatório final (Novembro de 2019), concluiu: ... “é essencial a criação de uma direção estratégica e executiva (para o SNS)”. E acrescentaram que o seu mandato deve ter como quadro de referência as dimensões da boa governação, nomeadamente, a transparência, a prestação de contas, a participação, a integridade, e as competências necessária para o exercício das suas funções.

E finalizam esta proposta de mudança no modelo de governação com a seguinte observação: **“Loucura, é fazermos as coisas da mesma maneira e esperar resultados diferentes (Autor desconhecido)”**.



Uma reforma por completar e atualizar.

(9) O novo Estatuto do SNS:

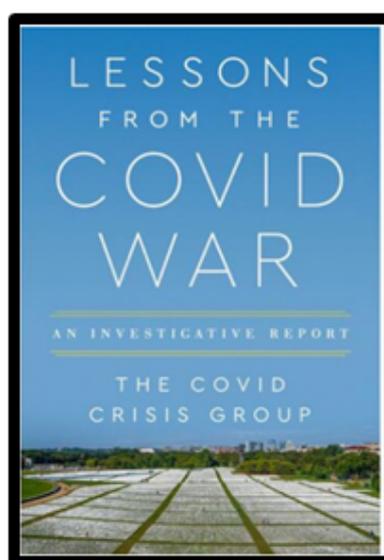
Em Setembro de 2019 foi aprovada pelo Parlamento uma nova Lei de Bases da Saúde. Dadas as sérias preocupações com a evolução do SNS, faria todo o sentido que um novo Estatuto do SNS fosse produzido simultaneamente (mais rigorosamente, um novo Estatuto, para dar um novo impulso ao desenvolvimento do SNS, poderia ser elaborado e implementado antes/sem uma nova Lei de Bases). De qualquer forma, só cerca de 3 anos depois da aprovação da nova Lei de Bases, um novo Estatuto do SNS foi adotado, com aspetos positivos relevantes e algumas imperfeições. Foi preciso mais do que um ano para que a legislação referente ao novo Instituto fosse finalmente adotada. Estas são disfunções “crónicas”, imputáveis a mais do que a um Ministério, mais ao modelo de governação, do que a um governante em particular.

(10) Crise pandémica:

Entre 2020 e 2022 o país e o mundo foram atingidos por uma pandemia com efeitos dramáticos. Relativamente à gestão desta pandemia, a condução e o consenso político, no essencial, e a atuação da Saúde Pública e do SNS, constituíram fatores favoráveis à sua evolução em Portugal. No entanto, ao contrário de outros países, não fizemos ainda uma avaliação independente da gestão da COVID19, recolhendo relevantes ensinamentos para o futuro, a partir desta experiência marcante. Não há que “virar a página” sem avaliar e aprender primeiro.



Uma das primeiras avaliações independentes da gestão da pandemia, por iniciativa do Parlamento dinamarquês, publicada em Janeiro de 2022.



Uma das avaliações mais recentes. Segundo os autores deste relatório independente (2023) sobre a gestão da pandemia recente nos Estados Unidos, financiado por um conjunto de fundações norte-americanas, aquela gestão poderia caracterizar-se como uma “Reflection Deficit Disorder”.

2.

O SNS como Instituto Público Especial e outras iniciativas recentes

Durante ao últimos anos observou-se um notório incremento no orçamento da saúde do país, procurando responder à crónica suborçamentação de que o setor há muito padece, agravada pela gestão da crise financeira de há pouco mais de uma década e dificultada pela recente crise pandémica.

Principalmente no decurso do último ano, é possível identificar um importante impulso reformador relativo ao SNS.

A atualidade é marcada pela transformação do SNS em Instituto Público Especial e pela nomeação de uma Direção Executiva (DE) para o gerir.

Foi uma decisão acertada. Há muito necessária para o desenvolvimento do SNS.

No entanto, é importante notar que a nova DE do SNS, constitui-se já relativamente próximo do “fim-de-ciclo” político e após uma pandemia com múltiplos efeitos sobre o sistema de saúde e o SNS. E também num período em que as disfunções que se têm vindo a acumular no SNS, há décadas, atingiram um ponto crítico, que torna difícil conseguir a curto prazo progressos significativos, com efeitos visíveis. Finalmente, foi o anúncio recente da “queda do governo” e da convocação de novas eleições para março de 2024 que deixou as novas estruturas do SNS a trabalhar com um governo em gestão corrente durante vários meses.

Todos estes fatores também afetaram o contexto e as condições em que tiveram lugar iniciativas legislativas relevantes, como as que dizem respeito às USF modelo B, aos centros de responsabilidade integrados (CRIs) nos hospitais e ao regime de dedicação plena no SNS.

O mesmo se pode dizer, também, relativamente às negociações com os representantes das profissões de saúde, assim como a anunciada reforma organizacional do SNS, baseada em Unidades Locais de Saúde.

Estas iniciativas podem ser revisitadas e reajustadas, nalguns aspetos mais críticos, em contexto mais estável e com um horizonte temporal mais propício. Quando se poderá também dar continuidade a outras medidas significativas, em curso, como a abertura de concursos para a progressão nas carreiras profissionais, o reapetrechamento tecnológico do SNS e os primeiros passos para fazer do SNS um “centro do conhecimento”.

No entanto, é muito importante que esses ajustamentos e melhorias tenham também em conta, por um lado, a urgência em salvaguardar a própria existência do SNS, e por outro a necessidade essencial de um novo modelo de governação e governança para a saúde, que permita que essas “promessas” se venham de facto a efetivar.

