



Federação Nacional dos Médicos

Praça da República, 28, 2º Andar

3000-343 Coimbra

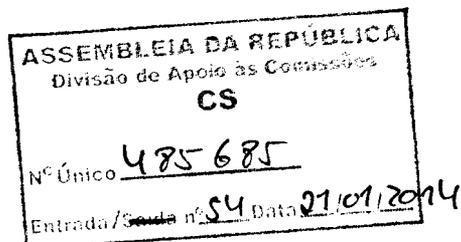
Telf: +351 239 827737

225095095

Fax: +351 239 837788

E-mail: smzc@fnam.pt

Acender
oportunamente
24/1/13
NAAstas



Exmº Senhor

Presidente da

Comissão Parlamentar da Saúde

Nº Ref. 79

2014-01-21

Desde há muito que a FNAM vem alertando para a absoluta necessidade de se proceder a uma verdadeira reforma hospitalar, feita em sintonia com os diversos agentes da saúde, desde logo os sindicatos.

As recentes notícias na comunicação social sobre o caos instalado em diversos serviços de urgência mais não são do que “a ponta do iceberg”, a que as sucessivas administrações e direcções de serviços não têm sabido dar resposta, e, em última análise, com a responsabilidade dos vários ministérios da Saúde.

Por outro lado, são já várias as comissões criadas e muitos milhares de euros desperdiçados, sem que se vissem quaisquer resultados.

O recente Congresso da FNAM debruçou-se, uma vez mais, sobre esta problemática e aprovou um documento orientador, que anexamos e gostaríamos de apresentar à Comissão a que Vexa preside, pelo que vimos solicitar uma reunião, em data que melhor convenha.

Na expectativa de uma rápida resposta, somos,

Com os melhores cumprimentos,

P'la Comissão Executiva da FNAM

(Merlinda Madureira, Dra.)



A REFORMA HOSPITALAR: QUE REDE HOSPITALAR, AS SOLUÇÕES URGENTES E NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Considerandos:

- a. A organização hospitalar é parte integrante do Serviço Nacional de Saúde (SNS)
A realidade actual do sistema de saúde português continua a privilegiar as estruturas hospitalares na prestação dos cuidados de saúde (visão hospitalocêntrica) em detrimento dos restantes tipos de cuidados.
- b. A organização hospitalar tem de ser concebida num enquadramento com os cuidados de saúde primários, com os cuidados de saúde continuados e com a saúde pública.
É hoje consensual a necessidade de articulação dos cuidados de saúde numa perspectiva de centralidade do doente e de racionalização de recursos.
- c. A desejada centralidade do doente na modelação da organização dos serviços prestadores implica que o interesse daqueles deve prevalecer sobre quaisquer outros presentes na realidade do SNS (económicos, financeiros, corporativos, profissionais)
Apesar de há muito se reconhecer e propalar o papel central do utente na definição, no planeamento e na actividade diária das estruturas do SNS, esta realidade não se verifica ainda na maioria das instituições.
- d. Sendo o financiamento do SNS público, deve ser encontrado o ponto de equilíbrio entre os interesses colectivos e individuais, procurando a máxima concordância entre ambos
O facto de se reconhecer a centralidade dos utentes no sistema, tal não significa que a sua utilização seja ilimitada não tendo em conta os recursos disponíveis.
- e. A organização dos serviços deve prever e precaver a acessibilidade dos utentes, respeitando o princípio da proximidade na prestação de cuidados
A limitação de recursos não deve servir de argumento para contrariar o princípio aqui enunciado.
- f. O desenvolvimento das capacidades e competências profissionais são parte inerente dos custos do SNS
A competência profissional baseada no contínuo desenvolvimento do conhecimento científico são condição necessária para a construção dum serviço público de saúde com qualidade.
- g. Os benefícios devem ser procurados na avaliação dos resultados no confronto com planos previamente definidos
No balanço custo/benefício é imperioso que a análise tenha em consideração a avaliação dos resultados a todos os níveis.



