

TEMPOS DECISIVOS



**Da necessidade de um novo modelo de governança para a
reforma dos cuidados de saúde primários**

Fevereiro 2010

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Índice

INTRODUÇÃO	2
ASPECTOS GERAIS	3
Progressos 2009	3
A marca da reforma	4
Modelo de Governança	5
A importância das pessoas	6
ASPECTOS ESPECÍFICOS	7
Unidade de Saúde Familiar	7
Unidade de Cuidados na Comunidade	7
Unidade de Saúde Pública	8
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	8
Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados	9
Agrupamentos de Centros de Saúde	9
Gestão Clínica	10
Instrumentos de Apoio	11
Contratualização	11
Tecnologias de informação e comunicação	12
Articulação com hospitais	13
PROPOSTA: PRINCÍPIOS PARA UM NOVO MODELO DE GOVERNANÇA NA SAÚDE	14
Direcção estratégica e sistema de monitorização da reforma	14
Dispositivo de coordenação interna	15
Envolvimento da sociedade e alargamento da base social de apoio - Mobilização da capacidade científica e tecnológica do País	15
Fazer chegar aos decisores o ponto de vista do terreno	16
Acompanhamento e avaliação externa	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
ANEXO 1: PRINCIPAIS ACTIVIDADES DA MCSP - 2009	18

INTRODUÇÃO

Toda a reforma que se prolonga no tempo tem momentos de exaltação, períodos difíceis e tempos decisivos.

A reforma dos cuidados de saúde primários é, no contexto daquilo que têm sido as políticas sociais do país, um *acontecimento extraordinário*.

O seu carácter original e genuíno tem sido estimulante para todos aqueles – profissionais e cidadãos - que têm feito parte, contribuído e beneficiado deste processo.

No entanto, e como se previa, à medida que a reforma progride e se aproxima daquilo que são os alicerces mais imperfeitos do sistema de saúde português, as dificuldades têm aumentado e torna-se mais difícil superá-las.

Aqui chegados, é preciso re-oxigenar o processo de mudança e as relações entre os seus principais actores e dar saltos qualitativos na efectividade dos dispositivos que o enquadram, motivam e conduzem. Por isso estes são **tempos decisivos**.

Este trabalho foi preparado na sequência das observações e recomendações do documento “Acontecimento Extraordinário” divulgado pelo Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Fevereiro de 2009.

Este documento destina-se, essencialmente, a promover um debate, que se espera amplamente participado, sobre os princípios fundamentais de um novo modelo para a governança da reforma dos cuidados de saúde primários.

Desde já convém acentuar a distinção entre a **governação** e a **governança** da reforma dos cuidados de saúde primários. A primeira refere-se às acções das entidades que “dirigem” a reforma, a segunda acrescenta àquela todas as interacções entre os diversos actores sociais que de uma forma ou de outra estão nela envolvidos. Num processo de mudança como aquele que tem caracterizado esta reforma – com grande impulso das lideranças locais – esta distinção tem uma grande importância.

O relatório final do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários resumirá as conclusões deste debate e apresentará uma proposta mais detalhada para um novo modelo de governança da reforma que, através deste documento preliminar, se apresenta nas suas linhas gerais. Este Grupo Consultivo extinguir-se-á após a entrega dessa mesma proposta.

A argumentação sobre a necessidade de um novo modelo de governança e as propostas sobre os princípios gerais que o devem fundamentar baseiam-se na apreciação da evolução da reforma durante 2009, à luz do relatório “Acontecimento Extraordinário”.

Este documento está organizado em quatro partes. As duas primeiras revêem tanto os aspectos gerais como as questões mais específicas da reforma em curso. A terceira parte explicita uma proposta para debate sobre um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários. Seguem-se breves considerações finais.

ASPECTOS GERAIS

PROGRESSOS 2009

A reforma dos cuidados de saúde primários é um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa.

Conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados verificados, com a experiência no terreno de equipas profissionais coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e preferências, configurou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários no país.

A evidência existente, ainda que pontual e dispersa, aponta consistentemente para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e uma acrescida satisfação por parte de todos os que têm interesse neste processo.

(in Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009)

Estas observações, feitas em inícios de 2009, continuam a ser verdadeiras um ano depois.

Estudos sobre a satisfação de profissionais e utilizadores das unidades de saúde familiar (USF), divulgados no primeiro semestre de 2009, evidenciam resultados muito positivos.

Há um ano existiam 161 USF em funcionamento, estando 54 a aguardar aprovação. Um ano depois estão 233 USF em funcionamento e aguardam aprovação 49. Isto quer dizer que, actualmente, cerca de um terço das infra-estruturas dos cuidados de saúde primários do país já funciona segundo o novo modelo., e isso condiciona de forma sensível a prestação de cuidados aos cidadãos.