3.

Atuar urgentemente para salvaguardar o SNS

A transformação do SNS requer tempo e competências complexas para realizar as mudanças necessárias. Porém, é necessário responder já aos problemas que afetam a população e os profissionais, atuando com urgência em alguns pontos críticos.

(1) Acesso - garantir a todas as pessoas acesso a cuidados de saúde primários de qualidade

São necessárias respostas imediatas para as pessoas sem médico e enfermeiro de família atribuído. Devem ser asseguradas por equipas multiprofissionais, enquadradas e coordenadas por profissionais seniores qualificados – médicos e enfermeiros especialistas. Convirá envolver profissionais aposentados que aceitem essa missão por 1 a 3 anos ou profissionais ao serviço que aceitem este desafio como missão adicional ao seu compromisso assistencial de base.

(2) Profissionais - ganhar a confiança, a esperança e a adesão dos profissionais

Serão desejáveis negociações imediatas para um plano concertado de desenvolvimento das carreiras profissionais no SNS, com princípios comuns: carreira profissional como suporte e alavanca da formação e desenvolvimento profissional contínuos ao longo da vida profissional; evolução na carreira associada ao desenvolvimento de competências e aos contributos do profissional para o SNS; revalorização salarial justa de modo a ser também fator favorável para reter e atrair profissionais.

(3) Centros de Saúde - reforçar as capacidades preventiva e resolutiva dos centros de saúde

A constituição de agrupamentos de centros de saúde, sem autonomia de gestão, trouxe mais problemas do que benefícios ao desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Os centros de saúde podem e devem passar a ser entidades de agregação próxima de competências e de recursos, incluindo cuidados que antes estavam noutros serviços, hospitalares e outros. Devem ser, ainda, parceiros decisivos da integração saúde-social, nas comunidades locais.

A reorganização dos centros de saúde em unidades com autonomia técnica e organizativa exige coordenação funcional, atualmente inexistente.

(4) Unidades Locais de Saúde (ULS) - monitorizar com transparência e rigor a sua evolução

À documentação sobre os fundamentos, a utilidade, às vantagens, aos objetivos e processos de desenvolvimento da reforma organizacional do SNS – necessária para assegurar a melhor cooperação de todos na sua efetivação – haveria de acrescentar a medição e publicitação regular dos progressos e resultados conseguidos, face às expectativas explicitadas. Para isso é útil dispor de um quadro de indicadores selecionados “tableau de bord”, que traduzam benefícios relevantes e perceptíveis pelos utentes, pelos profissionais e pela sociedade.

(5) Dirigentes - desenvolvimento de competências e avaliação regular

A reorganização do SNS em unidades locais de saúde (ULS) acarreta desafios de administração e de orientação das ULS para a saúde da população, e para a prioridade de desenvolver redes de proximidade. Será necessário contrariar a tendência de centralização nos hospitais, com fragilização dos centros de saúde e das suas unidades. Por isso, o sucesso desta reorganização requer a formação continuada e a avaliação regular dos dirigentes do SNS, a todos os níveis.

4.

10 princípios para um novo modelo de governação e governança para a saúde

É necessário reconhecer as razões dessa dificuldade em gerir a mudança no SNS. Parece que sabemos aquilo que é preciso fazer, mas não conseguimos fazê-lo. Custa-nos gerir as mudanças necessárias.

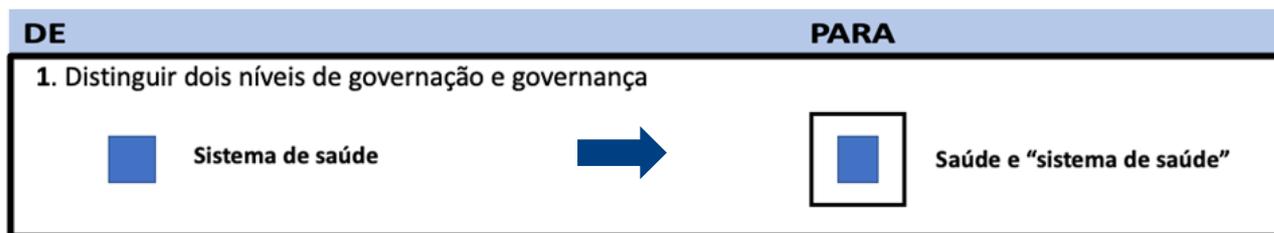
No sistema político, os partidos preparam-se para ganhar eleições, mas não se preparam, o suficiente, para governar.

Isso não aparenta ser um problema de uma formação política ou de um governante em particular.

Existem programas eleitorais e de governo, sobre o que é necessário fazer, mas não é possível fazê-lo, na sociedade contemporânea, com modelos e instrumentos de governação de há 40 anos.

Faltam-nos um modelo e os instrumentos de governação e governança de que necessitamos para responder aos desafios do nosso tempo.

O essencial de um novo modelo de governação e governança para a saúde, agora indispensável e urgente, pode resumir-se em 10 princípios fundamentais.



É importante distinguir a governação para a saúde do sistema prestador de cuidados de saúde: a primeira tem a ver com a prosperidade e o bem-estar de todos (metas a médio e longo prazo), implica os setores sociais e económicos e é da responsabilidade do conjunto do governo (que se tem de organizar para o efeito) – a aprovação do Plano Nacional de Saúde 2030, em sede de Conselho de Ministros (Agosto de 2023) com a determinação de que “*as entidades envolvidas na monitorização e execução do PNS 2030 devem colaborar entre si no sentido de desenvolver as ações necessárias à sua prossecução*”, é um passo importante na direção certa. A segunda, refere-se aos serviços de saúde e ao acesso a cuidados de saúde de qualidade, dos quais se ocupa predominantemente o Ministério da Saúde. O que não quer dizer que este não tenha de ter, também, uma contribuição fundamental na promoção e proteção da saúde.

