

A Reforma na Saúde - Ética, Plural e Multidisciplinar

Maria Alice da Silva Azevedo¹

RESUMO

A saúde deve ser analisada sob o prisma da responsabilidade pessoal, da actuação transparente, que deve nortear os gestores e responsáveis pelo Sistema Nacional de Saúde, virada para uma Administração por Objectivos, integradas em Unidades de Gestão Autónoma; deve combater o desperdício e potenciar os recursos existentes, proporcionando um acesso mais equitativo de todos os cidadãos ao bem cuidados de saúde. Esta mudança de estratégia na saúde tem por base a pluralidade e a multidisciplinaridade, obrigando à procura de consensos e à reflexão ética, para garantia dos direitos fundamentais dos cidadãos, nomeadamente o direito à protecção da saúde. A novidade passa pela aposta na reabilitação dos cuidados de saúde primários, pela sua importância na educação para a saúde. Impõe-se a inter-comunicação efectiva entre as diversas unidades e entre estas e a sociedade, para alcance dos objectivos pretendidos.

Palavras-chave: Ética, Educação, Eficiência, Eficácia, Equidade.

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 25-29

INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende abordar o tema "Centros de Responsabilidade Integrados", entendido como parte importante da "Gestão e Administração Hospitalar". Começa por referir algumas Entidades e Declarações oficiais, promotoras da saúde ao nível mundial e que ajudam a disciplinar atitudes e a implantar valores. Fala dos Centros a nível Hospitalar

e da sua importância no bom uso dos recursos afectos para este sector, mas também apresenta as Unidades de Gestão Autónoma a nível de cuidados primários, inseridas na reforma dos centros de saúde, em particular pela sua importância as Unidades de Saúde Familiar (USF). Isto porque as duas unidades Hospital e Centro de Saúde cumprem melhor os seus objectivos quando comunicam e não devem ser vistas desligadas, uma vez que se complementam e a eficácia duma vai reflectir-se na eficácia da outra; em conjunto formam o Sistema Nacional de Saúde (SNS). São ainda apresentadas as leis que regulam as reformas a este nível e o seu contexto na Europa e no mundo, já que o avanço da ciência e das tecnologias, muito em especial nos transportes e na comunicação, trouxe ao homem a consciência do seu papel de cidadão do mundo e da consequência das suas acções a nível global. A responsabilidade individual está por isso a emergir, fruto deste novo paradigma.

SAÚDE NO SÉCULO XXI

A Organização Mundial da Saúde (OMS), agência especializada em saúde, fundada em 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas, está sediada em Genebra, na Suíça, e teve as suas origens nas guerras do fim do século XIX. Tem como filosofia e defende a aquisição, por todos os povos, do nível de saúde mais elevado que for possível. Define Saúde como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente na ausência de uma doença ou enfermidade", consciente de como o todo se reflecte nas partes. Afirma ainda que os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e protecção da saúde são de valor igual para todos,

que a saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados e que gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição económica ou social.

A Declaração de Alma-Ata, "Saúde para todos no ano 2000", na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP), de 12 de Setembro de 1978, em Alma-Ata, Casaquistão, URSS, sublinhou a necessidade de acção urgente por parte de todos os governos, de todos os que trabalham nas áreas da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade em geral, para atingir esta importante meta social mundial. Reforça que a ordem económica internacional é de importância fundamental, mediante o uso racional dos recursos mundiais, e incentivou a acção internacional e nacional, urgente e eficaz, para que os cuidados de saúde primários sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo. São de salientar a este propósito e na íntegra, respectivamente, os pontos VI e VII desta declaração:

"Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema

¹ Técnica Radiologista do Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE – Unidade de Famalicão

nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.”

