

Daniel Serrão à GH

## O SNS está totalmente descapitalizado

Daniel Serrão faz uma análise muito crítica do actual estado da Saúde, que considera necessitar de profundas mudanças estruturais. Mudanças que, aliás, já propôs ao Governo de há oito anos atrás: uma informatização global dos serviços de saúde, a mudança do regime de financiamento através da criação de um seguro público obrigatório e um pacto de regime para o sector entre todas as forças políticas. Polémico, recomenda ao ministro Correia de Campos que explique ao País que planos tem para o sector e defende que os administradores devem encarar a gestão dos hospitais como se estes fossem supermercados.

**Gestão Hospitalar** – Em 1998, coordenou o Conselho de Reflexão sobre o Estado da Saúde. As recomendações foram entregues à então ministra Maria de Belém. Desse conjunto de recomendações o que tem sido aproveitado pelos sucessivos governos?

**Daniel Serrão** – Eu diria que poucas foram aproveitadas e, do meu ponto de vista, foram aproveitadas da pior maneira, porque se começou pelo fim. As recomendações do Conselho eram estruturais e uma estrutura para se modificar começa-se pelos alicerces, não se pode começar pelo telhado que não adianta nada. Muitas das medidas que os governos têm tomado são puramente conjunturais para resolver problemas pontuais. Algumas delas estão lá propostas, no relatório, mas como consequência de alterações estruturais e não manter a estrutura do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tal como ele é desde a sua fundação e depois tentar pôr-lhe um remendo aqui e outro acolá. Como as bases continuam as mesmas, dificilmente esses remendos se vão aguentar.

Por exemplo, a alteração da relação dos médicos com os doentes ao nível dos cuidados de saúde de proximidade – as Unidades de Saúde Familiar (USF) – são uma ideia excelente, o que está dito muitas vezes nas conclusões do nosso trabalho. O que os cidadãos mais querem dos serviços de saúde não são as grandes tecnologias dos hospitais mas sim o atendimento personalizado, de acesso fácil, com a maior rapidez, como acontece quando uma pessoa vai ao privado. Só que essas unidades não vão ter sucesso e eu tenho a maior pena disso!

>>> Daniel Serrão considera as USF uma "ideia excelente" embora ache que serão ineficazes por causa da estrutura dos restantes serviços do SNS



**GH** – Porquê?

**DS** – Porque todo o resto do serviço não está em harmonia com as USF. Por exemplo, o doente vai à USF, é atendido no próprio dia e o médico diz que ele precisa de fazer um TAC. A partir daqui arrumou-se tudo. Há TAC onde? Chega lá e só daqui a três meses,

mesmo no privado a trabalhar para o público. E se for ao hospital de S. João para fazer o TAC ... os papéis vão para o Hospital, a resposta há-de vir quando calhar, quando houver possibilidades. O resto da estruturação dos serviços vai fazer com que as USF não sejam eficazes.

**GH** – Qual seria a principal mudança estrutural a fazer?

**DS** – Nós propusemos algumas reformas de fundo radicais. A primeira é a informatização total dos serviços, incluindo o processo clínico e o processo de enfermagem, a todos os níveis de assistência ao doente.

**GH** – Isso começa a fazer-se agora...

**DS** – Muito atrasados! Do ponto de vista dos utilizadores haveria vantagens extraordinárias. Do ponto de vista da gestão dos serviços seria quase um milagre! Conseguir a informatização global permitiria fazer a gestão do pessoal, dos recursos, a optimização dos serviços – como no exemplo do TAC, naquele mesmo momento se saberia em que lugar haveria uma oportunidade para a pessoa fazer o exame imediatamente ou com 24h de demora.

