

## Demografia, Acesso e Integração de cuidados

Ana Dias

Julho de 2010

O que estamos a discutir é qual é a resposta que os serviços de saúde dão às questões que a evolução demográfica coloca. A *Economist* diz, esta semana, que a Europa se está afundar num triângulo das Bermudas cujos vértices são a dívida, o desemprego e a demografia. A demografia está para os serviços de saúde como o clima está para a evolução. É a força poderosa por detrás de todos os fenómenos e é ele que desencadeia todas as respostas mas não é uma força evidente e por isso nem sempre lhe damos a importância que tem.

A possibilidade que os indivíduos têm de obter os cuidados de saúde apropriados às suas necessidades, no tempo, no lugar e a um custo suportável de modo a obterem ganhos em saúde, ou seja o acesso, é o terreno onde se confrontam as linhas de força do sistema e os limites de natureza financeira e organizacional que condicionam o desempenho e o resultado e fazem a diferença entre a saúde e a doença.

Esta é a história dos encontros e desencontros entre a oferta e a procura e é, também, a história do SNS vista de um certo lugar que é uma história de alguns fracassos e muitas glórias que, ao contrário de um certo derrotismo nacional, nos une e nos orgulha a todos.

Em pouco mais de trinta anos conseguimos criar, quase do nada, um sistema universal, compreensivo, que acompanha o círculo de vida das pessoas, que procura criar respostas efectivas para os problemas e que se orienta por princípios de equidade que se preocupa com o acesso, com a ética e para além do mais tem exigências de qualidade rigorosas.

O SNS transformou uma ideia generosa num eixo fundamental de desenvolvimento económico e coesão social, uma peça determinante da nossa qualidade de vida e, finalmente, uma holding de empresas com um índice de competências e conhecimento incorporado que é único no país.

Somos aquilo que protegemos. Neste momento defender que a saúde e a doença não dependem do lugar de cada um na escada social significa, antes de mais, lutar pela eficiência dos serviços. Mais do que de discursos ideológicos muito bonitos e boas vontades piedosas é a eficiência a primeira condição da equidade social e da justiça distributiva.

Dito isto, a adequação entre a utilização dos serviços de saúde e a necessidade das pessoas e logo a capacidade de gerar uma situação de mais e melhor bem estar é o tabuleiro onde se joga a credibilidade técnica e utilidade social do SNS e em última análise do nosso trabalho, como operadores do sistema.

Este é um campo de minas e muito permeável á propaganda e em que até os números podem ser profundamente mistificadores. Ao contrário do que pode parecer, aumentar indiscriminadamente a oferta, abrir mais consultas e mais serviços sejam hospitalares ou de cuidados primários não significa necessariamente mais acesso.

Manter serviços abertos em regime de suporte artificial de vida ou ligados a super organizações pode ter marginalmente algumas vantagens mas não é seguramente a panaceia universal que cure os males dos doentes e as mágoas dos contribuintes.

Tenho dúvidas que abrir ou manter consultas quase de sub especialidade, por exemplo de urologia ou endocrinologia ou reumatologia em hospitais que dantes chamávamos de hospitais de nível 1 ou até alguns hospitais de nível 2 contribua para melhorar a adequação de cuidados e obter mais ganhos em saúde, com o que quer que se queira identificá-los e como quer que se queira medi-los.

Pelo contrário, a proliferação destas consultas de que obviamente não vou citar nenhum caso, muito embora que seria muito fácil, é uma marca negativa do sistema é um atropelo ao planeamento e muitas vezes ao bom senso. Sempre que se abre uma destas consultas, que na maior parte dos casos não têm qualquer suporte técnico ou massa crítica, está-se a induzir uma mini lista de espera e estão-se a desviar recursos de um serviço organizado e estruturado cujo desempenho e lista de espera própria se vão necessariamente ressentir. Multiplicamos entidades e problemas.

Cabe aqui dar por reproduzidos todos os argumentos que vozes sensatas têm feito sobre o perigoso sentimento de falsa segurança que manter serviços abertos sem estruturas de suporte, sem capacidade técnica e as mais das vezes sem doentes implicam.

Por isso aprendi a ter muito cuidado na contratualização quando peço aos hospitais para aumentarem as primeiras consultas de ORL

ou de oftalmologia por exemplo, por às vezes recebemos exactamente aquilo que pedimos e o que pedimos pode não ser exactamente o que queremos.

Melhorar a acessibilidade é criar serviços de alta concentração de recursos humanos e tecnológicos e especializar unidades com elevado grau de diferenciação por contraponto á disseminação e proximidade de soluções de baixo custo, baixo perfil tecnológico e uma gama larga de intervenção. Não sei se é bem isto que estamos a fazer.

O equilíbrio entre o planeamento e a racionalidade técnica por um lado e as decisões de oportunidade e de racionalidade política, por outro, é um exercício muito difícil e um caminho muito fino mas é um exercício cada vez mais necessário e é um percurso que já foi iniciado e tem de ser continuado porque está ainda muito por fazer.

Até porque há aqui questões de saúde, se calhar mais relevantes até do que as questões financeiras de que se chama como se fosse um insulto economicistas. Acredito que esgotadas todas as outras possibilidades as pessoas, as organizações e até os sistemas de saúde tomam as decisões certas.