A ação e coordenação efetiva destes dois níveis não é uma questão trivial.

Neste contexto, duas questões merecem aqui especial destaque.

A primeira tem a ver a necessidade de uma economia que “faça bem a todos”.



Uma nova economia para o bem-estar (*Health for All – transforming economies to deliver what matters: final report of the WHO Council on the Economics of Health for All, 2023*).

A saúde é um direito humano fundamental e o bem-estar das pessoas deve ser encarado como o fim último da atividade económica, exigindo investimento e inovação. Os governos devem passar a pensar e agir em termos de valor e não de volume, reorientando a economia e investindo nos profissionais da saúde e no sistema de saúde. Devemos valorar e medir o que permite o desenvolvimento das pessoas e do planeta, em vez de apenas tentar maximizar o PIB, independentemente das consequências. O PIB fornece uma perspetiva curta e distorcida, uma vez que exclui muitas atividades vitais para as pessoas.

A segunda questão refere-se aos desafios ambientais e à luta contra as alterações climáticas.

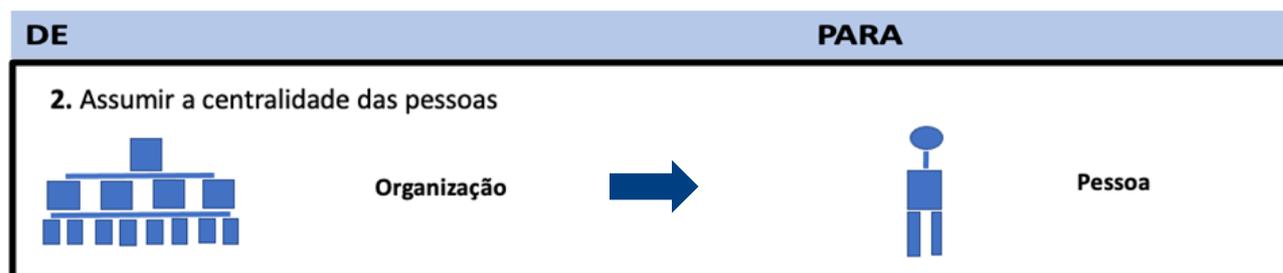
“Numa mobilização sem precedentes, na COP28 (Dubai, 2023) a OMS e mais de 40 milhões de profissionais de saúde, requerem dos governos a realização dos compromissos já assumidos no Acordo de Paris, acelerando o abandono dos combustíveis fósseis e elevando a sua ambição para um futuro para a humanidade, mais saudável, justo e verde. Sistemas de saúde fortes e resilientes são indispensáveis para proteger as populações dos impactos negativos das alterações climáticas na sua saúde. A construir sistemas de saúde resilientes às alterações climáticas e com uma baixa pegada carbónica deve ser uma prioridade...” (OMS, Dezembro, 2023)

A COP28 abriu o diálogo com as indústrias fósseis – e elas vieram em massa.

Há mais de 2450 representantes de empresas de petróleo e gás e grupos de interesse desta indústria na COP28, no Dubai – quase quatro vezes mais do que se estima terem estado na última COP, no Egito (Público, Dezembro 2023).

A COP28 terminou, talvez inesperadamente, com decisão de iniciar o processo de acabar com a utilização de combustíveis fósseis no planeta. Não foi, no entanto, estabelecido ainda um calendário preciso para o efeito.

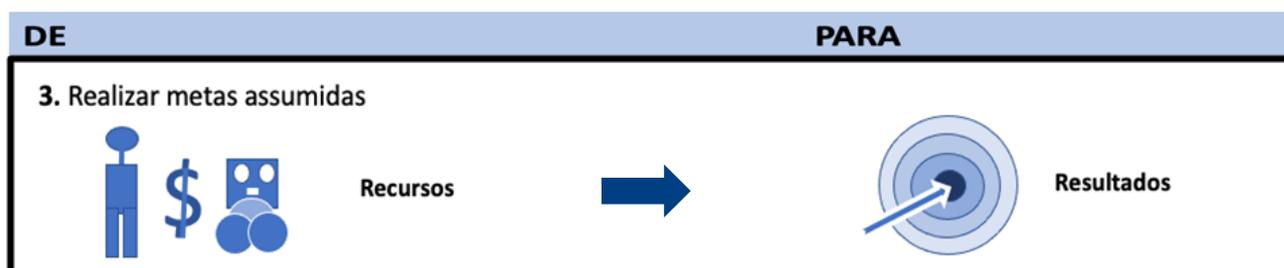
Em Portugal foi criado, em 2022, o Conselho Português para a Saúde e Ambiente (CPSA).



A noção da centralidade das pessoas nos sistemas de saúde, deixou de fazer parte simplesmente de uma “poética de cidadania” para ter um significado preciso: **(a)** a ideia de **personalização** – respostas específicas para cada pessoa (genética, fisiológica, clínica, psicológica, comportamental, ambiental), **(b)** a pertinência dos seus **valores, pontos de vista e expetativas** nas decisões que lhe dizem respeito **(c)** a possibilidade de **fazer escolhas** na prestação de cuidados de saúde, no enquadramento do contrato social onde se inclui **(d)** a expetativa de que as diferentes prescrições nos cuidados de saúde tenham em consideração as suas circunstâncias, limitações e modos de vida **(e)** o investimento em **literacia em saúde** e no desenvolvimentos das suas capacidade para poder viver de acordo com as suas aspirações, **(f)** **“a propriedade da sua informação de saúde”** para gerir o seu percurso de vida com saúde e também aquele que tem lugar quando é necessário aceder aos distintos serviços de saúde, necessários para melhorar a sua saúde.