“Os cuidados de saúde primários:

- a) Reflectem, e a partir deles evoluem, as condições económicas e as características sócio-culturais e políticas do país e suas comunidades, e baseiam-se na aplicação de resultados relevantes de pesquisa social, biomédica e de serviços da saúde, e da experiência em saúde pública.
- b) Têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.
- c) Incluem pelo menos: educação em relação a problemas prevalentes de saúde e a métodos para sua prevenção e controlo, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais.
- d) Envolve, além do sector da saúde, todos os sectores e aspectos relacionados com o desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros sectores, e requerem os esforços coordenados de todos os sectores.
- e) Requerem e promovem a autoconfiança e a participação comunitária e individual no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos cuidados de saúde primários, fazendo o mais pleno uso dos recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim, desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.
- f) Devem ser apoiados por sistemas de referências integrados e funcionais,

que levem à progressiva melhoria dos cuidados de saúde para todos, e dando prioridade aos mais necessitados.

- g) Baseiam-se, a nível local e de encaminamento, nos que trabalham no campo da saúde, incluindo médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados, social e tecnicamente, para trabalharem ao lado das equipas de saúde e para responderem às necessidades de saúde expressas da comunidade.”(http://www.saude-publica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm).

A reafirmar o espírito da Declaração de Alma-Ata, seguiram-se outras Conferências com os mesmos objectivos. Em 1986 a de Ottawa, que reforça a necessidade de políticas públicas saudáveis e em 1988 a de Adelaide, que realça a importância da criação de ambientes favoráveis para a saúde das pessoas, devendo isto ser encarado tanto como um direito como um dever de todos cidadãos e Estado. Deve destacar-se a importante função preventiva e formativa dos Centros de Saúde; os cuidados primários de saúde aí prestados, são primários porque devem estar primeiro na lista das prioridades na saúde, mas estão articulados com os secundários, que são os cuidados a nível hospitalar. Juntos perfazem o Sistema Nacional de Saúde (SNS), de que os primeiros ocupam o núcleo, daí a sua importância para a estabilidade e qualidade de vida das populações, sendo essenciais para o desenvolvimento económico e social.

Durante muitos anos os centros de saúde abandonaram o conceito de cuidados primários de saúde integrados, limitando-se a sua função ao tratamento da doença e desarticulando-se a relação entre centros de saúde e hospitais. Os primeiros têm a missão de praticar uma medicina preventiva e educativa, ocupando por isso um lugar central na sociedade, a missão dos segundos é uma medicina curativa e de reabilitação. A sua articulação é imprescindível. Uns e outros, no seu conjunto, devem proporcionar às populações meios de proverem à sua autonomia individual, para que se formem cidadãos responsáveis e

pró-activos, capazes de gerir o seu capital biológico e prover às suas múltiplas necessidades sociais. Deste abandono foi responsável o tratamento de parente pobre, dado aos centros de saúde pelos Organismos Oficiais, e a falta de apoios consequente. Actualmente está a ser reabilitada a função original dos Centros de Saúde, com a nova política do Governo, sobre a reforma dos cuidados de saúde primários, que tem posto em destaque a importância vital deste núcleo do SNS, para a resolução dos imensos problemas sociais existentes, sem o qual não é possível reabilitar a sociedade.

O SNS deve ter uma forte orientação para os Cuidados de Saúde Primários, invertendo a actual tendência para investir no nível hospitalar numa proporção maior da dos CSP, podendo gerar realidades problemáticas. Urge estimular o aparecimento de mais profissionais de Medicina Familiar e Saúde Pública, dois pilares fundamentais para a promoção da saúde dos cidadãos. É neste contexto que toda a estratégia governamental tem procurado evoluir, no sentido de obter mais ganhos em saúde e assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade. Esta estratégia tem-se suportado economicamente nos fundos europeus, que têm garantido o acesso a mais e melhores meios materiais, como forma de proporcionar melhores condições de trabalho, mas também de estimular os profissionais através de incentivos económicos, para além de lhes favorecer o acesso a um nível mais elevado de conhecimentos. O objectivo final é proporcionar aos cidadãos mais anos, com mais educação, logo, com mais qualidade de vida. A estratégia contempla a criação de níveis intermédios de gestão nas unidades de saúde, dado o seu grau de complexidade e diferenciação, com vista a uma melhor rentabilização dos seus meios materiais, financeiros e humanos, e maior eficácia nos resultados.

