

missão cuidados de saúde primários

ENTREVISTA COM SECRETÁRIO
DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE

2010 – ANO DE CONSOLIDAÇÃO
DA REFORMA

ALVIELA – USF EM MEIO RURAL

DEZEMBRO 2009

- 04 2010 – Ano de consolidação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários
- 07 Profissionais de saúde são os motores da reforma
Entrevista com o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Manuel Pizarro
- 15 USF Alviela
“Era a altura certa para nos juntarmos com as pessoas certas”
- 26 Trabalho em equipa
- 29 Unidades de Cuidados na Comunidade
Inovação e proximidade dos cuidados
- 34 “The role of the Primary Care Trust board in world class commissioning”
- 38 “Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários”
- 42 A escolha de José Marques Neves
- 43 Livros e leituras

Propriedade e Edição:

Ministério da Saúde
Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Redacção e Secretariado:

Rua Gomes Freire 5, 4º esq. – 1169-086 Lisboa
Tel. 213 564 450 - Fax 213 559 214
Email: mcsp@mcsp.min-saude.pt
<http://www.mcsp.min-saude.pt>

Direcção: Luís Pisco

Coordenação: Filipa Homem Christo

Produção Gráfica: Editideias, Lda.

Av. Forças Armadas 4, 8º D – 1600-082 Lisboa

Tel. 217 819 442 - Fax 217 819 447

Email: editideias@infoqualidade.net

Tiragem: 3000 exemplares

Distribuição gratuita

A constituição de Equipas Multiprofissionais em Unidades de Saúde Familiar, com autonomia organizativa, funcional e técnica e com estabilidade de profissionais, promoveu o desenvolvimento de estratégias com a finalidade de melhoria da qualidade, olhando o cidadão como centro do sistema.

Em 24 de Setembro de 2009 iniciaram o processo de acreditação quatro USF (Valongo, Grão Vasco, Alviela e Dafundo), através do Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde e da Agência de Qualidade na Saúde da Andaluzia, utilizando o modelo de acreditação da Andaluzia. Esta acreditação internacional dá-nos a possibilidade de comparação em diferentes aspectos com os Cuidados de Saúde Primários de Espanha uma vez que se utilizam os mesmos manuais espanhóis.

A Acreditação abrange diversos pontos-chave:

PROCESSOS/PROCEDIMENTOS: em que está definido por todos os profissionais do grupo quem faz, o que faz, como faz e quando faz. Este item conduz a uma visão de integralidade muito relevante para uma equipa.

GESTÃO CLÍNICA: gestão de recursos clínicos que são utilizados na prática clínica para que haja ganhos em saúde. Este ponto abrange não só a eficiência como também a efectividade, o conhecimento, desenvolvimento e adopção de orientações clínicas, diagnósticos e terapêuticas com gestão eficiente dos gastos, sempre com o objectivo do melhor para os utentes.

COMPETÊNCIAS: a definição das competências de cada posto de trabalho em termos de conhecimento, habilidade e atitude. Esta definição é importante para elaborar planos de formação para que cada profissional esteja capaz e seguro no seu desempenho.

No final da primeira fase de avaliação pelo grupo da Qualidade da USF Valongo e analisando os 112 critérios deste processo de acreditação, a equipa sentiu que este modelo é uma ferramenta metodológica útil, que permite comprovar em que medida as actividades se realizam de acordo com as normas da qualidade. A Acreditação permitirá obter o reconhecimento público e expreso, realizado por uma entidade externa e independente, internacionalmente reconhecida e acreditada, e totalmente vocacionada para a Saúde.

Esta visão da orientação do trabalho em redor do cidadão fez com que todos os processos desenvolvidos pela equipa sofressem alteração desde o momento de funcionamento em USF. O horário de trabalho é o exemplo da adaptação que é feita, tendo em conta as características das listas de utentes e a garantia de tempo de resposta à solicitação de atendimento.

O Comprometimento mútuo, o Envolvimento de todos, a Vontade de melhoria, a Abertura para a mudança e a Criatividade são os principais factores que conduzem ao Sucesso das equipas.

Ao longo dos três anos de funcionamento, a USF Valongo teve como prioridade estratégica a melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, a informação ao cidadão nas suas diversas vertentes, a segurança do doente e o desenvolvimento do grupo. Neste contexto, candidatou-se à Acreditação, processo que todas as USF devem ter como objectivo.

A Acreditação para as equipas é uma forma de desenvolver a motivação profissional, de melhorar a organização, de interiorizar lacunas, corrigindo-as. Há também a necessidade de avaliação interpares que é crucial, seja na vertente de correcção e melhoria, aprendizagem mútua, seja no reconhecimento do trabalho bem feito.