Esta preocupação pelas pessoas aplica-se também aos profissionais de saúde (os “cidadãos internos”). Requerem o apreço pela sua missão insubstituível, condições de trabalho e remuneração adequadas e tempo para “viver a vida”. Uma política para as profissões é indispensável para a sobrevivência e desenvolvimento do SNS.

Mais que qualquer outra organização, o SNS, pelos seus objetivos, natureza e características tem um potencial único para assegurar os princípios da centralidade do cidadão.



Necessitamos de uma análise e discussão orçamental, que olhe para a distribuição dos recursos financeiros do país em função dos resultados que se querem alcançar no bem-estar dos portugueses.

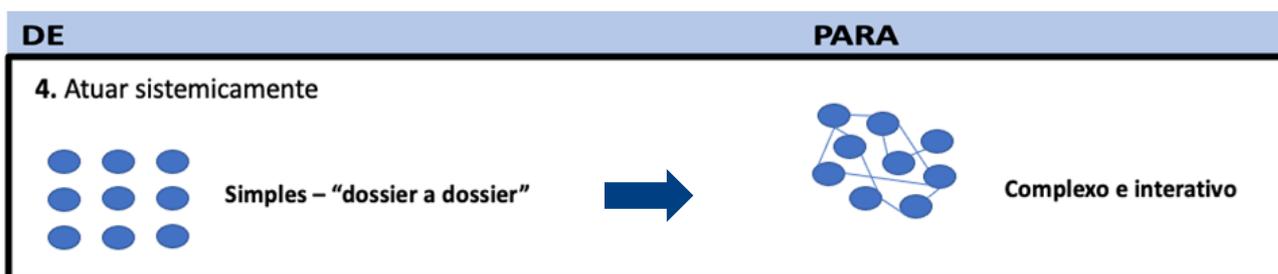
Anualmente discutem-se os recursos necessários para a saúde e o SNS. O que parece predominar nesse exercício é saber “qual é o acréscimo em relação ao ano anterior”, e “que atividades são beneficiadas com esse acréscimo”?

Não sobressaem as perguntas que mais interessam: com os recursos que se pretendem disponibilizar que resultados se espera conseguir? Que fatores condicionam o desempenho esperado e qual é a melhor forma de os influenciar e controlar? Até que ponto os resultados esperados se inserem num percurso socialmente satisfatório e desejável? E como lidar com as limitações observadas e reconhecidas no financiamento da saúde.

A mudança do modelo de financiamento foi iniciada em alguns países como a Nova Zelândia, o Canadá, a Austrália, a Escócia e a Finlândia que começaram a implementar programas orçamentais, transversais e orientados para a criação de valor (mais bem-estar).

Orçamento para o bem-estar Nova Zelândia 2019				
Saúde Mental	Acesso + serviços \$455m	Suicídio Prevenção +\$40m	Formação Enfermeiros	S/ Abrigo + casas
Crianças	Família: abusos, violência + serviços	Emprego jovem Pr. Capacitação 3.000 jovens	Escolas + apoio	Famílias incentivos fiscais
Minorias	Saúde e reinserção social + serviços	Língua e cultura + apoio	Emprego + apoio 2.200 jovens	Febre reumática + apoio \$12m
Nação produtiva	Strat-ups + apoio \$300m	Futuro s/carbono Inovação \$130m	Formação Instituições	Aprendizagem Oportunidades
Nova Economia	Caminho-de-ferro Desenvolvimento +\$1b	Alterações climática Agricultura resiliente	O solo Utiliz. Sustentável \$229m	A água Qualidade
Investir na NZ	Hospitais Investimento \$1.7b (2 anos)	Escolas Investimento \$1.2b (10 anos)	Cancro do cólon Rastrear Incluir + 5 distritos	Cuidado de saúde Investimento \$2.9b/ 20 "distritos"

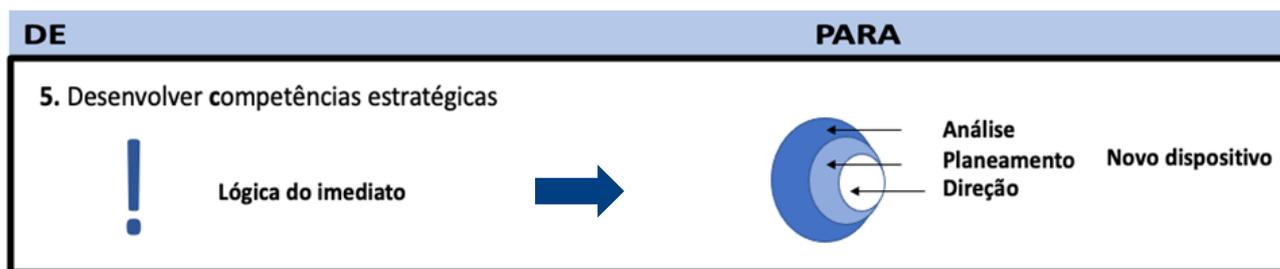
Resumo do primeiro orçamento para o bem-estar da Nova Zelândia.