Projectaram-se 74 novos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dos quais se “implementaram” 68. Foram identificados e nomeados os seus corpos dirigentes, que assumiram uma “carta de missão”. Os seus directores executivos completaram um ciclo de formação dirigida às competências próprias da sua missão, o mesmo estando em vias de acontecer com os responsáveis pela governação clínica. Está em avançado grau de preparação um programa de formação para os profissionais das Unidades de Saúde Pública (USP). Foram também implementadas 16 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

A isto há a acrescentar um vasto conjunto de outras incitativas, particularmente aquelas que tiveram lugar no âmbito da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (Anexo I).

Estes progressos requereram um grande esforço por parte do Ministério da Saúde, dos seus dirigentes e dos quadros técnicos nacionais, regionais e locais.

Acresce que este esforço considerável teve lugar num contexto pouco favorável. A crise económica e financeira global, ainda patente, deixou marcas no clima social do país, um “ano eleitoral” não é particularmente propício a saltos qualitativos das organizações públicas e a preparação e reposta à pandemia de gripe exigiram um esforço suplementar a dirigentes e serviços.

No entanto, há pelo menos três aspectos que necessitam de uma urgente correcção de percurso: a **preservação da “marca”** da reforma, o seu **modelo de governança** e uma reavaliação da importância das **lideranças** da reforma.

A MARCA DA REFORMA

*Não se trata, apenas, de saber se há uma ou duas centenas de novas unidades de saúde a funcionar no país. Trata-se, também, de entender o seu significado enquanto ruptura com a forma tradicional de conceber, transformar, organizar, gerir e prestar cuidados de saúde nos serviços públicos do país. Esta nova forma de fazer as coisas tem as características de uma nova marca **SNS – proximidade com qualidade** que é necessário proteger rigorosamente.*

(in Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009)

Há **duas abordagens alternativas** para uma reforma da saúde:

A primeira, aquela que é “habitual”, produz normas legislativas sobre um futuro desejável, a partir das quais se desenham abstractamente novas organizações por todo o país (sem cuidar de saber da capacidade real de as implementar segundo o figurino previsto). De seguida nomeiam-se as chefias previstas nas normas adoptadas. Umam vão fazendo o que podem, outras o que não devem. A experiência mostra que esta abordagem vai diluindo progressivamente as expectativas da reforma e a prática efectiva acaba por ser muito distante da mudança anunciada e cada vez mais próxima do modelo que lhe deu origem. Este é o “método” normativo tradicional - promete reformas que é incapaz de realizar;

A segunda abordagem possível, aquela que reflecte o essencial da “marca” desta reforma, contrasta com a primeira exactamente naquilo que tem caracterizado o sucesso do desenvolvimento das USF – define-se aquilo que é fundamental no modelo, o essencial da “marca” **SNS - proximidade com qualidade**, sobre a qual não se fazem concessões. Estabelecida a “marca”, esta vai-se disseminando progressivamente à medida que os grupos profissionais e os “serviços” que a ela se candidatam vão sendo capazes de a assumir, plena e comprovadamente. Esta forma de proceder distingue claramente o que é novo daquilo que o não é, e é a clareza desta distinção que permite criar verdadeiras dinâmicas de mudança.

A implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde aproximou-se muito mais do modelo tradicional (e ineficaz) do que daquele que é suposto ser a marca distintiva desta reforma. Algumas tentativas de simplificação nos processos de admissão e acompanhamento de novas USF, com evidentes assimetrias regionais, podem também ser interpretadas nesse sentido.

Se estas tendências se confirmarem e se estabelecerem como práticas correntes predominantes, poderá dizer-se que a reforma dos cuidados de saúde primários, naquilo que ela tem de mais distintivo e significativo, terá terminado. E cada um terá de assumir as suas responsabilidades por este facto.

MODELO DE GOVERNANÇA

Os dispositivos que fizeram, com sucesso, a gestão do desenvolvimento das Unidades de Saúde Familiar não são suficientes para a nova fase da reforma. Há que pensar **num novo modelo para a governança da reforma dos cuidados de saúde primários** e discuti-lo pública e detalhadamente com sectores sociais, científicos, tecnológicos e económicos que se relacionam com este acontecimento extraordinário. Este relatório foi concebido como ponto de partida para este **debate público**.

(in Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009)

O debate recomendado nunca teve lugar, e a relevância destas observações tornou-se mais evidente no decurso de 2009:

De facto não basta pôr sobre o terreno mais USF e outras novas unidades funcionais. É necessário, concomitantemente, assegurar que os processos de apoio, contratualização, validação de indicadores e sistemas de informação que os suportam, evoluam de forma compatível com as exigências crescentes da reforma;

Não é suficiente implementar formalmente Agrupamentos de Centros de Saúde na sequência da desactivação das Sub-Regiões de Saúde. É indispensável que este processo decisivo corresponda, em termos bem identificáveis, à **substituição do modelo de comando-controle** por uma **rede** participada e inovadora fundada na **contratualização**. E, depois, pilotar os processos de descentralização que tornem os ACES mais autónomos e competentes na gestão dos seus recursos, que os habilitem com apoios efectivos à gestão, facilitando interacções úteis entre as várias unidades funcionais.