Editorialista convidada



MARGARIDA MARIA
ABREU SOUSA AGUIAR
COORDENADORA
DA USF VALONGO

2010 – ANO DE CONSOLIDAÇÃO DA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

“Somos tão responsáveis pelo que fazemos como pelo que não fazemos” [Molière]



LUÍS PISCO
COORDENADOR
DA MISSÃO
PARA OS CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Nota do Director

Nesta época do ano sempre propícia a balanços e a formular desejos para o novo ano, esta última Revista de 2009 da Missão para os Cuidados de Saúde Primários é um bom presente de Natal. Lembra-nos algumas das coisas boas de 2009 e traz motivos de esperança para 2010.

Este ano foi seguramente o ano das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com 270 candidaturas voluntárias, traduzindo uma enorme mobilização e empenho dos profissionais. Antes do ano terminar estarão em funcionamento 16 UCC e de uma forma mais organizada e planeada os Cuidados de Saúde Primários assegurarão um papel cada vez mais relevante junto das comunidades que servem, dando cada vez mais consistência à ideia de um Serviço Nacional de Saúde com proximidade e qualidade. Anseio pelo momento, que espero não muito distante, em que possamos ver nos bairros das grandes cidades e nas mais recônditas regiões do País uma frota de pequenos carros eléctricos, facilmente reconhecidos como sendo do Serviço Nacional de Saúde, transportando profissionais de diversas unidades funcionais dos ACES, no seu trabalho diário junto das pessoas, famílias e comunidade.

As Unidades de Saúde Familiares, enquanto pequenas unidades funcionais autónomas, multiprofissionais, formadas voluntariamente e auto-organizadas, conseguiram obter simultaneamente maior eficiência, mais acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos. Numa palavra: mais qualidade! Mesmo em circunstâncias difíceis, como é o caso da USF Alviela, foi possível fazer melhor, encontrar soluções inovadoras para problemas antigos, para satisfação das populações e orgulho dos profissionais. É uma reportagem a ler com atenção e onde se poderão inspirar outras equipas, sobretudo de zonas rurais. Iniciou-se este ano o processo de acreditação de quatro USF, como podemos ler no editorial da Dr^a Margarida Aguiar. Para além de um roteiro para o desenvolvimento das USF, este processo permitirá em 2010 o reconhecimento formal e internacional da qualidade atingida por este novo modelo organizativo e por estas equipas.

A atenção internacional sobre as USF e a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente de Espanha, Brasil e Inglaterra, tem aumentado e as visitas sucedem-se. Ficaremos muito satisfeitos se o nosso trabalho puder inspirar e motivar outros países e outras regiões a melhorar os seus Cuidados de Saúde Primários.

É importante olhar para os exemplos de boas práticas a nível nacional e internacional e procurar aprender com eles. O próximo ano será o ano da consolidação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e muito vai depender da capacidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde fazerem uma gestão eficiente e criarem competências acrescidas na área da Governação Clínica e da Saúde. Os Agrupamentos de Centros de Saúde terão que ter os mecanismos que lhes permitam fazer de forma cíclica uma correcta avaliação das necessidades, planeamento estratégico, olhar para a prestação de cuidados e adequá-la às necessidades da população, avaliar e monitorizar o desempenho. Bons exemplos nessa matéria vêm do Reino Unido e muito poderemos aprender com a sua experiência de gestão dos Primary Care Trusts.

Boas notícias para 2010 podem ler-se na entrevista do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, nomeadamente que o apoio político não vai faltar para a última fase da reforma, em que a resiliência (habilidade e capacidade de ser forte em condições de grande stress e mudança) dos profissionais e organizações será posta à prova.

É obvio que se correm riscos quando se introduzem mudanças difíceis mas necessárias em organização, especialmente quando se quer mesmo transformar essas organizações.

Grandes mudanças organizacionais implicam reconfigurar de forma radical uma complexa teia de pessoas, tarefas e instituições, que tinham conseguido um determinado equilíbrio por mais disfuncional que nos possa parecer. Quando este equilíbrio é perturbado, as pessoas podem ficar com uma sensação de perda e de expectativas frustradas.

Os problemas que enfrentamos não poderão ser resolvidos unicamente pela Unidade de Missão ou pelas estruturas do Ministério da Saúde. O tempo em que uma hierarquia vertical tudo resolvia e tudo decidia passou. É necessário mobilizar as pessoas, levá-las a sonhar, tentar, lutar e serem responsáveis, bem como assumirem as soluções, por vezes difíceis, que transformarão os Cuidados de Saúde Primários e os levarão para a frente.

