

Plano de Atividades

Activities Plan

João Araújo Correia (<https://orcid.org/0000-0002-6742-3900>)

Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Todos os anos, é exigido a quem dirige um Serviço Médico Hospitalar a elaboração de um Plano de Atividades. É natural que assim seja. Pede-se a quem lidera as equipas de Saúde, que reúna com elas, ausculte as suas ideias e aproveite o momento para as motivar em novos projetos.

Infelizmente, nos últimos anos, fazer o Plano de Atividades é um exercício penoso para qualquer Diretor de Serviço. A não concretização sistemática de metas, consideradas essenciais nos anos anteriores, faz-nos perder a credibilidade. Já ninguém acredita que vai ser desta. Há sempre uma cativação ou uma qualquer nova prioridade política, que desloca o dinheiro para outro lado. Isto é particularmente verdade na aquisição de equipamentos inovadores, mas também nas obras de requalificação e na contratação das pessoas necessárias á concretização de projetos.

As pessoas são de facto, o elemento mais importante para que um Serviço Hospitalar se desenvolva e preste cuidados de excelência aos doentes de quem é responsável. Como podemos planejar, se não nos deixam contratar os médicos que propositadamente formamos em áreas específicas? Somos obrigados a receber quem tenha a melhor classificação no exame de titulação como especialista, numa lista de candidatos ordenados pela nota obtida em mais de vinte júris nacionais diferentes! Depois, para além da qualidade, também nunca sabemos se o número de especialistas pedido pelo Conselho de Administração vai ser cumprido. Quase nunca é. É sempre menos para uns e mais para outros, com critérios insondáveis!

Os objetivos de produtividade e qualidade assistencial, também têm de ser incluídos no Plano de Atividades. Aqui a grande dificuldade é a de termos de prever indicadores, que em grande parte não controlamos.

O número de doentes tratados depende da procura, que é sempre crescente, em vista do envelhecimento da população e a decisão política de permitir ao doente a escolha do hospital, sem atestar a sua área de residência. Portanto, temos de tratar os doentes que vierem! A taxa de reinternamento a 30 dias tem um valor reconhecido na qualidade assistencial, mas, principalmente no doente crónico complexo, é fundamental que o doente tenha acompanhamento médico após a alta hospitalar, o que em Portugal é muito insuficiente.

A demora média de internamento é um dos marcadores mais importantes para a Administração do Hospital, principalmente quando ajustada para os diagnósticos mais prevalentes. Mas, como podemos reduzir a estadia dos doentes no Hospital, quando a resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados ronda os 2 meses e a colocação em Lares da Segurança Social demora 6 meses? A realidade que conheço dos Serviços de Medicina Interna é que mais de 20% das camas estão permanentemente ocupadas com doentes que têm alta clínica.

Por tudo isto, fazer um “Plano de Atividades” é um esforço inglório. É uma quadratura do círculo. Fazer projetos que muitas vezes voltam a ser repetidos no ano seguinte, sem quaisquer garantias que vão ser dados os meios humanos e materiais necessários.

Determinamos metas de resultados, mas não controlamos fatores essenciais para a eficácia do sistema. Mas, é preciso saber resistir e continuar a fazer o “Plano de Atividades”. Não nos podemos cansar de chamar á atenção do que ainda não foi feito. Talvez um dia os políticos ouçam os Serviços Hospitalares e lhes concedam alguma autonomia que os motive, porque só assim poderão ser mais eficientes. ■