É hoje já amplamente reconhecido o facto de que o desenvolvimento dos sistemas de saúde tem de ter em conta, não só as incertezas do contexto onde se insere, mas também a sua grande complexidade, resultando, em grande parte, das intensas interações entre as diferentes componentes, que o caracterizam. E por isso é necessário prestar especial atenção a essas interações. A gestão dos recursos humanos e financeiros, a inovação tecnológica, as distintas reformas organizacionais do SNS e as relações de diversa ordem entre os setores público, privado e social têm de ser vistas e tratadas sistemicamente, conjuntamente.

Observa Daniel Innerarity, em “Uma Teoria para a Democracia Complexa” (2021), que a falta de entendimento das implicações da complexidade leva a “uma prática política que sobrevive pelas vantagens da simplificação, num mundo que não compreende, compensando a penúria analítica com a prescrição fácil”.

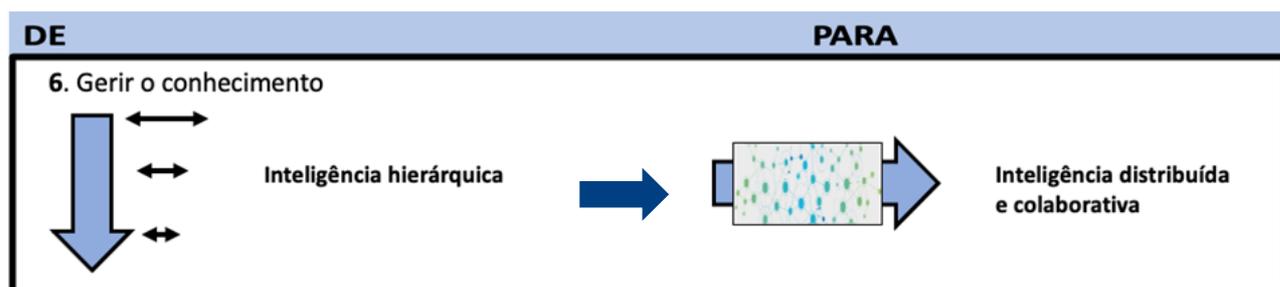
A intensidade das interações que dão vida a um sistema social complexo explica a falência da governação “dossier” a “dossier”, que hoje predomina. É necessário substituí-la por ações sistémicas – tocar todas as “notas críticas” articuladamente”. Só assim é possível fazer “dançar o elefante”.



Para fazer face à complexidade do sistema de saúde, responder ao imediato e, ao mesmo tempo, pensar o país à distância, no médio e longo prazo, é necessário criar, na saúde, **um dispositivo de análise, planeamento e direção estratégica**. Um dispositivo que já seja capaz de fazer, pelo menos o seguinte:

- (a) entender a evolução dos “fatores de contexto”, nacionais e internacionais, que afetam o desenvolvimento do sistema de saúde português;
- (b) analisar contínua e prospectivamente a agenda dos principais atores sociais da saúde e as suas implicações para o SNS;
- (c) assegurar a sustentação científica, o desenho apropriado, e a convergência harmoniosa das várias políticas públicas com impacto na saúde;
- (d) influenciar a mudança gerindo sistemicamente os instrumentos “hard” e “soft” do poder, de forma a assegurar a realização oportuna dos seus objetivos;
- (e) monitorizar, avaliar e interpretar resultados, promovendo uma cultura de aprendizagem contínua através da experiência acumulada;
- (f) partilhar amplamente essa aprendizagem de forma a facilitar as cumplicidades necessárias a essa gestão da mudança.

Não temos nada parecido.

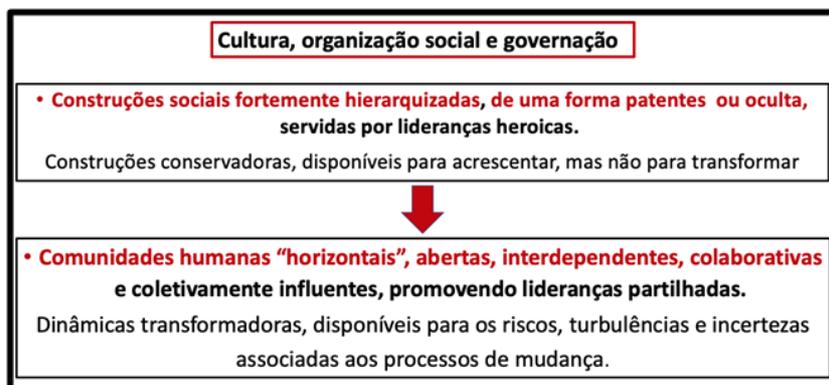


No mundo atual existe uma inteligência amplamente **distribuída**, por **múltiplas fontes de iniciativa** que **interagem** intensamente entre si. Estas, podem ser efetivamente **enquadradas e direcionadas** através de um **conjunto de instrumentos**, frequentemente de natureza **subtil, utilizados simultânea e combinadamente**.