O moral é contagioso. Se inserirmos pessoas em equipas coesas e animadas, elas irão, de forma natural, captar esse espírito. O artigo do Dr. Pedro Teixeira sobre trabalho em equipa é bastante elucidativo.

Temos já bons exemplos do sucesso da filosofia de gestão que recomenda não dizer às pessoas como fazer as coisas. Dizer-lhes o que fazer e elas surpreender-nos-ão com a sua criatividade. Atribuir uma missão para cumprir e dar liberdade para o fazer.

Boas Festas e um ano de 2010 muito superior às expectativas são os votos para todos os leitores da Revista da Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Destaques

Ponto de situação das USF
 Entradas: 388
 Aceites para avaliação: 293
 Em Actividade: 216
 N.º Cidades: 2.728.612
 Ganho: 321.166 »



Destaques



Escolha no mapa ou selecione critério de pesquisa pretendido

Distrito:

Procure:

Newsletter

Insira o seu e-mail

[- Subscriba aqui a nossa E-Newsletter](#)

Formulário Electrónico

[Preencha o formulário »](#)

Newsletter

Insira o seu e-mail

[- Subscriba aqui a nossa E-Newsletter](#)

Edição de Junho da Revista da Missão já se encontra disponível

A Edição de Junho da Revista da Missão de Cuidados de Saúde Primários já se encontra disponível em formato digital. »

Missão Brasileira vista Portugal

Portugal recebeu, de 02 a 09 de maio de 2009, a "Missão Brasileira de visitas as Unidades Básicas de Saúde", integrada pelos vencedores do III Concurso Nacional de experiência em Saúde da Família. »

Luis Plisco agraciado com a Medalha de Serviços Distintos

O Coordenador da Missão dos Cuidados de Saúde Primários, Luis Plisco, acaba de ser agraciado com a Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde de Grau Ouro pelos notáveis serviços prestados e decisivo contributo para o sucesso da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em curso. »

Directores Executivos assinam Carta de Missão

Directores executivos das ACES assinaram Carta de Missão onde se reafirmam os princípios que norteiam a sua acção. »

Newsletter

Insira o seu e-mail

[- Subscriba aqui a nossa E-Newsletter](#)

missão para os cuidados de saúde primários links | contactos | mapa do site

Início Notícias A missão USF ACES Documentos Legislação Internacional Marca AQR

Destaques

Vaccine-se contra a Gripe A!

Pela sua saúde, proteja-se. Ajude-nos a ajudá-lo.

Ministério da Saúde

Notícias

- Ministra da Saúde e os Secretários de Estado Inauguram as primeiras UCC**
 A Srª Ministra da Saúde e os Secretários de Estado, vão hoje dia 18 de Dezembro de 2009, inaugurar as primeiras Unidades de Cuidados na Comunidade em todo o país. [ver](#)
- Cálculo de Indicadores de Desempenho das USF**
 A ACSS.IP dinamizou processo de harmonização do cálculo dos indicadores de desempenho das USF, cujo resultado se materializa no documento "Cálculo de Indicadores de Desempenho" - Critérios a observar na sua implementação. [ver](#)
- Comunicação e Relação Médico-Doente**
 Estão abertas as inscrições para o curso de Pós-Graduação de Especialização na Universidade Nova subordinado ao tema Comunicação e Relação Médico-Doente. Este curso terá início no dia 29 de Janeiro de 2010 e decorrerá até ao 17 de Julho de 2010. [ver](#)
- Plano de Desempenho para os ACES encontra-se em discussão pública**
 Esta proposta de Plano de Desempenho foi preparada pelo Grupo de Trabalho para a Contratualização com os CSP (Despacho N.º 7616/2009 de 18 de Março da Senhora Ministra da Saúde) [ver](#)
- Alargamento do Prazo de Candidaturas das UCC**
 Por proposta da MCSP, aguarda-se a publicação do Despacho Superior para prorrogação do prazo de candidaturas das UCCs, até ao dia 30 de Novembro de 2009. [ver](#)
- Primeira Unidade de Saúde Familiar no distrito de Portalegre**
 Entrou hoje em funcionamento a primeira Unidade de Saúde Familiar (USF) no distrito de Portalegre. [ver](#)

1 2 3 4 5 6 7 »

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2008 © MCSP | by Portugalmail - Powered by LV Engine

PROFISSIONAIS DE SAÚDE SÃO OS MOTORES DA REFORMA

DEPOIS DE CERCA DE QUATRO ANOS DE IMPLEMENTAÇÃO, A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COMEÇA A ESTAR CADA VEZ MAIS PRÓXIMA DO FIM.

O SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO E DA SAÚDE, MANUEL PIZARRO, ACREDITA QUE EM CERCA

DE DOIS ANOS DESTA NOVA LEGISLATURA AS MUDANÇAS CONSOLIDAR-SE-ÃO, DANDO LUGAR A UMA NOVA REALIDADE QUE PASSARÁ A IMPOR-SE NATURALMENTE NO DIA-A-DIA DE PROFISSIONAIS E UTENTES.

DURANTE O ANO DE 2009 FORAM CRIADAS 69 UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR E AS PRIMEIRAS 16 UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE, ENQUANTO COMEÇARAM A SER ORGANIZADAS AS UNIDADES DE SAÚDE PÚBLICA. A EXPECTATIVA DE MANUEL PIZARRO PARA 2010 É QUE ESTES NÚMEROS SEJAM ULTRAPASSADOS, AO MESMO TEMPO QUE SE CONCRETIZARÁ A INSTALAÇÃO DOS ACES E SE DISPONIBILIZARÃO NOVOS MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR.



ENTREVISTA DE GRAZIELA AFONSO
FOTOS DE MARIA JOSÉ PINTO

MCSP – Passados cerca de quatro anos sobre o início da implementação da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que balanço se pode fazer?

MANUEL PIZARRO – Podemos dizer que o processo tem corrido bem. Ainda temos pela frente um longo trabalho para que esta reforma fique terminada, mas já podemos apresentar resultados e sentirmo-nos animados para prosseguir com o que nos falta fazer. Partimos para esta reforma com o principal objectivo de transformar os CSP no elemento central do Serviço Nacional de Saúde (SNS), aliando as duas características mais requeridas pelos utentes – a proximidade e a qualidade – e combinando-as com a eficiência, uma preocupação necessária de quem tem de gerir o sistema.

A este nível, a experiência de criação das Unidades de

Saúde Familiar (USF), aquilo que está mais avançado na reforma, é uma experiência muito positiva, com a qual estamos muito satisfeitos. Até ao final de Dezembro estarão abertas no total 229 USF, um número que nos coloca próximo do objectivo estipulado de 250 USF. Hoje, são perto de 3 milhões de portugueses tratados em USF, dos quais quase 350 mil não tinham, até então, médico de família. Além disso, o seu nível de satisfação é conhecido. De acordo com estudos de satisfação realizados, quer pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Universidade de Coimbra, quer mais recentemente pela DECO, os níveis de satisfação são actualmente mais elevados em comparação aos de há quatro ou cinco anos. Estes estudos demonstram que os portugueses gostam das USF e que esta reforma está a ser bem compreendida.

As USF confirmam a validade da reforma, mas a reforma não se esgota aqui!?

Sim, confirmam-na completamente, mas de facto temos novas componentes da reforma em curso. Temos o processo de instalação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que já estão implementados no terreno, mas que precisam agora de ver reconfigurado um conjunto de actividades assistenciais. Assim, a par dos cuidados de saúde personalizados, que cada pessoa e cada família obtém ao deslocar-se a uma USF, depois de 15 de Dezembro entraram em funcionamento as primeiras Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas visam o movimento contrário, ou seja, cada Centro de Saúde (CS) vai ao encontro da comunidade, desloca-se até aos grupos onde se impõe uma intervenção do ponto de vista da saúde. Estamos a falar da saúde escolar, da saúde dos mais idosos, da saúde das comunidades étnicas, minoritárias e daqueles que se encontram excluídos socialmente. É, portanto, uma perspectiva comunitária da intervenção dos CS, é um outro elemento da reforma de que rapidamente as populações se aperceberão que passou a existir.

Pensando na população mais envelhecida, situada em grande parte no meio rural, as UCC serão aqui a forma principal de prestação dos cuidados?

Em alguns ambientes demográficos as UCC adquirirão particular importância. Em muitos dos casos, terão na sua carteira de serviços a gestão das unidades móveis, das que já existem e de outras que virão a existir, unidades estas que, em algumas zonas rurais, são absolutamente essenciais para o acesso das pessoas aos cuidados de saúde.



Até ao final de Dezembro estarão abertas no total 229 USF, um número que nos coloca próximo do objectivo estipulado de 250 USF.

Criadas as primeiras UCC

Como decorreu a adesão dos profissionais à criação das primeiras UCC?

O concurso para a abertura das UCC decorreu até final de Novembro e foram recebidas 270 candidaturas. Foram já 16 as primeiras UCC a entrar em funcionamento, distribuídas de Norte a Sul do país: 6 na Região Norte, 7 na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 1 no Alentejo (Estremoz), 1 no Algarve (Faro) e outra na Região Centro. Sem dúvida, mais um magnífico processo de adesão e entusiasmo dos profissionais, que só agora está no seu começo.