Nos últimos anos tivemos a coragem de por em prática uma espécie de revolução de veludo que modernizou e melhorou as respostas dos serviços e tornou as organizações simultaneamente mais ágeis e mais robustas. Estou a falar da reforma dos cuidados primários mas também do suave milagre que ocorreu nos cuidados continuados, na redefinição massiva do parque hospitalar com

fusões, aquisições e transformações dignas do mais turbulentos dias de wall street ou da criação das ULS.

Será, talvez, a altura de desencadear processos de avaliação para sabermos qual o custo de oportunidade de todas essas decisões e porque estamos melhor agora de que estávamos antes, do ponto de vista financeiro mas também do volume e qualidade das prestações e ver o que temos de alterar e corrigir.

Fiz parte de um grupo de trabalho para a criação de um centro hospitalar em que tivemos uma grande preocupação com o desenho de um projecto detalhado e compreensivo de avaliação. Confesso que já propus e já vi propor vários cenários de avaliação para diferentes projectos e não aconteceu nada.

A outra ideia que queria referir é que os problemas do acesso não se resolvem fundamentalmente nem na maior parte dos casos nem com dinheiro nem com obras. Os problemas das organizações resolvem-se com respostas organizacionais. Atirar dinheiro ou cimento para cima dos problemas é como usar uma ligadura para curar uma gripe. O doente continua doente mas fica logo com outro ar.

Problemas organizacionais têm respostas organizacionais, e as respostas organizacionais têm a ver com distribuição e alocação de recursos, e aqui recursos é tudo o que tem valor para a organização, por exemplo a informação, mas também tem a ver com valores como a ética do trabalho, a disciplina as práticas de excelência.

A prazo os governos, as famílias e até os serviços de saúde terão de viver segundo as suas possibilidades. Por isso, ao contrário do

que gostamos de acreditar os cuidados de saúde e os serviços de saúde que podemos pagar terão de ser bastante mais frugais. Que isto implique diminuir o volume ou a qualidade depende, fundamentalmente, dos mecanismos de compensação que introduzirmos do lado da despesa.

Possivelmente teremos de substituir um discurso muito centrado na receita e no financiamento por outro ancorado nos custos e no valor e na utilidade que obtemos por cada euro gasto. Possivelmente teremos, também, de definir o que estamos dispostos a aceitar como sendo um custo admissível em função dos serviços fornecidos.

Já ouvi justificar pedidos de aumento de financiamento com o argumento de que haverá sempre ineficiência e serviços ineficientes. Isso é verdade, mas o que digo é que a questão está em saber quantos euros estamos dispostos a gastar com a ineficiência e em que situações, quanto estamos dispostos a pagar pela ineficiência e onde. Em última análise é claro que o critério será sempre político mas qualquer decisão terá sempre de confrontar-se com o respectivo custo de oportunidade.

Terceira e última ideia que queria abordar como não podia deixar de ser é sistemas de informação e conhecimento. Vivemos um tempo em que um presidente dos EU foi eleito com a ajuda de um sistema de informação que identificava os eleitores individualmente.

Queria ilustrar este aspecto com o SIGIC. Não cabe aqui fazer uma avaliação do SIGIC que com todos os seus defeitos e limitações é marca na gestão das listas cirúrgicas. Se há um antes e um depois isso deve-se não tanto ao dinheiro que é muito que é drenado para o sistema, não tanto á dita parceria com as entidades privadas e

sociais, que devíamos auditar periodicamente, mas ao sistema de informação. O coração do SIGIC, o que o faz funcionar é a informação.

Aliás da informação do SIGIC não estamos a retirar todas as virtualidades por exemplo na contratualização continuamos a negociar envelopes fechados de actos quando podíamos perfeitamente negociar variações orientadas cirurgicamente em função da procura.

Deveríamos retirar algumas lições de uma avaliação séria e independente do SIGIC e procurar transpor a mesma lógica de coerência e disciplina da informação, monitorização e gestão dos doentes para as consultas hospitalares e os cuidados primários e ir até um pouco mais longe com a integração e partilha de informação clínica, condição determinante da integração de cuidados.

Bom como vêem aquilo que vim aqui trazer não é nenhuma grande narrativa nem é nenhuma solução mágica e fácil tipo bala de prata nem sequer espectacular ou original. A minha mensagem é simples e bastante modesta: planeamento, avaliação, racionalidade técnica, controle de custos, conhecimento e informação.

Nada do que estou a sugerir é extraordinário ou está além do nosso alcance. Os indianos estão a obter resultados muito bons com soluções que combinam super especialização e alta concentração de recursos com disseminação de tecnologias de baixo custo e formação a pessoal não técnico.

A Kaiser Permanente, como sabem, é um segurador privado da Califórnia com 8 milhões e meio de segurados que obtém excelentes resultados de saúde e 2 biliões de dólares de lucro no

ano passado com soluções de integração e continuidade de cuidados que misturam o não pagamento ao acto com a parcimónia na utilização da tecnologia e exames e a opção por vias ágeis e frugais como consultas por telefone, por mail, telemedicina e processo clínico informático.

Nem sempre no passado fizemos as melhores escolhas e muitas das consequências difíceis que hoje enfrentamos nascem de decisões que ontem foram fáceis, mas se podemos escrever outro começo podemos, seguramente escrever outro fim. Modernizar e melhorar o SNS é um trabalho infinito e sempre imperfeito e temos todas as razões para continuar e nem uma desculpa para desistir.