Não é razoável esperar que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) respondam às novas exigências que a reforma lhes coloca todos os dias, sem ver nestes desafios uma oportunidade para dar um novo impulso ao seu desenvolvimento organizacional e para as dotar de novas competências técnicas.

Considerando a importância que as “forças no terreno” têm tido na génese e desenvolvimento desta mudança, é necessário continuar a investir no aperfeiçoamento dos mecanismos que asseguram a sua representação e envolvimento na condução da reforma, fazendo com que eles se fortaleçam em vez de se debilitarem à medida que a reforma evolui.

Na condução da reforma é necessário que o excesso de voluntarismo na resolução dos problemas, na justa medida em que eles vão surgindo, dê lugar a aprendizagem contínua a partir do que ocorre no terreno, através de um verdadeiro sistema de monitorização, da análise estratégica dos cenários de evolução que o futuro configura, da definição de uma agenda de investigação, desenvolvimento e inovação.

Isto quer dizer, essencialmente, um **novo modelo de governança**.

Nesta matéria, mais do que em qualquer outra, estes são **tempos decisivos**.

A IMPORTÂNCIA DAS PESSOAS

As lideranças são um dos ingredientes essenciais dos processos de mudança em sistemas sociais complexos – isto tem sido particularmente verdade na reforma dos cuidados de saúde primários em curso.

É frequente observar que, à medida que os trabalhos da reforma se vão aprofundando e complicando, as tensões que acompanham qualquer processo de mudança se vão acentuando. O circunstancial e o secundário ganham dimensões desproporcionadas face ao que é verdadeiramente importante. Aqui a gestão dos conflitos é uma arte difícil, mas necessária.

Apesar da considerável pujança da reforma dos cuidados de saúde primários verificada a nível local e que, seguramente, proporcionará no futuro lideranças renovadas, esta não pode actualmente dispensar nenhuma das competências que o país dispõe neste domínio.

Uma nova governança da reforma requer também a arte de fazer muito melhor naquilo que diz respeito à capacidade de consertar e aproximar posições, de distribuir e redistribuir responsabilidades, de incluir em vez de excluir, de não deixar ninguém de fora.

Em tempos decisivos, voltar a acreditar na importância das pessoas assume particular importância.

ASPECTOS ESPECÍFICOS

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Expectativa:

- Aumento progressivo do número de USF orientadas para a Marca **SNS – proximidade com qualidade**.
- Respostas às exigências dos profissionais sem defraudar as expectativas criadas, garantindo o cumprimento dos dispositivos legais.
- Início do ano de 2010 com toda a actividade das USF já contratualizada.
- Ajustamento do modelo-tipo das USF às comunidades de menor dimensão e de grande dispersão demográfica.

Situação actual:

- A adesão dos profissionais ao modelo USF não tem parado de crescer e tem-se corporizado na apresentação de novas candidaturas (mais 130 candidaturas desde Fevereiro de 2009). Contudo a taxa de concretização em USF, relativamente ao número de candidaturas, mantém-se relativamente modesta (58%).
- Os ganhos de acessibilidade e de qualidade assistencial através das lógicas organizacionais imprimidas alavancaram um número significativo de candidaturas a modelo B e criaram-se as condições para o início do processo de acreditação destas unidades.
- Existe um afastamento crescente das Equipas Regionais de Apoio (ERA) relativamente às suas funções de provedoria das iniciativas dos profissionais. Com assinaláveis assimetrias regionais, têm vindo a tornar-se progressivamente estruturas mais identificadas com as ARS e menos com equipas de missão.
- As USF iniciaram mais um ano de trabalho sem que a sua actividade tivesse sido previamente contratualizada.
- Processo em continuidade mas, por parte dos dispositivos de apoio e acompanhamento, sem sinais adaptativos ao número crescente de USF e à nova realidade traduzida na implementação dos ACES.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Expectativa:

Início do processo de implementação das UCC, através de vários pressupostos:

- Definição de carteira de serviços, recursos e indicadores de desempenho.
- Modelo de contratualização.
- Formação específica.

- Dinamização de processos de monitorização, avaliação e acreditação.

Situação actual:

- 270 candidaturas com uma taxa de concretização de apenas 5%.
- A implementação destas novas unidades está em grande medida dependente do investimento em recursos humanos, formação e meios técnicos.

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Expectativa:

- Criação das USP em todos os ACES.
- Definição dum modelo-tipo de referência e dos instrumentos necessários ao seu desenvolvimento.
- Estabelecimento de um programa de formação, orientado para o novo contexto de mudança organizacional.
- Definição de um plano de afectação de recursos humanos, nas diferentes áreas profissionais previstas na legislação aprovada.
- Negociação dum modelo de incentivos associado ao cumprimento de alguns objectivos contratualizados.