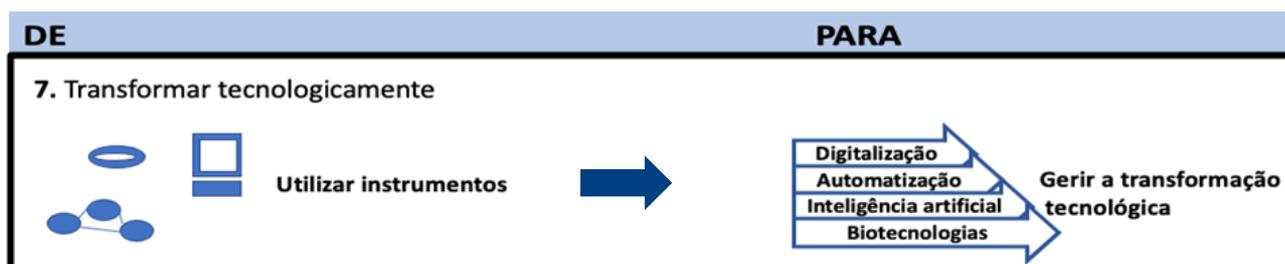
Há que reconhecer que, nestas circunstâncias, a clássica “inteligência hierárquica”, os de cima sabem muito, os do meio alguma coisa, os de baixo pouco – o velho “comando e controle” – já não nos leva muito longe na gestão dos processos de mudança.

Nas atuais circunstâncias é indispensável promover ativamente uma “inteligência colaborativa”, como literacia convergente, baseada no apreço do trabalho de uns e outros, amiga dos desafios de “fazer melhor”, envolvendo as pessoas.

Só com esta gestão do conhecimento é efetivamente possível criar as condições para que o SNS evolua localmente, inovando através de um conjunto contínuo de transformações adaptativas de proximidade, autónomas, flexíveis, evolutivas e participadas.



A transição de construções sociais fortemente hierarquizadas para comunidades humanas, abertas, interdependentes e colaborativas.



Vivemos uma era de verdadeira revolução tecnológica não só no domínio das biotecnologias, mas também, na digitalização, automatização e inteligência artificial (IA). Já para já não falar dos progressos previstos para a computação quântica.

Duas questões são hoje particularmente importantes em relação a estas transformações tecnológicas.

A primeira tem a ver com a sua produção, custos, licenciamento e regulação. Estes aspetos são particularmente importantes, naquilo que diz respeito à sua boa utilização, às vantagens que elas proporcionam, e também à sua segurança e aos riscos que podem comportar.

A segunda questão, com exigências diferentes da primeira, refere-se à importância de não olharmos para a revolução tecnológica em curso como consumidores expectantes.

No caso particular do extraordinário desenvolvimento da inteligência artificial, incluindo a mais recente IA generativa, uma boa parceria entre a “inteligência natural”, nas suas expressões mais “empáticas e criativas”, e a IA, é especialmente relevante – como aconteceu quando os lobos foram domesticados como animais de companhia.

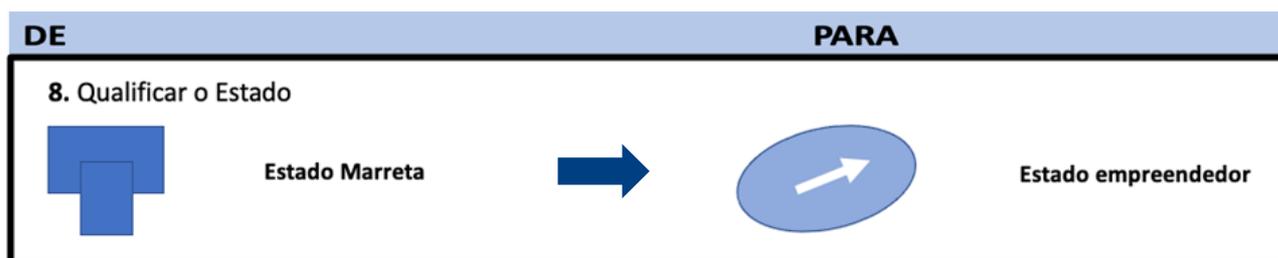
Acemoglu e Johnson (Power and Progress – our thousand-year struggle over technology and prosperity, 2023), analisaram as diversas “revoluções tecnológicas” através da história, e chamam a atenção para o facto de “mil anos de história e a evidencia contemporânea tornam abundantemente claro que não há nada de automático na transformação das novas tecnologias em prosperidade generalizada. Isso acontecerá ou não, em função de escolhas económicas, sociais e políticas”. É necessário fazer com que a revolução tecnológica em curso dê respostas que interessem a todos.

Na saúde, como noutros domínios, é necessário insistir em que não podemos assumir simplesmente a postura de potenciais utilizadores expectantes. Temos de trabalhar no sentido de antecipar e desenhar a melhor forma de incorporar no sistema de saúde a revolução tecnológica em curso, como instrumento essencial para a valorização e desenvolvimento do SNS.

E este é um desafio extremamente exigente – como acentua João Caração em (Rui Malhó, coord. Complexidade, implicações e políticas globais, 2020): “Estamos a viver um período de enorme desajuste entre as mudanças tecnológicas e a mudança social. A capacidade de transformação material da realidade tornou-se incomensurável em relação à capacidade de adaptação e aprendizagem imaterial, cultural, institucional, existente. Há que dominar este desajuste, tomando decisões corajosas para o futuro”.