Por outro lado, temos procurado, igualmente, afirmar a organização da saúde pública, através das Unidades de Saúde Pública (USP), embora este processo conheça algum atraso. Devo dizer, em abono dos profissionais de saúde pública, que a sua disponibilidade para se dedicarem à organização das USP foi grandemente afectada por esta nova epidemia de gripe. De repente, a sua prioridade foi dar resposta a este problema de saúde.

Esta reforma dos Cuidados de Saúde Primários torna-os mais eficazes na resposta a situações de crise, como esta da gripe A, ou algo ainda falta fazer?

Diria que estamos numa fase em que temos muito trabalho realizado, em que já temos muitos resultados e melhorias para apresentar, mas em que temos, ainda, vários problemas por resolver. Em relação ao aspecto concreto que coloca, é difícil saber qual a componente que tem mais ou menos a ver com a reforma, mas deixo o exemplo da informatização dos serviços. Esta reforma impulsionou a utilização generalizada de sistemas de informação pelos CSP, sistemas que hoje são utilizados em quase todo o país pela grande maioria dos profissionais. No que se refere ao caso particular de instalação das USF, definimos que deveria ser logo introduzido um sistema de informação clínica, o qual nos permite ter informação diária para actuar sobre a realidade e responder melhor a situações mais difíceis, como esta da gripe A. Quer o SNS no seu conjunto quer os CSP têm respondido de forma muito eficaz ao aumento da procura que daí adveio em muitas regiões do país. Claro que podemos sempre imaginar que essa melhoria poderia ter ocorrido separada desta reforma. É difícil saber o que é causa ou consequência, mas cada uma das mudanças catalisa as outras.

Uma das questões levantadas pelas USF foi precisamente a dificuldade de implementação e harmonização entre os sistemas de informação. É uma questão resolvida?

Se compararmos com um passado ainda recente, temos de admitir que o aumento da disponibilidade de sistemas de informação e da sua utilização nestes últimos quatro anos é quase exponencial. Claro que isso não significa que não haja problemas por resolver e um caminho ainda a percorrer até que tudo esteja a funcionar como deve. Por exemplo, a grande maioria dos profissionais dos CSP utiliza sistemas de informação que são de génese pública: o SAM é utilizado pelos médicos e o SAPE pelos enfermeiros. A estes sistemas falta ainda um módulo que permitirá uma leitura estatística local, que se encontra a ser desenvolvido, mas cujo atraso reconheço que tem sido penalizante para os profissionais.

Medidas para combater problemas estruturais

Que objectivos foram traçados que não tenham sido alcançados nestes últimos quatro anos?

Ambicionamos sempre fazer mais, mas francamente considero que atingimos os objectivos que eram passíveis de ser realizados. Alguns entraves ao desenvolvimento da reforma dos CSP advêm de questões estruturais, como seja a carência relativa de profissionais, sobretudo médicos. Face a este problema, tomámos três medidas: por um lado, o aumento das vagas para os cursos de Medicina, que passaram de pouco mais de 1000 para quase 1700; por outro lado, a criação de dois novos cursos de Medicina, nas Universidades do Algarve e de Aveiro, permitindo não só aumentar o número de alunos, mas, no caso do Algarve, atrair professores e alunos a uma zona do país onde há particular carência de médicos de família; em terceiro lugar, o aumento significativo da formação de médicos na especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF). Ano após ano, a partir de 2005, batemos o recorde do número de médicos que entraram para a formação nesta especialidade. Em 2009, 30% das vagas registaram-se em MGF. O que eu gostaria é que estes médicos estivessem a acabar a formação e não a começar. O país cometeu, em finais



Claro que não vai ser fácil a contratualização com os ACES no primeiro ano, em 2010, mas a verdade é que estamos perante uma mudança de paradigma.

dos anos 80 e início da década de 90, o erro drástico de limitar dramaticamente o acesso à formação em Medicina e à especialidade de MGF. Um erro que agora se paga muito caro, porque o período de formação de um médico é muito longo (11 anos).

Algumas Administrações Regionais de Saúde (ARS) apontam o facto de médicos com outras especialidades estarem a tomar lugar enquanto médicos de família. É uma situação regular e com continuidade?

São situações que ocorrem pontualmente e em relação às quais é preciso ter alguma compreensão. Enquanto as medidas estruturais que tomámos estão a desenvolver-se, é preciso atender à situação de algumas populações que estão particularmente desprotegidas do ponto de vista do acesso a médico no Centro de Saúde. É apenas para responder a estas situações que recorreremos à contratação de médicos no exterior e à contratação, normalmente através de empresas de prestação de serviços, de médicos sem a especialidade de MGF. Não passam de

soluções pontuais e, sobretudo, temporárias, que permitem resolver conjuntamente uma carência, enquanto as medidas estruturais não surtem os seus efeitos.