Situação actual:

- Para além da indigitação / nomeação dos coordenadores das USP, e de alguma “agitação” interna em relação ao processo da sua organização, pouco mais se fez sentir.
- O facto de não se ter investido na harmonização de determinados conceitos e procedimentos, acabou por quase inoperacionalizar iniciativas locais.
- A falta duma identificação estratégica de âmbito nacional, relativamente ao processo de acompanhamento e monitorização das UCC e das USP, tem conduzido a atrasos e projecta-se alguma conflitualidade na partilha de competências e áreas de intervenção.

Nota: O Grupo Consultivo realça o esforço acrescido que foi necessário mobilizar relativamente à pandemia da Gripe A (H1N1), circunstância que poderá ter originado atrasos no desenvolvimento das unidades de saúde pública.

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS

Expectativa:

- Regulamentação dos princípios de organização e funcionamento específicos das UCSP, e do processo vertical da sua implementação, nomeadamente: - princípios enquadramentos, estruturais e de missão; dimensões; regras de constituição; modelo de organização interna e gestão; compromisso assistencial; recursos; coordenação e competências; monitorização dos desempenhos e modelo de contratualização.

- Agregação progressiva em UCSP dos profissionais que, por opção ou circunstância, não se encontram enquadrados em USF.
- Estabelecimento dum programa de formação orientado para a mudança organizacional.

Situação actual:

- Na ausência de regulamentação e de um modelo de referência para as UCSP, assiste-se, um pouco por todo o país, à implementação *ad hoc* deste tipo de unidades.
- Não é garantida a coerência, o alinhamento e a coesão desta componente da reforma, podendo mesmo, por este motivo e no curto prazo, estarem comprometidos objectivos e princípios gerais da sua futura contratualização.

UNIDADE DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS

Expectativa:

- Regulamentação dos princípios de organização e funcionamento das URAP relativamente aos aspectos específicos que decorrem das suas especificidades.
- Agregação de múltiplas profissões e competências, numa lógica de contratualização interna e modulação em rede com as restantes unidades funcionais.
- Estabelecimento de um programa de formação orientado para a mudança organizacional.

Situação actual:

- Globalmente estas unidades não se encontram criadas embora já se verifiquem algumas situações idênticas ao que acontece com as UCSP – a criação *ad hoc* sem um modelo de referência.

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE

Decidido o tempo e o modo para a implementação dos ACES, e decorrido quase um ano desde a sua efectivação, é necessária uma reflexão que permita propor estratégias de correcção à trajectória efectuada ou de valorização das experiências de sucesso.

Expectativa:

- Definição e aprovação dos modelos de contrato-programa, conforme o estipulado no DL n.º 28/2008, instrumento decisivo para a efectiva descentralização da gestão.
- Criar “novos centros de saúde” e extinguir as sub-regiões, enquanto oportunidade para superar o modelo de gestão “habitual” e passar para um modelo inovador e aprendente, centrado no cidadão e envolvendo os seus profissionais.
- Pilotar este desenvolvimento organizacional, admitindo diferentes estados de maturação e patamares de autonomia e contratualização com as ARS.
- “Boas escolhas” das lideranças e adequado programa de formação para os novos dirigentes.

- Que os ACES correspondam à substituição do modelo de comando-controle pela responsabilidade contratualizada.
- Definir um quadro de referência para o acompanhamento do exercício dos gestores dos ACES.

Situação actual:

- Foram implementados 68 ACES sem que fossem acauteladas condições essenciais ao desempenho da sua missão e ao cumprimento do espírito da reforma.
- A vontade de fazer depressa e “tudo igual e ao mesmo tempo”, a complexidade da mudança e a ausência de um processo de “instalação” e de “pilotagem” explicam, no essencial, a situação actual dos ACES.
- Desmotivação crescente dos directores executivos que aceitaram um desafio com base na inovação cultural e organizacional dos CSP.
- Processo formativo aquém das expectativas.
- Carta de Missão dos Directores Executivos, assinada com a administração para o ano de 2009, ficou muito longe da sua concretização.
- Observa-se uma assinalável assimetria entre os avanços conseguidos na vertente *cultural* e do desempenho das USF e o que (não) foi feito nas componentes gestonárias e transformacionais dos ACES.
- Em determinados casos persiste um modelo de liderança incompatível, em termos formais e estratégicos com a própria reforma.

GESTÃO CLÍNICA

Expectativa:

- Início e desenvolvimento de mecanismos e condições para que a *coluna* da **governança clínica** assumisse a sua componente de sustentação e equilíbrio imprescindível à **governança integrada** dos ACES.