**A ideia de que os administradores são contra os médicos é provinciana**

Como somos um país pequeno (se fosse em Espanha já não recomendava isto) seguramente que o sistema iria funcionar sem engarrafamentos. Tem de ser planeado com condições técnicas modernas, actuais, não é com fios, mas com a tecnologia mais avançada. Essa é a nossa vantagem de começar agora. Em condições actuais, não tenho dúvidas que, com a mesma facilidade com que se movimentava o dinheiro entre os bancos, se movimentava a informação relativa aos doentes e em qualquer sítio do país. O ministro abria um concurso internacional para o caderno de encargos para a informatização global. Não ia dizer aos serviços... todos os serviços hoje têm computadores e julgam que isto é que é informatização, alguns já mandam imagens de radiologia digitalizadas ... mas estando tudo informatizado, a circulação de toda a informação é universal. Isto permite uma consulta online, imediata, com um grande especialista dos Estados Unidos para resolver um problema que está ali na frente. A globalização do diagnóstico e da terapêutica amplia extraordinariamente as capacidades de um sistema de saúde, o que tem de estar organizadamente informatizado.

**GH – Que outras alterações estruturais defendeu?**

**DS –** Esta é a mais importante do meu ponto de vista porque condiciona as outras como o cumprimento de horários, a avaliação da qualidade que passa a ser feita com muito mais rigor...

**GH – É possível saber o que cada médico faz...**

**DS –** O que faz, como faz, quando faz, o tempo que demorou para resolver uma situação, as análises que pede que não são correctas ou são a mais ou são a menos... há aí um Observatório que teria, depois, meios formidáveis de deter toda a informação. Isso permitiria planificar a localização dos centros de saúde, os hospitais, as valências que cada um deve ter. Este problema agora das maternidades é um problema pontual – mal resolvido, do meu ponto de vista....

**GH - Porquê?**

**DS –** Por uma razão muito simples. Nomeou-

-se uma comissão técnica que disse que, para uma maternidade funcionar com segurança para as grávidas e para os filhos, é necessário que o serviço faça 1500 partos por ano. Há um hospital que faz 1499. Em termos de análise técnica é para extinguir. Se fica, porquê? Tanto faz 1499 como 1500? A solução é política, político-económica, administrativa, gestonária, como se quiser. É de gestão. Então, é necessário ir a cada um dos serviços e explicar porque é que aquele serviço vai ser encerrado ou modificado.

Se eu fosse ministro da Saúde e que eu faria era conseguir que todos os serviços de obstetrícia tivessem condições para receber as grávidas! Fosse para 1400 fosse para 400 partos por ano. Pois e agora diz-me que isso é muito caro...

**GH – Acha que a decisão se baseou em critérios economicistas?**

**DS –** Não pode mesmo ter sido noutros! A responsabilidade do ministro da Saúde não é extinguir serviços é fazer com que eles traba-

lhem bem. E trabalhar bem para atender um doente, como cem, como mil.

**GH – Mesmo quando os médicos não querem ir trabalhar para os hospitais do interior?**

**DS –** Não, não! A maternidade de Barcelos, por exemplo. Se os médicos de lá entendessem que esta não tinha condições para atender com segurança as grávidas, a obrigação deles era pôr o problema à direcção do hospital. Então, a direcção ou achava que os médicos estavam cheios de razão e não tinham condições e fechava o serviço e o ministro não tinha nada a ver com o assunto. Ou então achava que o serviço tinha de ser melhorado e dirigia-se à Administração Regional de Saúde, a toda à hierarquia até, eventualmente, ao ministro. E o ministro diria, quanto é? Um milhão de euros? Dê-se um milhões de euros à maternidade de Barcelos. Porque o objectivo do ministro é ser bom para as pessoas.

**GH – E a concentração de serviços não é boa para os utentes?**

**DS –** Pergunte às grávidas se elas gostam!

## Hospitais devem ser geridos como supermercados

**GH – O peso dos administradores hospitalares tem crescido. Como vê a relação deles com os médicos?**

**DS –** Acho muito bem! A administração daquelas empresas deve ser feita por administradores, pessoas competentes. O que cabe ao médico é atender os clientes das empresas, os fregueses, tratá-los bem para eles saírem contentes com a empresa. Mas quem tem de dar as condições para que eles possam ser atendidos e possam sair contentes é o administrador.