Também em relação aos ACES tem havido algumas críticas, ou sobre o atraso na sua implementação ou que não será o melhor modelo de contrato-programa e desempenho!?

Em relação ao modelo do plano de desempenho, diria que a opinião geral é que está muito bem construído. Alguns profissionais comentam que não tem havido informação suficiente para que seja cabalmente desenvolvido. Também para esta área podemos olhar de duas formas: ou para o que falta fazer ou para o que já se conseguiu fazer. Antes de se pensar em criar as USF também não existiam as respectivas condições, nomeadamente de natureza jurídica. Se não tivesse havido iniciativa e um pouco de audácia, ainda hoje estaríamos à espera que os problemas se resolvessem para que a reforma pudesse avançar.

Claro que não vai ser fácil a contratualização com os ACES no primeiro ano, em 2010, mas a verdade é que estamos perante uma mudança de paradigma. Vamos passar de um período, que durou décadas, em que o financiamento dos serviços foi realizado apenas de acordo com o histórico, para uma primeira vez em que vamos financiar de acordo com as necessidades em saúde das populações, de acordo com os indicadores e os serviços que temos e que desejamos organizar para corresponder a tais necessidades. E ainda vamos ter, de certa forma, em linha de conta o histórico, porque consideramos que as transições não podem ser abruptas.

Esta é uma mudança muito importante, que vai permitir introduzir grandes melhorias nos cuidados de saúde às populações, embora seja certo que iremos descobrir ao longo da execução de cada contrato-programa aspectos a aperfeiçoar e a corrigir.

O que há a relevar nestes primeiros tempos de operacionalização dos ACES?

Houve coisas que correram bem e outras nem tanto. Em muitos sítios assistimos já ao efeito da descentralização, a uma maior voz dos CSP junto das comunidades. A existência de uma liderança local, directa e mais atenta aos problemas de cada zona onde o ACES está implementado tem permitido a sua resolução de forma mais fácil e rápida.

A par deste facto muito importante e positivo, temo-nos, contudo, deparado com algumas dificuldades. Tem havido, por exemplo, algum atraso em enquadrar o papel futuro do conjunto de tarefas administrativas de super-

te, quer as que dizem respeito à gestão dos recursos humanos, quer à gestão do aprovisionamento ou da contabilidade. Temos tido alguma dificuldade em substituir as velhas máquinas burocráticas das Sub-Regiões de Saúde por sistemas que tirem partido das vantagens económicas da centralização e que, ao mesmo tempo, estejam ao dispor dos agentes locais – dos ACES – que necessitam dessa informação para intervir. Ainda nos falta, nesta área, um trabalho de definição e aperfeiçoamento.

Ameaças à reforma

Quais têm sido as principais ameaças ao sucesso da reforma: mentalidades, hábitos de longa data, poderes instalados...?

A principal ameaça é sempre o regresso a uma lógica muito hierarquizada e burocrática. Há sempre arautos da necessidade de regressar a um modelo mais hierarquizado e mais burocrático de controlo. Mas acho que esse risco se contraria afirmando as virtualidades do novo modelo de contratualização e avaliação de resultados. Ou seja, as desgraças anunciadas com o fim do controlo dos horários ou o fim da organização do trabalho nos Centros de Saúde não se verificaram, antes pelo contrário: verifica-se que os profissionais se esforçam mais, que cumprem melhor os horários, porque está em causa cumprir a contratualização que eles próprios estabeleceram. Isto é uma mudança radical a que assistimos nesta reforma.

Houve uma maior assunção de responsabilidades?

Sim, essa é a parte mais entusiasmante da reforma: ver como no terreno os profissionais se dedicam tanto às USF e se esforçam tanto para que a sua USF funcione melhor. É por isso que encaro sempre com grande sentido de respeito o esforço destes profissionais e as

Em muitos casos, os profissionais têm razão, a Administração tem tido dificuldade em acompanhar o grande ritmo que eles têm imprimido à reforma.

reclamações que vão sendo feitas. Em muitos casos, os profissionais têm razão, a Administração tem tido dificuldade em acompanhar o grande ritmo que eles têm imprimido à reforma. Quer em termos dos sistemas de informação, quer noutras áreas, por vezes, temos andado atrasados face às necessidades que surgem no terreno. Mas devo sublinhar que este é um fenómeno muito positivo, pois revela um país que está, sobretudo em termos de CSP, mais voltado para uma participação activa do que para esperar que o Estado faça.