Situação actual:

- Inexistência de qualquer liderança ou definição estratégica para o seu desenvolvimento.
- Desperdício das experiências isoladas que têm acontecido a nível das USF, por falta de um repositório de boas práticas nesta área (dispositivo de aprendizagem).
- Só na região de Lisboa e Vale do Tejo é que se chegou a desenvolver algum trabalho organizado, muito em volta da criação dum Manual de Apoio e *wikilivro*. Nas outras regiões não se conseguiu passar das intenções.
- Verifica-se que, estruturas responsáveis pela implementação desta componente estruturante da reforma assumem, com frequência e como prioridades estratégicas, a velha “normatização” dos procedimentos, das coordenações e dos “programas”.
- A formação institucional “desenvolvida” para os Conselhos Clínicos, a fazer fé no *feedback* conhecido por parte dos seus frequentadores, está muito longe de tudo o que era suposto acontecer e potenciar.

- Sem liderança, sem massa crítica, com processo formativo cujo resultado até ao momento é claramente negativo, é natural a inexistência de uma matriz, de um quadro de referência.

INSTRUMENTOS DE APOIO

Expectativa:

- Capacitar as ERA com recursos e competências necessárias para acompanhar a implementação das diferentes unidades funcionais e dos próprios ACES, conferindo-lhes um estatuto similar ao dos Departamentos de Contratualização.
- Interiorização efectiva entre as características distintas da **função de apoio** e da **função de contratualização**.

Situação actual:

- Os dispositivos de acompanhamento enfraqueceram substancialmente, o que põe seriamente em risco a “marca da reforma”.
- Desinvestimento. As ERA perderam recursos, perderam integração operacional a nível nacional e como tal, de estruturas de alavancagem da reforma, têm vindo a transformar-se em meros departamentos das ARS.
- Em determinadas regiões a sua existência quase não é perceptível (como atestam as redes de USF ao anunciarem que nem os telefones atendem).
- Há atrasos inaceitáveis na avaliação de candidaturas (muitos meses).

CONTRATUALIZAÇÃO

Expectativa:

- Aprimoramento dos sistemas de informação indispensáveis a esta componente fundamental.
- Estimativa rigorosa das necessidades técnicas e de recursos humanos indispensáveis às duas componentes externa e interna da contratualização.
- Processo progressivamente mais negociado e menos impositivo.
- Que a contratualização (modelo e grelhas) acompanhe as características e os diferentes níveis de experiência e maturação das distintas unidades funcionais.
- Garantir um elevado grau de monitorização e acompanhamento, bem como a coerência nacional.

Situação actual:

- A falta de sistemas de informação interoperáveis que garantam a simetria e a partilha de informação real e em tempo útil entre as partes, essenciais para a transparência, validade e efectividade do modelo de monitorização e acompanhamento e correcção de desvios aos compromissos assumidos.

- As assimetrias regionais não são atendidas no processo de contratualização.
- Metas e indicadores desfasados dos diferentes estadios de experiência e desenvolvimento das equipas.
- Persistência de um modelo impositivo que se afasta de uma contratualização de base relacional, negocial e responsabilizante.
- Défices de estratégias nacionais e regionais que garantam a uniformidade do entendimento sobre as metas assumidas.
- Ausência de uma inequívoca distinção entre a contratualização com as USF e as UCSP, que deverá atender às suas diferenças intrínsecas e substantivas.

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A situação em 2008:

Apesar do sistema de informação em uso nos CSP dar sinais de alguma consistência e coerência, com o mercado a funcionar na vertente clínica, mantêm-se insuficiências graves na Rede Informática da Saúde (RIS), quer ao nível das dificuldades estruturais (insuficiências técnicas do SINUS e Registo Nacional de Utentes incapaz de quantificar utentes activos) e da consolidação dos indicadores de desempenho.

Expectativa:

- Era esperada uma melhoria significativa nas comunicações (RIS) que chegam a tornar exasperante uma simples consulta, bem como, a instalação generalizada do instrumento de gestão da informação clínica – o desejado **Módulo Estatístico** - e a estabilização e fiabilidade dos indicadores de desempenho,

Situação actual:

- As “urgências” e prioridades foram orientadas para as novas USF, mantendo-se grande parte dos problemas já identificados naquelas que se encontram localizadas em pontos problemáticos da RIS; o adiamento da solução pela impugnação do concurso público internacional tornou exasperante a utilização dos aplicativos clínicos.
- Por razões de ordem diversa o Módulo Estatístico do SAM (ME-SAM) não chegou aos utilizadores, contrastando com a dinâmica de desenvolvimento e adequação às necessidades dos aplicativos privados.
- A estabilização das regras de cálculo dos indicadores de desempenho - prometida para o início de 2010 - comprometeu a capacidade de monitorização e acompanhamento dos mesmos.

