PROJECTO DE RESOLUÇÃO Nº 393/X

Suspensão Imediata do Processo de Nomeação dos Directores Executivos dos ACES (Agrupamentos de Centros de Saúde)

I. O Governo do Partido Socialista (XVII Governo Constitucional) definiu logo em 2005 – primeiro ano da sua governação – as Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde primários, a saber:

OITO ÁREAS – OITO MEDIDAS PRIORITÁRIAS:

1. Reconfiguração e Autonomia dos Centros de Saúde;
2. Implementação de Unidades de Saúde Familiar;
3. Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública;
4. Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade;
5. Implementação de Unidades Locais de Saúde;
6. Desenvolvimento dos Recursos Humanos;
7. Desenvolvimento do Sistema de Informação;
8. Mudança e Desenvolvimento de Competências.

Três anos volvidos, no início da 4.ª e última sessão legislativa desta X Legislatura, pode já concluir-se pelo rotundo fracasso na execução desta política que impediu efectivamente o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários em Portugal.

O Governo do Partido Socialista centrou exclusivamente a sua atenção e propaganda na medida 2 (Unidades de Saúde Familiar) cujo meritório figurino, assente em equipas multidisciplinares de profissionais conjugando esforços para a melhor prestação possível de cuidados primários da saúde, nos apraz registar.

É certo que a implementação das USF (Unidades de Saúde Familiar) tem sido muito mais lenta do que a propaganda governamental ia anunciando, onde se preconiza que as referidas estruturas deveriam permitir que, até ao final de 2006, pelo menos 2 milhões de utentes pudessem usufruir deste tipo de

cobertura de cuidados de saúde. Passados 2 anos, são menos de 1,8 milhões os potenciais utentes que as mesmas agregam.

É certo que as USF não são um modelo universal que cubra todo o território nacional e todos os portugueses.

É certo que, face à escassez de médicos de medicina geral e familiar, a sua concentração em USF no litoral e nos grandes centros urbanos, se vem fazendo à custa do desfalque dos pequenos centros de saúde mais do interior e mais periféricos.

É certo que os incentivos aos profissionais das USF chegaram tarde, adensando as expectativas, e constituindo já um "quebra-cabeças" orçamental nas USF modelo B.

Mas, também é certo que estas novas equipas de profissionais têm merecido acolhimento positivo por parte das populações.

As demais medidas prioritárias anunciadas em 2005 foram abandonadas, conduzindo a um chocante incumprimento do programa que o Governo a si próprio se tinha vinculado.

Cumpre à Assembleia da República chamar a atenção do Governo para esta quebra de compromissos.

II. De repente, porém, como que acordando de uma prolongada letargia, despontou em 22 de Fevereiro de 2008 o Decreto-Lei nº 28/2008 que procura dar corpo à Medida Primeira considerada como absolutamente <u>prioritária</u> desde 2005, a saber a "Reconfiguração e Agrupamento dos Centros de Saúde".

Adiante melhor se compreenderá a escolha selectiva e cirúrgica para lançar agora os ACES (Agrupamentos dos Centros de Saúde).

> "*Apesar de a própria Constituição prever que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tenha uma gestão descentralizada e participada, na prática esse objectivo nunca foi conseguido. Existe, sim, uma administração fortemente centralizada (centralismo delegado nas ARS e estas nos coordenadores das sub-regiões de saúde (SRS) e hiperburocratizada, que cerceia a capacidade de inovar, fomenta a desconfiança no sistema e, inevitavelmente, faz*

crescer a desmotivação e a desresponsabilização a todos os níveis. Os CS continuam sem qualquer tipo de autonomia administrativa e financeira, sem uma hierarquia técnica e sem instrumentos que lhes possibilitem praticar uma cultura de contratualização interna e de participação dos diversos actores, desde profissionais, autarquias, utentes, fundações, entre outros. Os órgãos de direcção de um CS (como de qualquer organização moderna avançada) devem existir para apoiar os profissionais na concretização da sua missão. Não se pode esperar que esta pirâmide hierárquica e verticalizada interprete e aplique de moto próprio a reforma dos CSP."

(Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Janeiro de 2006)

Perante este quadro, seria legitimamente previsível que aos ACES fosse atribuída uma autonomia gestionária, mediante a transferência de competências e dos recursos das Sub-Regiões de Saúde (SRS).

"*Até 31 de Dezembro de 2006 todos os Centros de Saúde terão iniciado o processo de reconfiguração e pelo menos 20% (72) dos Centros de Saúde actuais estarão reconfigurados".*

(Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Janeiro de 2006)

Decorridos três anos, estamos em Outubro de 2008 e o processo de reconfiguração dos Centros de Saúde ainda não se iniciou.

III. No seu Relatório da Primavera de 2008, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde refere, a este propósito, com propriedade:

"*Os custos de exploração dos ACES variarão entre os 10 e os 73 milhões de euros, concentrando-se a maioria, mais de 67% entre os 20 e os 40 milhões de euros. A população coberta por cada ACES rondará os 150.000 utentes com o Decreto-Lei a fixar a população entre 50.000 a 200.000 utentes.*

A magnitude dos valores apresentados por ACES, seja em termos financeiros, de número de unidades assistenciais agrupadas ou de número de profissionais, indica que estas novas unidades orgânicas constituir-se-ão como organizações complexas de média ou grande dimensão. Como tal, as competências gestionárias e as ferramentas de apoio à gestão assumem aqui um papel

fundamental, daí que devam ser suportadas por uma robusta componente de gestão qualificada, resultante das competências dos seus corpos dirigentes e dos recursos humanos afectos à unidade de apoio à gestão (i.e. back office) e das qualidades dos seus sistemas de informação.

Amputar os ACES da realização local de determinadas tarefas gestionárias e optar por centralizá-las nas ARS, poderá conduzir ainda a um maior afastamento entre a prestação e decisão. Por outro lado, poderá levar à criação de uma hiper-estrutura regional, que facilmente será absorvida pelas teias da burocratização. Se assim for, se não se acautelar que os ACES sejam providos de competências gestionárias, poder-se-á dizer que as motivações da reforma ficarão por cumprir.

Por sua vez, o forte impulso na desconcentração da tomada de decisão previstos nos ACES, que terá que ser suportado por robustos sistemas de informação, formação de dirigentes e criação das competências necessárias na Unidade de Apoio à Gestão, é crucial para que estas condições não estão garantidas e que, preocupantemente, não se criarão num curto prazo de tempo.

Esta reconfiguração estrutural e organizacional coloca o desafio de se estar perante o maior e mais profundo processo de redesenho organizacional da história do SNS. Porém, na realidade, em dois anos e meio, após a constituição da MCSP, não é conhecido qualquer trabalho de planeamento e de reestruturação das SRS feito pelas ARS, tendo em vista a nova realidade ACES.

A reforma dos cuidados de saúde primários está intimamente relacionada com o sucesso na implementação dos ACES, o grande desafio para os próximos anos. Assim, temos actualmente um bom enquadramento jurídico que perspectiva, de facto, uma melhor reorganização dos cuidados de saúde primários, podendo dar a esta área o foco que na realidade merece. No entanto, assistimos a um atraso inquestionável na tradução prática do mesmo. (sublinhados nossos)

IV. "*A identificação dos potenciais profissionais com as características necessárias para o desempenho desta função é determinante. O processo de recrutamento e selecção deve ter por base os perfis de liderança que vierem a ser identificados*".

(Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Janeiro de 2006)

Se essa era a teoria, na prática o já referido Decreto-lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, veio antes determinar que a selecção dos futuros dirigentes dos ACES cabe, em primeira linha ao Governo, que nomeia os Directores Executivos (cfr. Artigo 19º, nº 1), os quais, por sua vez, nomeiam os coordenadores de cada uma das unidades funcionais do respectivo ACES (artigo 15º, nº 1), e que são as seguintes:

- Unidades de saúde familiar;
- Unidades de cuidados de saúde personalizados;
- Unidades de cuidados na comunidade;
- Unidades de saúde pública;
- Unidades de recursos assistenciais partilhados;
- Outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde.