Mas a administração nunca pode estar contra médico nenhum! A obrigação da administração é conseguir que os serviços médicos e enfermagem funcionem o melhor possível, portanto não há conflito nenhum.

**GH – Seria melhor transformar médicos e enfermeiros em administradores?**

**DS –** Não, é melhor ser o administrador profissional. Com experiência de saúde. O Belmiro de Azevedo quando quer uma pessoa para administrar um supermercado procura um indivíduo que seja bom em administração, mesmo que não perceba nada de feijões nem de batatas. Agora o administrador tem de criar as condições para que o cliente, quando lá chegue, compre aquilo que é preciso para aquilo dar lucro. Então, põe o bacalhau num sítio muito bonito, arranja umas circulações e o cliente compra tudo o que ele quer que se compre.

O que se pede ao administrador hospitalar é que ele transforme o hospital num super-

mercado excelente, onde médicos, enfermeiros e clientes estejam satisfeitos e que, no momento de saída, deixem ficar um agradecimento ao sr. Administrador deste hospital que tem aqui uma coisa belíssima. Essa ideia de que os administradores são contra os médicos é uma ideia parolada, provinciana. Agora há médicos que acham que têm competência administrativa. Muito bem, então deixem de ser médicos!

**GH – Não podem acumular?**

**DS –** Se forem médicos serão maus administradores. Passando para a administração eles têm de pensar como é que um médico – não é, como é que eu – se vai sentir bem a trabalhar nesta instituição, eu tenho de dar as condições como administrador.

**GH – Mas a concentração...**

**DS –** Era, era, pôr só um Lisboa. Um prédio com 10 andares, com os melhores obstetras do mundo e quem quisesse ter filhos viesse a Lisboa, porque era a melhor instalação de obstetrícia e neonatologia da Europa! Vamos ser caridosos e pomos também outra no Porto. Acha que isto é positivo? Não é!

A questão não é a concentração, é a qualidade. Um serviço pode ter dois partos por mês ou por dia e ter uma capacidade técnica excepcional ou acha que um obstetra se não fizer muitas cesarianas por dia deixa de saber fazê-las?

**GH – Mas especialistas internacionais em gestão da Saúde defendem essa concentração.**

**DS –** No tratamento do cancro é assim. Ou cirurgias de alta tecnicidade, sem dúvida nenhuma, como as cardio-torácias, a neurocirurgia. Em Portugal, devia haver estrategicamente não mais que cinco centros de neurocirurgia, porque é altamente especializada. A cesariana? É uma banalidade do ponto de vista cirúrgico.

**GH – Os especialistas também dizem que se fazem demasiadas cesarianas.**

**DS –** Até se fazem muitas. Principalmente à sexta-feira. O que não é por acaso, se calhar.

**GH – Por vontade dos médicos?**

**DS –** Eu nunca disse que os médicos são seres humanos perfeitos.

**GH – Voltando ao relatório sobre o estado da Saúde. Há alguma recomendação que modificaria?**

**DS –** Pode ser um bocadinho pretensioso da minha parte mas acho que não. Continuo a ter a maior confiança nas medidas que foram propostas a nível geral, operacionais, imediatas, e a médio prazo. O problema é que o relatório propõe um encadeamento de soluções e, fazer uma sem fazer as que estão antes e depois, é errado. Continuo a pensar que é uma solução para um prazo de 15 anos, que



foi o que nos pediu o primeiro-ministro António Guterres.

**GH – Nos últimos anos a instabilidade política não ajudou.**

**DS –** Pois não e foi por isso que propusemos um Acordo de Regime para a Saúde. É necessário que os partidos políticos se entendam para reconhecerem que a Saúde não é matéria de propaganda política nem de caça ao voto, que não pode estar sujeita às flutuações das maiorias políticas, que deve ser assumida de uma vez só por todas as pessoas em função de um programa a 15 anos.

**GH – Acredita que esse pacto é possível?**

**DS –** Acho que sim e a prova é que terão de acabar por o fazer, se calhar eu é que já morri nessa altura. Mas terão de o fazer.