Em resumo:

Os problemas estruturais - arcaísmo e rigidez do *software* de base - prolongam-se para além do razoável. A resposta às necessidades é lenta e frequentemente desadequada. Todavia é indiscutível o avanço verificável face à situação observada antes do início da reforma. Essa lentidão é incompatível com a velocidade da inovação tecnológica, especialmente notória na área da saúde, tornando urgente e inevitável a reforma do sector.

ARTICULAÇÃO COM HOSPITAIS

Tirando algumas (poucas) iniciativas avulsas e parcelares, não são conhecidos resultados, nem tão pouco qualquer orientação, plano organizado ou projecto-piloto que envolva hospitais e ACES.

Na ausência de iniciativas neste domínio é natural que cada um dos hospitais dite as suas regras, geralmente centradas na sua própria estrutura, cultura e modelo de gestão.

PROPOSTA:

PRINCÍPIOS PARA UM NOVO MODELO DE GOVERNANÇA NA SAÚDE

O modelo de governança da reforma a adoptar, deverá incluir um conjunto de elementos articulados entre si, que a seguir se identificam em quatro planos distintos.

Numa primeira linha é fundamental pôr a funcionar um **sistema de monitorização** da reforma, enquanto instrumento crítico para a sua direcção estratégica. Esta deve contar com as competências técnicas necessárias para o efeito.

Num segundo plano, é indispensável assegurar uma interacção contínua entre a **direcção estratégica** da reforma e a sua **coordenação operacional** no âmbito do SNS.

Em terceiro lugar, é importante articular a direcção estratégica da reforma com mecanismos que visem a expansão da sua **base social de apoio**, a expressão dos pontos de vista dos profissionais do terreno e a mobilização do potencial científico e tecnológico do país.

Finalmente, é necessário passar a dispor de um **Conselho Consultivo** para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

DIRECÇÃO ESTRATÉGICA E SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DA REFORMA

Numa reforma desta importância e complexidade, é necessário um forte **enquadramento estratégico**. Só isso permite evitar atrasos dispensáveis em iniciativas críticas e facilita uma programação mais detalhada e atempada, limitando voluntarismos excessivos.

O pensamento e planeamento estratégico continuam a situar-se, em grande parte, fora da cultura predominante, quer por a sua necessidade não ser suficientemente reconhecida ou ser subestimada, quer por o enquadramento estratégico ser considerado um obstáculo às decisões pontuais de conveniência.

A condução da reforma terá que contar com uma **equipa dedicada e tecnicamente preparada para gerir um “sistema de monitorização”** e, a partir deste, proporcionar aos dirigentes a análise para tomarem decisões estratégicas.

Esta equipa, que realiza tipicamente uma função de *staff*, deve localizar-se próximo dos decisores políticos, devendo estar em contacto permanente com os dispositivos internos de coordenação operacional no âmbito do SNS, e com os outros responsáveis pelas funções incluídas neste modelo de governança.

São objecto privilegiado desta direcção estratégica, a elaboração e monitorização das “metas” da reforma e a identificação das acções que as realizam. Estas incluem:

- aspectos relacionados com o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários no contexto da “marca” da reforma;
- a sua articulação com os instrumentos de apoio;
- substituição efectiva do modelo de gestão vertical de comando-controle pela evolução para lógicas de rede e de responsabilidade contratualizada;
- dispositivos de informação;
- necessidade de eventuais ajustamentos ao modelo da reforma para as regiões de baixa densidade populacional (sobretudo interior rural);
- políticas de recursos humanos relacionadas com a reforma;
- articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares.

DISPOSITIVO DE COORDENAÇÃO INTERNA

Os múltiplos equilíbrios da gestão desta mudança necessitam de uma efectiva coordenação interna no âmbito do Ministério da Saúde, na qual devem participar, pelo menos, as Administrações Regionais de Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde e a Direcção-Geral da Saúde.

Este dispositivo de coordenação interna, dedicado aos aspectos mais operacionais, já existe em grande parte, mas padece da inexistência de análise e direcção estratégica (contributo a dar pela equipa técnica atrás referida), o que faz com que as suas decisões, apesar de resolverem alguns problemas concretos, acabem por não ter o impacte esperado nas grandes questões da reforma.

Por se tratar de um dispositivo operacional deve, possivelmente, situar-se a nível da ACSS.

ENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE E ALARGAMENTO DA BASE SOCIAL DE APOIO - MOBILIZAÇÃO DA CAPACIDADE CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA DO PAÍS

Uma das principais mensagens do relatório de 2009 era a de que a reforma em curso não podia depender, quase exclusivamente, do sector da saúde para o seu desenvolvimento:

... é necessário mobilizar amplos sectores da sociedade portuguesa incluindo o seu potencial científico, tecnológico e de inovação. A reforma dos cuidados de saúde primários constitui um “laboratório vivo” para o “sistema ciência”, para a administração pública, para a promoção da inovação, para o plano tecnológico, para a articulação da saúde com os poderes autárquicos e para o ensino e a aprendizagem de saúde.