O que se passa nas regiões do interior do país, onde a adesão à criação de USF é reduzida?

O atraso da implementação das USF no mundo rural, que é sobretudo disso que se trata, explica-se por um conjunto de factores diversos. Desde logo, uma parte dos Centros de Saúde já estava organizada segundo um modelo assistencial muito semelhante ao das USF, visto que nessas zonas a proximidade com as populações sempre foi maior. É, por isso, natural que o impulso para fazer a mudança seja menor. Um segundo aspecto a ter em linha de conta é que uma grande parte dos profissionais destas zonas rurais já pertence a um escalão etário mais avançado, o que nos leva a supor que a sua motivação para a mudança poderá ser inferior.

Por outro lado, devo reconhecer que este modelo que criámos para as USF é, de facto, mais adaptado ao meio urbano do que ao rural, desde logo pela dimensão média das equipas e da população que cobrem. Nestas USF exigimos o mínimo de quatro médicos e quatro enfermeiros para uma população de 7000 pessoas. Acontece, porém, que uma parte significativa dos CS está imple-



mentada em municípios com menor número de habitantes e de profissionais de saúde, sendo, todavia, garantida uma cobertura plena.

Com efeito, não resolvemos ainda a questão do modelo de USF adaptável ao mundo rural, mas devo dizer que isso não me preocupa excessivamente. Há muitas zonas rurais onde o atendimento nos CS já tem uma qualidade absolutamente comparável à das USF. Dou o exemplo do distrito de Bragança, onde o modelo de atendimento dos CSP está bastante desenvolvido, de acordo com princípios muito semelhantes aos da reforma em curso, faltando, enfim, o modelo de autonomia da organização pelos profissionais.

Não podemos dizer que estamos a criar uma reforma a duas velocidades?

O que conta nesta reforma não é o modo de organização. Em última instância, o que conta é a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. Se pudermos garantir igual acessibilidade e igual qualidade, confesso que não fico preocupado com o tipo de modelo organizativo adoptado. Penso que podemos admitir que no país coexistam dois modelos organizativos, cada um deles melhor adaptado às circunstâncias locais: um modelo de grande auto-organização dos profissionais, que é o modelo das USF; um outro modelo em que a Administração continua a ter um peso maior, que é o modelo dos cuidados de saúde personalizados nos locais onde não avançarem USF.

Não é uma decisão tomada para já?

Não. A ideia é continuar a permitir que as USF avancem por auto-organização dos profissionais e nos outros locais teremos de ser nós a organizar os serviços, por forma a garantir o mesmo nível de acesso e a mesma qualidade a todos os portugueses.

Perspectivas para o futuro

Qual é a perspectiva de candidaturas de USF para 2010?

O ano de 2009 é o que regista, até hoje, o maior número de USF abertas: 69. Isto demonstra que o movimento de criação de novas USF está a aumentar. A minha expectativa é que em 2010 este recorde seja superado e digo isto porque o principal aspecto limitador – a falta de médicos – começará a ser ultrapassado. No primeiro trimes-

tre de 2010, depois do exame de primeira época a realizar em Janeiro/Fevereiro, teremos entre 150 a 200 novos médicos a acabar a especialidade de MGF, em relação aos quais vamos agilizar a sua contratação. Confio, portanto, que em 2010 consolidaremos ainda mais o movimento de criação de USF.

Faz ideia de quantas USF comportaria o país? Há-de chegar uma altura em que teremos esgotado a possibilidade de criar mais!?

É uma pergunta difícil, mas podemos extrapolar: se o modelo de organização for o actual, se 200 USF atendem aproximadamente 1/4 dos portugueses, precisaríamos, então, de ter cerca de 700 USF, caso esse fosse o modelo único de prestação dos CSP. Mas o principal propósito desta reforma, que está centrada no cidadão, é garantir que este seja atendido com acesso fácil e com qualidade nos cuidados que lhe são prestados. De facto, achamos que o modelo das USF é muito bom e investiremos na sua dinamização, sem deixar de admitir que outros modelos também o sejam, nomeadamente as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Todavia, para esgotarmos o número possível de USF no país, temos ainda um longo percurso até lá chegar e é nesse trabalho que nos vamos concentrar.

Teremos a reforma concretizada no final destes quatro anos de legislatura?

Em meu entender, teremos que definir menos do que os quatro anos, eventualmente dois. Teremos que definir uma data com alguma consistência, consultando os parceiros, envolvendo-os, mas tem de ser uma data que seja atingível com clareza antes do final da legislatura. Diz-me a minha experiência da legislatura anterior que não podemos apontar objectivos muito ambiciosos para o final da legislatura, altura em que o calendário político torna difícil alcançá-los. Além disso, a partir de determinada altura, tem de deixar de fazer sentido falar em reforma, porque verdadeiramente a reforma passará a ser a norma de funcionamento dos serviços.