Superar o desajuste entre as mudanças tecnológicas (materiais) e sociais (imateriais)

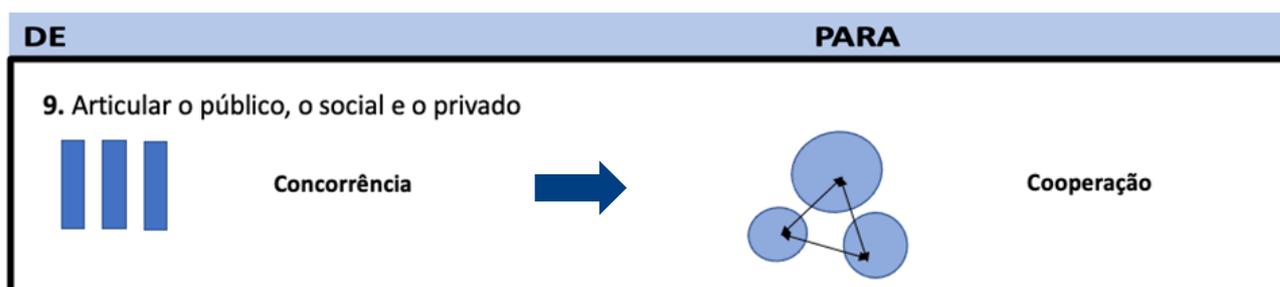


Para tudo isso necessitamos um Estado mais inteligente, como salientam vários autores dedicados ao estudo de processos de governação, entre os quais Mariana Mazzucato em “Economia de Missão: Um guia ousado e inovador para mudar o capitalismo” (2021) e em “*The Entrepreneurial State: Debunking Public vs Private Sector Myths*” (2018).

Refere que não podemos ter um Estado sem cérebro próprio – externalizando massivamente a produção do conhecimento de que necessita. Precisamos de um Estado inteligente e criativo orientado para uma missão estratégica. Necessitamos de um contrato social a prazo, transversal, não por sectores, mas sim por “missões” que aceitem os desafios do nosso tempo e se comprometam com resultados concretos para as ações a empreender.

E os que servem o Estado (os “funcionários”) têm que passar a ser, necessariamente, “empreendedores públicos”, compenetrados da importância e generosidade da sua missão.

O SNS dificilmente terá futuro se as “regras do jogo” do Estado em que se insere não evoluírem para um Estado mais descentralizado, flexível e adaptativo, colaborativo e empreendedor. E isso não depende só de um outro modelo de gestão, mas também da sua capacidade de atrair as pessoas que o possam realizar.

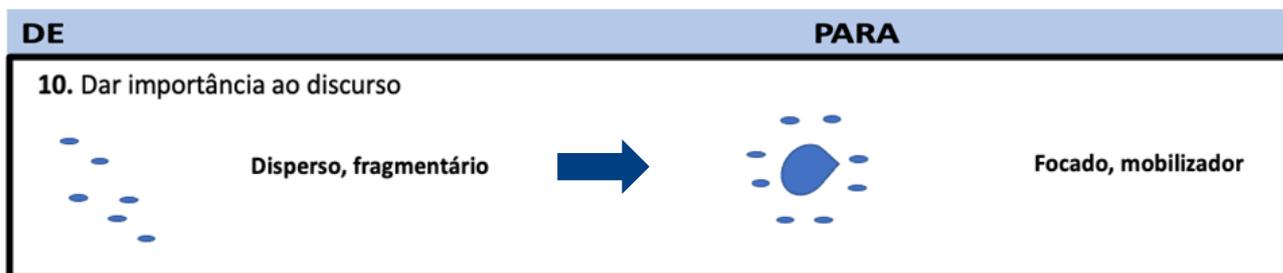


As instituições públicas não foram instituídas para competir com as privadas, mas para cooperar com elas. Não temos ainda uma **estratégia explícita e transparente de cooperação entre o público, o social e privado.**

Boas práticas na articulação entre o público, o social e o privado

No sistema de saúde português o SNS é complementado por um setor privado social e outro privado, com fins lucrativos, de considerável importância. A referida complementaridade implica práticas colaborativas entre os setores, a favor do bem-estar das pessoas. Isso requer uma estratégia transparente e fundamentada de cooperação entre o SNS e esses setores, que por razões óbvias, **deve ser enquadrada por um plano plurianual de investimento no SNS.** Muito já foi aqui tratado relativamente ao SNS. Haverá que acrescentar, quanto à referida cooperação, que a boa gestão e a competente regulação das atividades privadas devem assegurar, pelo menos:

- (a) a não discriminação no acesso aos cuidados de saúde, em função das fontes do financiamento dos utilizadores (como hoje acontece);
- (b) a adoção de procedimentos adequados para eliminar o risco de sobre utilização de procedimentos dispensáveis, favorecedores de vantagens financeiras;
- (c) a obrigatoriedade de implementar procedimentos de garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados, publicitando regularmente os resultados observados.



É necessário um discurso que promova uma visão sobre um futuro desejável e possível, envolvendo simultaneamente **(a)** valores fundamentais do contrato social para saúde, como a solidariedade e a universalidade, **(b)** soluções tangíveis para os problemas concretos sentidos pelas pessoas e **(c)** conceções e instrumentos de governação capazes de as realizar. Um discurso focado e mobilizador, que apele à não-acomodaçã o e à participação **na resposta** a problemas de interesse comum e à **confiança** nas instituições que trabalham para esse fim.



”A transformação não pode acontecer sem confiança e a confiança está dependente da transparência. É essencial que todos os atores sociais conheçam o desempenho do sistema de saúde, onde se situam as suas debilidades e como estas podem ser superadas” (2023).

É importante que as diferentes medidas para melhorar o sistema de saúde e desenvolver o SNS, que vão sendo anunciadas, façam sempre parte integrante, de forma perceptível, de uma narrativa consistente sobre o seu lugar no processo de mudança, em curso.