CENTROS DE RESPONSABILIDADE INTEGRADOS

Os Centros de Responsabilidades (CR) ao nível Hospitalar, correspondem a Unidades de Gestão autónoma dentro da estrutura hospitalar e permitem praticar

a gestão de uma forma mais integrada, aproveitando e potenciando os recursos disponíveis. O que está subjacente aos CR é a existência de um trabalho por objectivos, aplicando ao nível interno a lógica da contratualização externa. É a partir do nível Intermédio ou tático que se podem formar estes centros de responsabilidade de gestão autónoma integrados. Pretende-se, com os centros de responsabilidade integrados, a desconcentração e passagem da tomada de decisão para órgãos de gestão intermédia, entre o nível operacional e o nível estratégico, sem quebrar a unidade de conjunto, nos termos e no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração do hospital. Visam uma melhor gestão dos recursos e a eliminação do desperdício. Os profissionais são remunerados segundo a produtividade, tendo associado um sistema de incentivos. Quando os proveitos superam os custos no centro, os resultados são distribuídos pela equipa, segundo critérios previamente estabelecidos, integrando profissionais em regime de exclusividade. O futuro poderá ser promissor para estas Unidades Autónomas de Gestão, de nível intermédio, porque estão baseados em modelos que estão testados e que podem ser replicáveis, com bons resultados.

É o caso do exemplo do Centro de Responsabilidade Integrado de Cirurgia Cardiotóracica (CRI-CCT), dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que em termos de eficiência e de eficácia se tornou o primeiro centro nacional e o mais activo na Península Ibérica, o que se conclui da crescente produtividade, a par da qualidade dos serviços prestados, expressa nas baixas taxas de mortalidade e morbilidade, que contribuíram para o prestígio do Serviço tanto a nível nacional como internacional e o projectaram a referência. Tudo isto foi conseguido com a implantação de estratégias ao nível da equipa que responsabilizam, envolvem e promovem com base em competências individuais. O sistema de incentivos e a distribuição de lucros previstos para estes centros, são nucleares nesta estratégia. (<http://hospitaldofuturo.typepad.com/economia/2007/08/centro-de-respo.html>).

GESTÃO HOSPITALAR E LEI

O objectivo a atingir com a organização interna dos Estabelecimentos Hospitalares em Centros de Responsabilidade Integrados é uma maior eficiência e uma maior equidade no acesso por todos os cidadãos a mais e melhores cuidados de saúde, e traz subjacente uma maior responsabilização por parte de quem produz estes cuidados, a par de maiores incentivos tanto a nível económico como de autonomia.

O Decreto-Lei nº 19/88 de 21 de Janeiro, refere que os cidadãos têm direito a esperar dos Hospitais, Instituições cujos fins sociais não podem ser esquecidos, um tratamento que se situa no nível de qualidade que o respeito que merecem e os meios humanos e materiais envolvidos tornam razoável esperar. A avaliação daquilo que neles é realizado, deve preocupar os responsáveis e estar sempre presente na administração de um Hospital. No seu artigo 7º define os princípios segundo os quais os hospitais devem organizar-se, a fim de conseguir maior eficiência técnica e social e garantir à colectividade o mínimo custo no seu funcionamento. No artigo 9º a mesma lei cria os centros de responsabilidade, para prover à adequada descentralização de poderes e repartição de responsabilidades. Esta lei nunca foi estimulada e acabou por ser desvirtuada. O Decreto-Lei nº 374/99, (Diário da República nº 219, Série I), surgiu na sua continuidade, com a mesma filosofia mas mais determinação, veio colmatar essa falha, e afirma que as unidades de saúde são muito complexas e diferenciadas, não compatíveis com a concentração do processo da tomada de decisão. Assim, sendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde um objectivo estratégico fundamental, torna-se imperativo redefinir a estrutura funcional dos hospitais, através de soluções que permitam identificar ganhos em saúde, assim como aumentar o grau de satisfação dos utilizadores e dos profissionais, tendo a organização interna dos estabelecimentos hospitalares em centros de responsabilidade integrados como objectivo atingir uma maior eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabiliza-

ção dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição. Ou seja, visa combater a ineficiência e o desperdício, este resultante da não utilização, da utilização indevida e da utilização abusiva. A deficiente gestão dos recursos materiais e humanos do nosso SNS constitui a causa principal do seu angustiante estado actual. Segundo Antunes, temos gente a mais, mas sobretudo gente que produz pouco (Antunes, M., 2000). Este Decreto, dá por isso corpo aos actuais centros de responsabilidade integrados, nos moldes em que estão a ser implementados. É relevante citar aqui o Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto, que veio reforçar estas políticas.