**GH – Há alguma diferença significativa no SNS após oito anos?**

**DS –** Infelizmente, não.

**GH – Já criticou a decisão de encerrar os blocos de partos...**

**DS –** Alguns deles deviam ser encerrados, mas têm de ser tratados um por um e não é função do ministro da Saúde. Ele é ministro da Saúde, não da doença. O Estado deve retirar-se progressivamente como produtor de serviços de saúde e o SNS, a continuar a existir (eu defendo que deve continuar) deve ter uma administração própria. Não é o ministro da Saúde que é o presidente do conselho de administração desta empresa formidável, com milhares de trabalhadores, que é o SNS. Não pode ser! O SNS quando foi criado era para ter vida própria, os minis-





## Alvos...

**Maria de Belém** – Inesquecível ministra da Saúde

**Correia de Campos** – Um bom perito, mal aconselhado nas decisões práticas

**Manuel Delgado** – Uma competência politicamente ainda não aproveitada

**João Cordeiro** – Imbatível no negócio farmacêutico

**Sobrinho Simões** – Investigador pragmático com sucesso

**João Lobo Antunes** – Um 'scholar' de grande qualidade.

tros é que se apoderaram dele.

O ministro tem de tratar essencialmente da protecção da saúde dos cidadãos. Aí é que vale a pena investir a fundo. Mas também não dá resultados a curto prazo. Agora se o Estado entende que deve ter um ele próprio um serviço, então, crie-o, mas autónomo, que não dependa nem política, nem administrativa nem financeiramente do ministro da Saúde.

**GH – Como?**

**DS** – O financiamento devia ser feito, como nós propusemos, por uma entidade financiadora própria que gerisse um seguro público obrigatório para a Saúde.

**GH – A Saúde não deveria estar dependente do Orçamento de Estado?**

**DS** – Não, não devia.

**GH – Como funcionaria esse seguro?**

**DS** – De acordo com o rendimento das pessoas, proporcionalmente, como na Holanda.

**GH – Como os descontos para a Segurança Social?**

**DS** – Sim. Se houver vários prestadores, públicos e privados, abre-se uma competição e nós, se somos titulares do seguro público obrigatório, vamos a uns ou outros e temos sempre de participar nos custos. Se somos pobres com zero, se somos assim-assim com um bocadinho, se somos ricos com mais. O rico não só deve pagar mais de contribuição para o seguro como quando usa deve dar uma participação superior. Isto é fazer justiça.

**GH – Acha que o cidadão está receptivo à ideia, não veria isso como mais um imposto?**

**DS** – Está. Mas é mais imposto, mas signifi-

cava que os milhões que actualmente são gastos pelo Ministério da Saúde desapareciam dos impostos. É evidente que as pessoas não iam pagar duas vezes.

**GH – Poderia reduzir-se o IRS?**

**DS** – Com certeza. Na parte do IRS que, actualmente, é gasto no SNS. Houve um ano em que a despesa do SNS quase consumiu as receitas todas do IRS. Se as receitas do IRS fossem iguais ao que o SNS consome, este imposto passaria a chamar-se imposto para o fundo obrigatório da saúde. E era todo depositado e gerido por quem saiba gerir dinheiro. Não é o ministro da Saúde. Nem o IGIF que nunca teve estrutura suficiente. Mas uma seguradora própria que dê contas à sociedade.

## A decisão de fechar os blocos de partos teve critérios

**GH – Uma seguradora que tem como accionista o Estado.**

**DS** – Não, não! Tem como accionistas os cidadãos! E dá um recibo do dinheiro que recebeu e é esse documento que me titula para utilizar os serviços. A partir do momento que tem o capital, que são as nossas contribuições para esse seguro, a seguradora constitui-se, autónoma.

**GH – Não se está a privatizar o SNS?**

**DS** – Não. Esta seguradora vai comprar os serviços onde eles forem melhores e mais baratos, públicos ou privados. As novas disposições relativamente aos médicos de família, significam que se lhes está a dizer para gerir a forma de atender as pessoas. Amanhã, se esta estrutura se candidata a prestar serviços a 15 mil pessoas na zona de Lisboa negocia isso com a seguradora.