“Inteligência de narrativa”

“É verdade que pensamos através de estórias ... o que quer dizer que **todas as formas de comunicação dirigidas à decisão ... são efetivas na medida em que derem origem a uma nova estória na mente de quem ouve”**

Denning S. The Secret Language of Leadership, 2013

Precisamos de um discurso sobre o processo de mudança necessário e os resultados que se pretendem atingir, que passe a fazer parte de uma perceção comum, amplamente partilhada, sobre o futuro do SNS.

Síntese: Transformar II

Esta é uma crónica sobre a necessidade de transformar o SNS – e gerir as mudanças necessárias para responder aos desafios do nosso tempo.

1. O SNS é parte fundamental do nosso contrato social para a saúde, constitucionalmente expresso, complementado por um setor privado, com uma componente social e outra com fins lucrativos. Isso corresponde ao sistema de saúde que resulta historicamente da evolução social, económica e cultural de Portugal. Como em todos os outros países. Todos tendem a aperfeiçoar os sistemas que correspondem a esses desenvolvimentos históricos, não credibilizando o “mito” de que é útil e possível, simplisticamente, importar sistemas de saúde que nasceram e cresceram noutras circunstâncias, noutros países, marcadamente bem diferentes.

2. É importante saber identificar os discursos, marcadamente, mas nem sempre explicitamente, anti-SNS e reconhecer a origem e as fragilidades da argumentação que os procura fundamentar.

Cinco exemplos desse tipo de discursos são aqui sumariamente descritos e comentados.

Um entendimento comum, uma literacia suficiente, sobre os princípios em que se baseia a constituição, financiamento e organização do SNS é indispensável para o fortalecimento da sua base social de apoio.

3. Ao longo das últimas décadas o SNS experimentou vários impulsos transformadores. No entanto esses movimentos de mudança, tendem a ser sistematicamente dificultados e retardados por um conjunto de circunstâncias que se têm revelado difíceis de superar.

Selecionaram-se e descreveram-se, sumariamente, 10 dessas circunstâncias específicas, que tornam evidentes as dificuldades e os sucessivos atrasos experimentadas na gestão das mudanças necessárias.

É preciso procurar uma explicação convincente para esta situação – e “não fazer sempre o mesmo, esperando resultados diferentes”.

Isso também diz respeito às principais iniciativas legislativas e organizacionais (a reforma das Unidades Locais de Saúde) relativas ao SNS, promovidas em 2023, associadas à constituição do SNS como um Instituto Público Especial e à ativação da sua Direção Executiva.

O seu sucesso no futuro depende em grande parte da adoção de um novo modelo de governação e governança para a saúde, para que, desta vez, as promessas de mudança se venham de facto a efetivar.

Mas ao mesmo tempo, atualmente, há que ter em conta a urgência em salvaguardar a própria existência do SNS, tomando medidas, a curto prazo, em relação **(a)** ao acesso aos cuidados de saúde, **(b)** à atração e retenção dos profissionais de saúde, **(c)** ao fortalecimento da ação dos centros de saúde, evitando a sua progressiva dissipação, **(d)** à monitorização e avaliação continua do desenvolvimento das ULS e o adequado enquadramento e preparação dos seus quadros dirigentes.

4. É necessário um novo modelo de governação e governança para a saúde.

Tem sido óbvia, no decurso das últimas décadas, a dificuldade de gerir as transformações necessárias no SNS. Os exemplos abundam e estão bem documentados.

Sabemos o que é preciso fazer.

Mas não conseguimos fazê-lo.

Grande parte da explicação para esta situação está no facto do modelo e os instrumentos de governação da saúde serem, essencialmente, os mesmo de há décadas. Enquanto isso, a complexidade dos sistemas de saúde não deixou de se acentuar e os conhecimentos sobre como abordar essa complexidade não deixaram de aumentar.

O essencial de um novo modelo de governação e governança para a saúde pode ser resumido em 10 princípios fundamentais:

- (1)** Distinguir a governação para a saúde da governação do sistema de saúde;
- (2)** Assumir a centralidade das pessoas nos sistemas de saúde e as suas consequências;
- (3)** Realizar metas assumidas, valorizando os recursos para a saúde em função dos resultados que realizam na saúde da comunidade;
- (4)** Atuar sistemicamente, superando as abordagens fragmentárias, dossier a dossier, para fazer face à complexidade do sistema de saúde;
- (5)** Desenvolver competências estratégicas, através de um forte e competente dispositivo de análise, planeamento e direção estratégica para a saúde;
- (6)** Gerir o conhecimento, no sentido de promover a inteligência coletiva, participativa e colaborativa necessárias para gerir a mudança;
- (7)** Transformar tecnologicamente, promovendo o envolvimento ativo e precoce do setor da saúde no desenvolvimento e gestão das extraordinárias transformações tecnológicas em curso;

(8) Qualificar o Estado, apostando decisivamente na necessidade de um Estado inteligente e empreendedor, condição essencial para o desenvolvimento do SNS;

(9) Articular o público, o social e o privado, através de uma estratégia transparente de cooperação entre estes setores, enquadrada por um plano de investimento plurianual para o SNS;

(10) Dar importância ao discurso na gestão do processo de mudança - para a transparência, confiança e a mobilização social necessárias para um SNS com futuro.

5. Transformar o SNS, é preciso. Claro que é necessário identificar precisamente o que é preciso fazer – “as medidas”. Mas isso, só por si, é insuficiente. As mesmas “medidas” tornam-se monotonamente repetitivas, ano após ano, de um programa de governo para o seguinte. E pouco acaba por se materializar.

Para as transformações necessárias, a experiência acumulada, há décadas, ensina que o que faz falta é **aprender como fazê-las acontecer** com novas concepções e instrumentos de governação.