UNIDADES DE GESTÃO AUTÓNOMA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

Em 2005 a **Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005**, publicada no DR de 22 de Outubro, cria a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, um projecto de importância crucial para o futuro de todos nós, que deve ser olhada pelos cidadãos e pelos profissionais de saúde como uma enorme oportunidade de melhoria. Em 2006 a estratégia foi criar Unidades de Saúde Familiar (USF), no sentido de assegurar médico ao maior número possível de cidadãos e aproximar os profissionais da população com mais visitas domiciliárias, ou seja, melhorar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários. Este tem sido aliás o problema mais sentido pelas populações, que em muitas localidades tem que passar a noite à porta do centro de saúde para obter uma consulta do seu médico. A reforma dos Cuidados Primários passa pela criação de um novo modelo de organização mais pequeno – as Unidades de Saúde Familiar (USF) – que assegure os cuidados de saúde a uma população de entre 3-4 mil a 14-18 mil utentes. Com as 100 unidades (havendo já 60 a funcionar) que se previa terem entrado em funcionamento até ao final do ano de 2006, o Governo esperava vir a reduzir o número de portugueses sem médico de família. É, no entanto, apenas uma parte da reforma, já que há outras vertentes dos cuidados de saúde primários a ser visadas, como é o caso das unidades de saúde pública.

As novas USF, que podem ou não funcionar nas instalações dos actuais centros de saúde, serão criadas e geridas por um grupo de médicos, enfermeiros e administrativos, mediante candidatura prévia. A organização dos cuidados primários em USF corresponde a uma nova filosofia que pretende virar o centro de saúde para a comunidade, reduzindo o número de pessoas sem médico de família, aumentando as visitas ao domicílio, atendendo mais e melhor os utentes e dando melhores condições de trabalho aos profissionais que nele trabalham.

A qualificação do pessoal administrativo, o reforço da ligação entre hospital e centro de saúde e a criação da figura de “enfermeiro de família” foram algumas das medidas apresentadas por Luís Pisco, coordenador da Missão em 12 de Janeiro de 2006, em sessão pública, que se enquadram nesta filosofia. Esta reconfiguração, cujos objectivos são claramente a acessibilidade, a adequação, a efectividade, a eficiência e a qualidade, deve ter uma filosofia mais centrada nas pessoas, orientada para o cidadão, mais transparente nos processos de decisão e observando um quadro ético de responsabilidade social (<http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2006/1/usf.htm>)

Em 2007 o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B, vem também anexar a esta lei por Portaria 1368/2007, de 18 de Outubro, aprovar a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das USF. A carteira básica de serviços existe como compromisso assistencial nuclear, aplicável a todas as USF, independentemente de estarem constituídas sob o modelo organizacional A, B ou C.

Em Outubro de 2007 o Despacho nº 24101/2007, publicado no DR, 2ª série, define três modelos de organização das USF: A, B e C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização. Permite a transição de um

modelo para outro em qualquer momento desde que observados os termos de acesso e a metodologia, definidos pela MCSP, bem como o número de USF estabelecido, anualmente pelo Governo. O modelo A corresponde à aprendizagem para constituir USF. O modelo B a equipas já com amadurecimento, capazes de fazer a sua acreditação; e o modelo C, experimental, a regular por diploma próprio, em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído.

POLÍTICAS DE SAÚDE DO GOVERNO PARA 2008

Para 2008 o Governo aprovou em matéria de saúde e seguindo a sua política de reformas, neste contexto: O Decreto-Lei n.º 28/2008 que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e o Decreto-Lei n.º 48/2008, que cria um regime excepcional para a contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, pelas administrações regionais de saúde, I.P., e pelos conselhos de administração dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, de bens e serviços destinados à instalação das Unidades de Saúde Familiar, à instalação ou requalificação dos serviços de saúde da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e dos serviços de urgência, e pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P., de bens e serviços destinados ao reforço dos meios de socorro pré-hospitalar.