Da organização Interna:

- a. Internamente, o modelo hospitalar actual está estruturado em serviços de acção médica monovalentes, funcionando de forma fechada (pouco abertos à abordagem do doente numa perspectiva multidisciplinar), centrados nos designios da direcção de serviço e dos grupos profissionais.
Deve passar a organizar-se em áreas assistenciais interdisciplinares (modelo transversal) definidas de acordo com as necessidades assistenciais (centradas no interesse do doente), em articulação com os cuidados primários e continuados.
- b. Os actuais serviços, associadas a valências/especialidades, poderão manter – se como espaço físico próprio (instalações), como base de organização das actividades formativas e de investigação bem como de suporte à contratação de recursos humanos.
- c. A actividade das áreas assistenciais é definida através de contratos-programa (contratualização interna) gozando de autonomia administrativa e financeira.
- d. O funcionamento das áreas assistenciais prevalece sendo a coordenação hierárquica superior à das direcções das valências/serviços que com elas se articulam.
- e. A organização e funcionamento das valências e a articulação com as áreas assistenciais serão definidos em Regulamento interno do Hospital.
- f. O Director Clínico será responsável pela articulação das áreas assistenciais com as valências clínicas, bem como pela qualidade da mesma, incluindo a avaliação de resultados.
- g. A contratação de recursos humanos deve basear-se nas negociações e ACTs vigentes, processando-se de acordo com as necessidades assistenciais e formativas.
- h. Os profissionais prestam serviço em uma ou mais áreas assistenciais de acordo com as necessidades identificadas, respeitando tempos e regime de trabalho vigentes.
- i. A avaliação de desempenho, entendida como factor de desenvolvimento qualitativo individual e de grupo, será implementada a todos os níveis constituindo-se como base de progressão profissional por especialidade.

Do Serviço de Urgência (SU):

- a. Os serviços de urgência como exemplo de assimetria e enviesamento do sistema:
 - *Os SU's têm sido a principal porta de admissão de doentes invertendo-se a ordem natural de referenciação para os Hospitais, ocasionando uma hipertrofia da sua dimensão e importância relativamente à consulta externa, condicionando deste modo a organização da estrutura dos serviços e o planeamento de recursos.*



- *Esta inversão, longe de ser contrariada pelos decisores políticos, tem sido fomentada pelos sucessivos governos, através de financiamento privilegiado dos actos praticados no SU, constituindo uma perversão do modelo de financiamento hospitalar.*
- b. Não há modelos fechados, não há modelos únicos.
- c. Pontos de partida para a reorganização:
- *Reconhecimento precoce das situações urgentes/emergentes*
 - *Nível de complexidade (estratificação do risco)*
 - *Organização: Simplicidade e exequibilidade*
 - *Triagem: orientação rápida vs diagnósticos*
 - *Avaliação de resultados para mudanças (auditoria)*
 - *Inverter o critério de financiamento (desmotivar as taxas moderadoras como fonte de financiamento das instituições e fomentar o recurso aos cuidados primários)*
 - *Racionalização de recursos.*
- d. Questões para resolver:
- *Recrutamento de recursos humanos*
 - *Gestão/Direcção do SU*
 - *Interface pré-hospitalar e intra-hospitalar*
 - *Que Formação? Como?*
 - *Treino de profissionais – requisitos:*
 - *Atitude*
 - *Registos*
 - *Definição de modelo*
 - *Liderança*
 - *Competência técnica*

Da Rede Hospitalar:

- a. A reorganização da rede hospitalar, deve ter em conta níveis de referenciação, baseados nos recursos técnicos disponíveis em cada hospital, no nível de complexidade das patologias, na capacidade e na vocação investigacional e de ensino e na proximidade de estruturas dos restantes cuidados.
- b. A referenciação deve constituir um meio de racionalizar e rentabilizar recursos, na perspectiva da complementaridade de capacidades e meios versus processo de competição entre instituições



Da avaliação de desempenho:

- a. A avaliação de desempenho é um instrumento decisivo para a progressão na carreira e para avaliação de resultados, podendo contribuir para mudanças na organização e no planeamento da actividade assistencial.
- b. O modelo actualmente previsto apresenta-se muito complexo e de difícil execução, podendo desse modo inviabilizar os seus objectivos.