**GH – Então a gestão seria entregue a alguém nomeado pelo Governo?**

**DS** – Não é obrigatoriamente nomeado pelo

Governo. Mas o Estado tem uma responsabilidade fundamental que é assegurar-se que todos os cidadãos têm acesso a cuidados de saúde, independentemente da capacidade para os pagar. Isto é o que estabelece a Constituição, ela não diz que é o Estado a produzir esses serviços. No relatório, recomendámos que o financiamento devia ser processado por um instituto público autónomo que administraria um fundo nacional para a saúde com base num seguro público obrigatório. Agora este instituto, se achar que para tratar o carcinoma da laringe é melhor e mais barato um serviço de um hospital privado compra-

lá, se achar que é o IPO compra ao IPO.

**GH – Que outras críticas é que faz ao ministro da Saúde?**

**DS** – Se tudo aquilo que ele faz fossem passos para uma reforma estrutural que ele tem na cabeça e que diz ou não diz às pessoas – era melhor que dissesse – este objectivo vai demorar oito anos. Se esses passos fossem apresentados como uma via para a tal reforma, para um novo serviço, teria sempre aplausos. O que nós gostaríamos era que ele nos dissesse qual é o seu projecto de serviço de saúde.



<<< "Se os médicos forem competentes podem evitar a medicina defensiva"



## Curriculum Vitae

**Daniel Serrão, 78 anos**

> Licenciado em Medicina

> Director do Serviço Académico e Hospitalar de Anatomia Patológica

> Vogal do Conselho Geral e Vice-presidente da Assembleia-Geral da ordem dos Médicos

> Representante dos professores extraordinários no Senado da Universidade do Porto

> Representante dos professores catedráticos da Faculdade de medicina ao Senado Universitário

> Director de um laboratório privado de anatomia Patológica de 1975 a 2002

> Professor de Anatomia Patologia, Medicina Legal, Bioética, Ética Médica, Gestão de Saúde e gestão de Unidades de Saúde

> Professor jubilado em 1998

> Representante de Portugal e membro do Bureau do Comité Director de Bioética

> Presidente do Working Party on The Protection of the Human Embryo and Foetus

> Membro do Conselho Científico das Ciências da Saúde do Instituto Nacional de Investigação Científica

> Coordenador do Conselho de Reflexão sobre a Saúde

> Presidente da Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde, do Ministério da Saúde

> Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

**GH – E acha que ele tem um projecto?**

**DS –** Eu penso que qualquer ministro da saúde tem de ter na cabeça uma estratégia de desenvolvimento. O ministro Correia de Campos é um técnico, um especialista, seguramente que tem. Pode achar é que, estrategicamente, é melhor não dizer onde quer chegar.

O que me parece essencial – não sei se o ministro o tem feito correctamente – é o diálogo permanente, porque nenhuma empresa pode fazer seja o que for contra os trabalhadores. Os médicos e enfermeiros têm de estar permanentemente informados do que o ministro quer, uma vez que ele é que é o administrador do SNS, infelizmente. Não devia ser mas é. Não basta reunir com os presidentes das ARS, tem de falar com as pessoas.

Por isso, propusemos a criação de um Conselho Nacional de Saúde, como tem a Holanda, onde estivessem representados todos os interesses. É uma estrutura grande, com peritos, que aconselhariam muito bem o ministro. Ao mesmo tempo, era um espaço onde os interesses das farmacêuticas, das farmácias, dos médicos, dos enfermeiros, dos cidadãos, se dissessem a alto e bom som.

**Quem sabe o que é o melhor para o doente é o próprio doente**

**GH – Mete-lhe medo a liberalização das farmácias?**

**DS –** Nenhum. As farmácias têm um regime de protecção que vem do tempo em que produziam muitos medicamentos. Hoje a farmácia o que é? É um posto de venda de medicamentos das multinacionais que os produzem. É um balcão de venda de produtos encaixotados, é um supermercado. Quanto maior for a concorrência melhor. É uma boa medida.