O decreto-Lei n.º 48/2008 de 13 de Março diz que: “A política de saúde do Governo, cuja finalidade é a obtenção de mais ganhos em saúde para os portugueses, continuará, em 2008, a centrar-se na reforma dos cuidados de saúde primários, na implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e na requalificação de serviços das instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estas três áreas de actuação do Governo mereceram atenção prioritária no Orçamento do Estado para 2008 e os projectos que se inserem em qualquer delas têm de ser objecto de um

tratamento célere que não se compadece com dilações injustificadas.

Relativamente aos cuidados de saúde primários, pilar fundamental do SNS, a sua reforma prosseguirá com a criação de novas unidades de saúde familiares (USF) e com a reestruturação organizacional dos centros de saúde.

Ao nível dos cuidados continuados integrados destinados a pessoas idosas e em situação de dependência e na área de cuidados paliativos, terminado o período de experiências-piloto, que decorreu entre Novembro de 2006 e Junho de 2007, o Governo quer expandir esta rede em 2008 de acordo com critérios de necessidade, de equidade territorial e de garantia de qualidade, em parceria com o sector social e privado, sem prejuízo do investimento a fazer na rede do SNS.

Em simultâneo, o Governo mantém-se empenhado na requalificação dos serviços de urgência, prosseguindo a aposta na qualidade, numa gestão eficaz e rigorosa dos recursos humanos e dos equipamentos de saúde, assegurando a sua modernização e o reforço da equidade em saúde.

Todas estas iniciativas deverão ocorrer numa envolvente de desenvolvimento e execução de projectos de melhoria da qualidade, modernização de instalações e de apetrechamento tecnológico. Neste contexto, considerando a transversalidade e dimensão de todos estes projectos e a multiplicidade de organismos envolvidos, torna-se conveniente adoptar, durante o ano de 2008, um regime de contratação de empreitadas de obras públicas e de aquisição ou locação de bens e serviços que combine a celeridade procedimental exigida pela concretização dos referidos projectos com a defesa dos interesses do Estado e a rigorosa transparência nos gastos públicos.

O Governo decreta, por isso, em regime excepcional e transitório, com efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2008 que: “A contratação de empreitadas de obras públicas e aquisição ou locação de bens ou serviços, sob qualquer regime, cuja estimativa de custo global por contrato, não considerando o IVA, seja inferior aos limiares previstos para aplicação das directivas comunitárias sobre contratação

pública podem realizar -se, até 31 de Dezembro de 2008, com recurso aos procedimentos por negociação, consulta prévia ou ajuste directo, quando efectuadas:

- a) Pelas administrações regionais de saúde, I. P., e visem a instalação das unidades de saúde familiar ou outros projectos que se insiram no processo de instalação ou de requalificação dos cuidados de saúde primários, dos serviços de urgência básica e dos serviços de saúde que se integrem na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- b) Pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde e visem a requalificação dos serviços de urgência básica, médico-cirúrgica e polivalente;
- c) Pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., e visem o reforço dos meios de socorro pré-hospitalar.”

CONCLUSÃO

A Saúde é vista hoje sob um novo paradigma, em que todas as unidades funcionais devem estar ligadas em rede, daí a necessidades de cada um dos operadores estar motivado e estimulado para o dever de fazer o melhor para o objectivo comum, para o qual é necessário o envolvimento de todos. Para operacionalizar a reforma na saúde, a tendência é para estruturas organizacionais mais achatadas ao nível hierárquico, possibilitando a desburocratização e a comunicação mais eficaz entre a cúpula e as bases e a produção de resultados na saúde mais efectivos. Assim o exigem os novos CSP, baseados em equipas multidisciplinares orientadas para a implementação de uma verdadeira Medicina Preventiva, atenta aos determinantes sociais e ambientais da saúde. A reabilitação de uma outra faceta dos CSP, é a de “cuidados comunitários”, promovendo os cuidados domiciliários para que as pessoas permaneçam na sua residência sempre que possível (Nunes, R e Rego, G, 2002). Vivemos numa sociedade em mudança, marcada por fortes contestações a todos os níveis. Séculos de obscurantismo desembocaram numa tempestade de descontentamentos difícil de barrar. A primeira comporta abriu-se nos anos setenta, com o 25 de Abril e o cheiro a liberdade. Ávidos de igualdade, os por-