(in Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009)

Quatro aspectos necessitam de ser explicitados nesta dimensão do modelo de governança da reforma:

O primeiro requer a continuação dos **estudos de satisfação** e das suas implicações estratégicas e operacionais; o segundo aspecto tem a ver com a importância de **plano comunicacional** sobre a reforma e os seus desafios; o terceiro refere-se à necessidade de uma **agenda de investigação** para a reforma; o último tem a ver com a **mobilização do potencial tecnológico e de inovação** ao serviço da reforma.

A responsabilidade de cada um destes aspectos tem que ser atribuída a uma entidade especializada e competente nestes domínios, trabalhando em articulação com a equipa de análise e direcção estratégica.

FAZER CHEGAR AOS DECISORES O PONTO DE VISTA DO TERRENO

... há alguns anos a esta parte, umas centenas de profissionais de saúde iniciaram efectivamente uma longa caminhada – estão a criar no terreno verdadeiros serviços de saúde de proximidade com qualidade, modificando a forma como se relacionam com o cidadão (facilitando drasticamente o acesso), trabalhando uns com os outros (formando pequenas equipas coesas, solidárias, intersubstituindo-se para não deixar de atender quem os procura) e articulando-se com a administração (autonomia com responsabilidade através de um processo de contratualização do desempenho).

Para tornar isto possível, alguns deles integraram as equipas de apoio e os departamentos regionais de contratualização e serviram e servem na missão para os cuidados de saúde primários.

(in Acontecimento Extraordinário, Fevereiro 2009)

Esta influência fundacional do “terreno” sobre a condução da reforma tem que ser mantida e reforçada. É necessário identificar novas modalidades de interacção efectiva entre o “centro” e a “periferia” que poderiam ser adoptadas, debatidas com os interessados e incluídas neste novo modelo de governança.

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO EXTERNA

O Grupo Consultivo deveria ser substituído por um **Conselho Consultivo**, com o objectivo de acrescentar à direcção da reforma pontos de vista construtivos e exigentes, independentes daqueles que regularmente dela se ocupam.

Este Conselho seria presidido pela Ministra da Saúde e reuniria periodicamente para se pronunciar sobre a evolução de todo este processo e seus impactos. Os conselheiros incluiriam autarcas, peritos universitários, elementos da administração pública e membros de movimentos associativos relacionados com a saúde.

Estes são os pontos de vista do Grupo Consultivo (GC) a propósito do que poderá constituir-se como base duma discussão alargada sobre um novo modelo de governança que responda às necessidades da reforma nestes tempos decisivos. Durante as próximas semanas recolherá junto dos principais actores da reforma as suas perspectivas e contribuições. Do conjunto deste relatório preliminar e do “trabalho de campo” complementar, o GC elaborará um relatório final a submeter à Ministra da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode dizer-se que só critérios excessivamente exigentes podem levar a considerar insuficientes os progressos realizados na reforma dos cuidados de saúde primários no decurso de 2009, tomando não só em consideração tudo o que se fez, mas também, as circunstâncias, frequentemente pouco favoráveis, em que isso foi feito.

No entanto, a verdade é que esta reforma, que visa transformar profundamente o essencial da cultura das organizações que prestam cuidados de saúde primários no país, só cumprirá o seu desígnio se preservar os elementos essenciais da sua “marca” distintiva, adoptando os elevados padrões de exigência que lhe são inerentes.

Neste contexto, não é aceitável que se seja exigente para as primeiras USF, menos exigentes para as seguintes e menos ainda para as outras unidades funcionais, desistindo-se, por último, de qualquer exigência nas condições de implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde e pressupondo que isto tudo pode ser conduzido com o voluntarismo habitual, sem um modelo avançado de governança.

Em tempos decisivos, os poderes políticos, aqueles que têm legitimidade para decidir sobre aspectos críticos da reforma, têm duas opções.

A primeira dessas opções é a de minimizar as dificuldades, ignorar factos óbvios e não reconhecer aquilo que há que fazer nestes tempos decisivos.

A segunda opção é reconhecer as dificuldades como parte integrante de um processo de mudança complexo, enfrentando-as e superando-as, explorando novas soluções, renovando os compromissos assumidos com redobradas energias e abrindo novos horizontes aos que nos centros de saúde fazem a reforma todos os dias.

O Grupo Consultivo quer aqui manifestar o seu apreço pelo facto do Ministério da Saúde, face à situação actual, ter optado por esta segunda via, criando as condições para se iniciar um processo de audição e consulta para a adopção de um novo modelo de governança da reforma dos cuidados de saúde primários em curso no país.