**GH – Como define a diferença entre ética e deontologia na medicina?**

**DS –** É muito simples. A deontologia é um

conjunto de decisões éticas que se tornaram consensuais para uma determinada profissão. Há uma reflexão ética que assumiu o papel de uma norma deontológica imposta aos médicos. A ética propõe normas. A deontologia é uma ética pragmática, escrita, porque aquela profissão entendeu que, naquela situação, a reflexão ética devia sempre conduzir àquela decisão.

**GH – Cada vez existem mais casos de cidadãos que processam médicos e hospitais. Há uma perda de valores éticos dos médicos?**

**DS –** A maior parte dos processos não têm nada a ver com valores éticos mas com a qualidade científica. As pessoas hoje já percebem que os médicos e os enfermeiros têm de proceder bem de determinadas maneiras.

**GH – Os médicos e os enfermeiros têm menos qualidade científica?**

**DS –** Provavelmente, usam-na menos. Se calhar estão bem preparados, mas usam-na mal, não têm aquele espírito de rigor. É uma coisa que acontece em todas as actividades em Portugal – são poucas as pessoas que exercem a sua profissão com rigor. A medicina é mais rigorosa do que era há 10 anos e os médicos têm de usar todos os meios. Volto a dizer que a informatização é fundamental.

**GH – Acha que os médicos deviam praticar uma medicina mais defensiva?**

**DS –** Não. Se forem muito competentes podem evitar a medicina defensiva. O que interessa é que o médico seja rigoroso na observação do doente, na colheita dos sintomas e dos dados laboratoriais analíticos.

**GH – Acha que a relação entre médicos e doentes se está a alterar?**

**DS –** Os doentes devem saber que o médico não pode tomar nenhuma decisão sobre eles sem lhes explicar o que lhe vai fazer e sem obter o seu consentimento. Porque se não fizer isto, ele ofende o direito de personalidade que é punido pelo



>>> Os cidadãos deveriam pagar um seguro público obrigatório de saúde, cujas verbas seriam geridas por um instituto público, que compraria os serviços de saúde onde fossem melhores e mais baratos

Código Penal português com pena de prisão. As relações entre o médico e o doente alteraram-se completamente. Não se alteraram ainda em Portugal porque há ainda muito paternalismo médico, ele ainda acha que sabe o que é melhor para o doente, mas não é. Quem sabe o que é o melhor para o doente é o próprio doente.

**GH – Acha que esta relação tem tendência para continuar a alterar-se?**

**DS –** Tem de continuar a alterar-se até que o médico respeite a autonomia do doente. Por exemplo, por motivos religiosos, como é o caso das Testemunhas de Jeová, já percebeu que tem de respeitar mesmo. Ainda que o doente morra!

**GH – Acha que esta alteração pode contribuir para uma nova relação com os enfermeiros ou os farmacêuticos?**

**DS –** Não. Os enfermeiros hoje têm o seu universo próprio, não são criados dos médicos nem estão às ordens dos médicos. Têm autonomia para fazer determinados diagnósticos e intervenções. Depois da sua própria autonomia, têm de cumprir instruções dos médicos.

**GH – A contenção de custos nos hospitais tem levado a cortes nas despesas com medicamentos inovadores. Acha que o doente está a ser prejudicado?**

**DS –** Acho com certeza. É aquilo que eu chamo o trilema da Saúde. Há três interesses que se chocam e que não são fáceis de harmonizar: o doente, que quer ser bem tratado, o médico que quer aplicar o que for mais eficaz, o administrador que quer gastar o menos possível. Se o administrador disser que não tem dinheiro para pagar, o médico fica chateado e o doente é prejudicado, indiscutivelmente.

**GH – Isso passa-se hoje nos hospitais?**

**DS –** Passa, constantemente, porque não há dinheiro. O SNS está totalmente descapitalizado, a viver de duodécimos. Um país só pode ter o serviço público de saúde que possa pagar e não aquele que queira. ■