tugueses comemoraram o acontecimento cantando “Grândola Vila Morena, terra da fraternidade...”. É de facto a Igualdade, a Liberdade e a Fraternidade, o que todos os Homens anseiam. Ontem como hoje, procuram rever-se no outro, no amigo, no irmão. No entanto, o Homem é apenas humano e a sua natureza acorrenta-o muitas vezes ao fracasso e à desilusão. Procura o caminho certo para sair do labirinto em que se encontra e entre recuos e avanços, aproxima-se muitas vezes da saída, mas dominado pelo egoísmo regressa não raras vezes ao ponto de partida. Na verdade, o egoísmo é o maior inimigo do Homem. É ele que o tem atraído e o coloca passadas quase quatro décadas depois do cheiro a liberdade, numa posição ainda muito frágil em relação à tão perseguida igualdade. De reprimido a repressor assim tem alternado de posição durante mais de três décadas. A aprendizagem para o uso pleno da liberdade não tem sido fácil. Juntamente com os ventos de mudança que trouxe a liberdade, persistiram também: a discriminação, o abandono, a pobreza e a indignidade humana. O Homem está de novo à beira do abismo e, numa tentativa apressada porque o tempo urge, abre alas a uma nova abordagem na partilha do bem comum. A introdução, não só na Saúde, mas em todos os sectores públicos da sociedade, das Unidades de Gestão Autónoma, é isso mesmo, uma tentativa de finalmente encontrar o caminho para sair do labirinto.

HEALTH SERVICE REFORM - ETHICAL, PLURAL AND MULTIDISCIPLINARY

ABSTRACT

Health must be analysed under the lens of personal responsibility, of transparent performance, and should direct administrators and managers of the National Health Service, turning to administration for targets integrated in Autonomous management Units; should combat waste and realise the potential of available resources thereby furnishing easier access for all citizens to excellent health care. This change in the strategy for health is based on plurality and multi-disciplinarity

and makes obligatory the search for consensus and ethical consideration in order to guarantee the fundamental rights of each individual and specifically the right to health protection. Novelty passes into the support for rehabilitation of primary health care because of its importance in health education. Effective inter-communication is imposed between the various health-care units and with society in order to reach the desired objectives.

Key words: Ethics, Education, Efficiency, efficacy, equity/equality

Nascer e Crescer 2008; 17(1): 25-29

BIBLIOGRAFIA

- Antunes, Manuel J., *A Doença da Saúde* – Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício, Quetzal Editores, Lisboa, 2001.
- Nunes, R., e Rego, G., *Prioridades na Saúde*, Mc Graw Hill Editores, Lisboa, 2002.
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Organiza%C3%A7%C3%A3o_Mundial_da_Sa%C3%BAde
- http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm
- <http://www.google.pt/search?hl=pt&q=Conferencia+de+Ottawa&meta=>
- <http://www.google.pt/search?hl=pt&q=Conferencia+de+Adelaide&meta=>
- <http://hospitaldofuturo.typepad.com/economia/2007/08/centro-de-respo.html>
- <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2006/1/usf.htm>
- http://www.google.pt/search?hl=pt&P T & r l z = 1 T 4 A D B S _ e n P T 2 4 1 P T 2 4 1 & q = D e c r e t o - L e i + 2 8 - 2 0 0 8 & m e t a =
- http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS_enPT241PT241&q=Decreto%2dLei+48%2d2008

CORRESPONDÊNCIA

Maria Alice da Silva Azevedo
Rua Alexandrino Costa, 37
4760-116 Vila Nova de Famalicão
Telemóvel – 919583174
E-mail: alice.s.azevedo@hotmail.com