Lisboa, 26 de Fevereiro de 2010

O Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

ANEXO 1: PRINCIPAIS ACTIVIDADES DA MCSP - 2009

1. Enquadramento

Síntese dos principais diplomas que regularam a composição e funcionamento da MCSP:

RCM 157/2005 – DR de 12 de Outubro de 2005: Cria a Missão para os Cuidados de Saúde Primários e designa o coordenador; **Despacho nº24766/2005 (2ª série) – DR de 2 de Dezembro 2005:** Designação dos assessores da MCSP; **RCM 60/2007 – DR de 24 de Abril de 2007:** Prorrogação do mandato da MCSP por 2 anos e recondução do coordenador; **Despacho nº13833/2007 (2ª série) – DR de 29 de Junho de 2007:** Designação dos assessores da MCSP; **Despachos nº13097/2008, 13098/2008 e 13099/2008 (2ª serie) – DR de 9 de Maio de 2008:** Ajustamento da equipa de assessores da MCSP; **RCM 45/2009 – DR de 29 de Maio de 2009:** Prorrogação do mandato da MCSP por 1 ano.

2. Diplomas legais e regulamentos produzidos

Despacho nº10143/2009 (2ªsérie) DR de 16 de Abril de 2009: Regulamento de organização das UCC; **Regulamento de organização das USP:** Projecto de despacho (a aguardar publicação); **Regulamento de organização das UCSP:** Projecto de despacho (a aguardar publicação); **Regulamento de organização das URAP:** Projecto de despacho (a aguardar publicação).

3. Publicações

Revista da MCSP – Fevereiro 2009; Junho 2009; Dezembro 2009.

4. Outros documentos orientadores

Guião de Apoio para as Candidaturas a UCC; Metodologia para Avaliação das Candidaturas a UCC; Documento sobre Sistemas de Informação

5. Eventos organizados pela MCSP

- 5 e 6 de Março 2009: Primeira reunião nacional dos Directores Executivos dos ACES
- 29 de Abril 2009: Fórum Nacional para debate da implementação dos ACES
- 16 e 17 de Dezembro 2009: Reunião dos DE no encerramento da Formação (PACES).

6. Datas marcantes

- Fevereiro de 2009 – Publicação das Portarias de Criação dos ACES
- 1 Março 2009 – Nomeação dos Directores Executivos

7. Outras iniciativas

- Colaboração com o INA na organização da Formação para os DE e CC dos ACES.
- Colaboração constante e acompanhamento da actividade da generalidade das iniciativas do ACSS e ARS relacionadas com os sistemas de informação, nomeadamente na criação dos Módulos de Indicadores e Estatístico bem como no modelo de contratualização, interna e externa.

- Criação e aplicação da Marca de Atendimento de Qualidade Reconhecida (AQR), tendo sido atribuída a 13 CS e 7 USF.
- Apoio à atribuição pela APMCG e Pfizer de Prémios de Boas Práticas organizacionais nas USF.
- Promoção de um Inquérito de Satisfação a utentes e profissionais às USF que iniciaram a sua actividade até final de Novembro de 2008, cujos resultados foram publicitados em Junho de 2009 estando pronto para lançamento um livro com os referidos estudos.
- Colaboração com a Direcção Geral da Saúde e com a Agência da Qualidade da Andaluzia para a criação de programas de Acreditação de USF e ACES.
- Participação nos trabalhos da Task Force Nacional que integra representantes das cinco ARS, da MCSP e da ACSS, onde é programada a abertura de USF e UCC.

Em 2009 foi o ano com mais USF abertas – 69 e um elevado número de candidaturas-120.

- Colaboração com o GANEC para a elaboração do BSC para os ACES.
- Colaboração na implementação dos Conselhos Clínicos na ARSLVT.
- Participação na elaboração de proposta da Carta de Missão dos DE dos ACES.
- Apoio à reunião sobre Governança Clínica, em 16 e 17 de Junho, com a presença de Richard Baker.
- Elaboração do Plano Estratégico 2010-2011.
- Colaboração com os responsáveis pela Reforma da Saúde Mental e participação na celebração do Dia Mundial da Saúde Mental este ano dedicada aos Cuidados de Saúde Primários.
- Disponibilidade permanente de todos os membros da MCSP para contactos com a Comunicação Social de que resultaram inúmeras entrevistas e notícias na rádio e imprensa local, regional e nacional.
- Participação das ERA em muitas dezenas de reuniões realizadas por todo o País, com grupos de profissionais interessados em formar UCC de que resultaram 270 candidaturas, estando 16 já em actividade.
- Colaboração permanente com as ERA's e com a UMCCI.

8. Participação em eventos

Registaram-se diversas participações dos membros da MCSP em grupos de trabalho e reuniões, em colaboração com os organismos do Ministério da Saúde no âmbito dos cuidados de saúde primários. Registaram-se, ainda, inúmeras participações de elementos da MCSP, com comunicações ou não, em congressos, seminários, workshop, etc., a nível nacional e internacional, e onde se fizeram apresentações sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

(Elementos fornecidos pela MCSP)