Da formação pré e pós-graduada e da investigação clínica:

CONSIDERANDOS:

- a. As pressões económicas e de produtividade podem provocar o risco de deterioração da qualidade dos internatos. Por outro lado, há dúvidas se o número de vagas de internato são indicadas pelas necessidades do País em médicos especialistas ou pressionadas pelo mercado.
- b. Presentemente a existência de Hospitais públicos, privados e com "estatutos complexos" (SA, EP, PPP, etc) podem não ter iguais condições para os internatos de especialidade, alterando assim substancialmente as regras e os resultados.
- c. Com as alterações do ensino do Curso de Medicina e com o aparecimento de cursos de Mestrados e Doutoramentos, qual será o seu papel para o Médico da Carreira Hospitalar? A participação dos médicos hospitalares no ensino pré-graduado é necessária imprescindível, sendo de valorizar o papel do formador.
- d. Aumenta o número de entradas nas Faculdades de Medicina sem qualquer critério ou estudo prévio das necessidades existentes. Há necessidade de um estudo profundo das reais necessidades do País em relação às capacidades formativas. Disto resulta o aumento de alunos por tutor, originando desvios na qualidade de ensino administrado.
- e. A formação de profissionais de Saúde, particularmente dos Médicos, é um processo contínuo e integrado que se reflete na qualidade dos cuidados prestados, representando um investimento público significativo que deve ser devidamente planeado.
- f. O internato médico é obrigatório para a formação do médico. Assim, as políticas de Ensino Superior devem assegurar a possibilidade de todos os recém-diplomados o realizarem imediatamente após a conclusão do curso. Não devem ser abertas vagas para estudantes de Medicina que não podem completar a sua formação.
- g. Devem ser respeitadas as capacidades formativas das Escolas Médicas de modo a salvaguardar a qualidade da formação, nomeadamente o ensino tutorial em rácios adequados à aprendizagem dos estudantes e num ambiente que respeite a dignidade dos doentes.
- h. O sistema formativo apresenta capacidade para suprir os diferentes cenários de necessidades modelados, gerando excedentes de especialistas. Há necessidade de reformular as vagas de ensino das Faculdades e integrá-las com as vagas do internato.
- i. É possível prever precariedade dos futuros internatos médicos com alterações negativas da grelha salarial. O número excedente de especialistas pode originar um decréscimo de salário e alterações graves nos sistemas de correcção destes.
- j. É preciso definir o processo e a integração dos professores.
- k. De que forma a pressão para a criação de capacidades formativas e a pressão económica e de produtividade vai colocar em causa a qualidade da formação (seja ela técnica, seja a parte humana)?
- l. Poderão os Hospitais privados merecer idoneidade formativa? Até que ponto são uma solução?



O QUE SE PRETENDE;

1. O investimento público feito na formação de novos médicos tem de ser adequado às necessidades provisionais do Sistema de Saúde, de modo a que a sua formação os habilite a responder aos novos desafios da Saúde.
2. A formação pré e pós-graduada está indissociavelmente ligada ao exercício profissional. Todos os profissionais devem ser envolvidos nas mesmas, de acordo com as suas capacidades e disponibilidades, no âmbito da organização dos serviços e das unidades assistenciais.
3. Esse envolvimento, deve ser extensivo aos Hospitais para além dos que estão associados ao ensino pré-graduado, devendo a colaboração com as Escolas e Faculdades de Medicina ser estabelecida em protocolos negociados bilateralmente.
4. Na distribuição das cargas horárias dos profissionais, no âmbito do planeamento da actividade nas instituições, deve estar prevista uma cota dedicada ao ensino e à investigação clínica. O tempo previsto para o efeito não deverá ser inferior a 20% da carga horária semanal caso o profissional cumpra integralmente os objectivos propostos.