Assim, ao invés de envolver de uma forma séria os agentes e destinatários da reforma do processo de selecção de alguns responsáveis operacionais pela execução, o Governo, oportunistamente, mais uma vez, privilegiou os interesses político-partidários do PS, sacrificando o interesse público e as próprias comunidades humanas que era suposto servir.

Como já foi publicamente referido o anúncio da criação dos ACES gerou "*súbito surto de um novo quadro clínico designado como o Síndrome de Braga e que representa um surto de ataque cacique aos empregos criados com os ACES por parte de algumas concelhias de um determinado partido político*".

A "tensão" gerada em torno dos ACES determina mesmo que cerca de metade dos coordenadores dos USF vieram a público manifestar-se contra a "*partidarização dos ACES*" e denunciando que as concelhias e a distritais do PS "*já se insinuam num processo tão frenético quanto subterrâneo de tentativa de imporem às ARS os respectivos directores executivos (...) não os melhores, mas o mais devotos e obedientes*".

O perfil da qualidade e excelência dos directores executivos dos ACES é sacrificado no Decreto-Lei nº 28/2008 em favor da "*norma aberta*" à entrada de Comissários Políticos do Partido Socialista agora nomeados como directores executivos dos 74 ACES.

Além disso, os critérios "legais" de preferência que há-de presidir à nomeação dos directores executivos dos ACES,

a) A competência demonstrada no exercício, durante pelo menos três anos (mandato do actual Governo do PS), de funções de coordenação, mormente na área da saúde;

b) Formação em administração ou gestão, preferencialmente na área da saúde;

Apontam inequivocamente para a nomeação como Directores Executivos dos ACES, dos Coordenadores das Sub Regiões de Saúde (aqueles que reconhecidamente estão viciados pela burocracia e pelo antigo regime gestionário).

"*Não se pode esperar – repete-se – que esta pirâmide hierárquica e verticalizada interprete e aplique de moto próprio a reforma dos Centros de Saúde".* (sic)

V. O precipitado projecto anunciado pela Senhora Ministra da Saúde da nomeação destes 74 Directores Executivos dos ACES já durante o corrente mês de Outubro, por razões que se prendem exclusivamente com o dealbar do ano eleitoral de 2009, urge ser travado.

A transparência deve prevalecer na selecção dos titulares dos cargos da administração pública.

A selecção dos directores executivos dos ACES tem de ser feita mediante o adequado processo concursal – tal como aliás sucede com os directores dos agrupamentos escolares.

VI. Acresce que os portugueses não se podem também conformar com a restrição imposta ao horário de funcionamento dos Centros de Saúde (das 08.00 horas às 20.00 horas).

Bem como não se podem conformar com a drástica redução dos "delegados da saúde pública" que deixam de ter existência concelhia para ficarem acantonados ao nível do Agrupamento.

Perante estas circunstâncias, a Assembleia da República resolve, nos termos do disposto na alínea b) do artigo 156º da Constituição da República Portuguesa, recomendar ao Governo o seguinte:

1. Que suspenda imediatamente o processo de nomeação dos directores executivos dos ACES.
2. Que regulamente o procedimento da selecção dos directores executivos dos ACES, mediante processo concursal, densificando os critérios gerais preferenciais enunciados de forma muito vaga no nº 2 do artigo 19º do Decreto Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro.
3. Que regulamente igualmente o procedimento de selecção dos coordenadores das unidades funcionais, mediante processo concursal, densificando os critérios gerais enunciados no artigo 15º do citado Decreto Lei nº 28/2008.
4. Que regulamente o funcionamento dos serviços dos Centros de Saúde de forma a permitir uma mais ampla e flexível fixação do horário de funcionamento.
5. Que legisle primeiro em sede da Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública antes de levar por diante, de forma parcial, a constituição das Unidades de Saúde Pública no âmbito dos ACES.

Palácio de S. Bento, 9 de Outubro de 2008

Os Deputados