A situação actual em que vivemos, de crise económica mundial e nacional, poderá de algum modo afectar a prossecução desta reforma?

É uma questão pertinente, mas os elementos de análise que possuímos apontam para que com a reforma se obtenham ganhos de eficiência na prestação dos cuidados. Os estudos prévios mostram que com a generalização das USF o retorno do investimento é imediato. Por exemplo, a discussão entre os profissionais sobre o padrão de prescrição medicamentosa permite pres-

crever com mais qualidade e com menores gastos financeiros. Por seu lado, o facto de todos os profissionais que consultam o doente terem acesso ao processo clínico permite igualmente reduzir o pedido de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Estamos, portanto, numa fase em que a própria reforma induz melhoria de eficiência no sistema, pelo que, neste momento, não se coloca uma relação directa entre o ritmo da reforma e as questões de natureza orçamental, a que seguramente também temos de atender e que exigem que continuemos a fazer uma gestão muito rigorosa daquilo que é a despesa do SNS.

Tem-se assistido à introdução ou ao reforço de novas especialidades junto dos Centros de Saúde. Vai continuar? O que falta ainda fazer?

Começámos, mas temos de intensificar esse movimento. Hoje há uma ideia diferente dos cuidados de saúde. Estes deixaram de estar centrados num único médico para passarem a ser o resultado da interacção de um grupo de profissionais, sejam eles os enfermeiros, os secretários clínicos e agora também os novos profissionais – nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, higienistas orais... – sem os quais não há CSP na sua verdadeira acepção. Hoje, o ser humano tem de ser encarado como um todo e obriga a que se olhe para os novos problemas emergentes: obesidade, problemas de natureza psicológica, questões da saúde oral, questões relacionadas com a mobilidade... E temos de fazer uma combinação que não é fácil, que é a de aumentar estes recursos com as dificuldades que o país tem, nomeadamente de natureza orçamental, para, a pouco e pouco, ir acomodando estas novas profissões. Julgo que é necessário ter, a este respeito, uma perspectiva evolutiva. A ideia é a de que possamos, paulatinamente, ano após ano, melhorar a disponibilidade destes recursos nos CSP, sem termos a ilusão, que seria puramente demagógica, de que vamos resolver tudo de um dia para o outro.

Em termos de síntese, que objectivos podemos apontar para os anos desta legislatura?

Ao longo desta legislatura temos claramente de completar a reforma dos CSP. E completar significa generalizar o modelo de atendimento das USF, seja com USF ou com organizações similares. Temos de organizar as outras unidades funcionais dos ACES e temos de lhes



Os estudos prévios mostram que com a generalização das USF o retorno do investimento é imediato.

dar condições de efectiva autonomia contratualizada com as respectivas Administrações Regionais de Saúde. Só assim será possível centrarmos toda a actividade na prestação de cuidados e na medição da situação de saúde, eliminando os circuitos burocráticos que ainda hoje continuam a subsistir nalgumas áreas. Claro que estes grandes objectivos exigem, depois, várias medidas adicionais, uma delas, absolutamente crucial, é continuar o esforço na formação de profissionais e, sobretudo, na formação de médicos de MGF. Em termos de medidas isoladas, esta é, porventura, a mais importante, porque toda a sustentabilidade da reforma assenta na disponibilidade de profissionais.

A par do desenvolvimento dos sistemas de informação de que já falámos, uma outra área a melhorar é, sem dúvida, a dos espaços físicos dos Centros de Saúde. Já promovemos grandes melhorias nalgumas zonas do país, mas subsistem ainda situações muito más. O Município de Lisboa e alguns à sua volta são disso exemplo. Nesse sentido, definimos planos ambiciosos para as cidades de Lisboa e de Odivelas, ambos contratualizados com as respectivas Câmaras, prevendo-se que no início de 2010 arranque a construção de 10 novos edifícios em Lisboa e quatro novos em Odivelas destinados aos CSP. Estamos igualmente a trabalhar com a Câmara Municipal de Sintra, com vista a resolver situações idênticas. O objectivo é conseguir, num prazo razoável, abandonar os espaços que não oferecem condições a utentes e profissionais.

O que entende por prazo razoável?

O tempo desta legislatura. Os terrenos estão disponíveis, porque houve sensibilidade e vontade para ajudar por parte daqueles municípios. Quanto ao financiamento, devo dizer que está absolutamente garantido, pois foi obtido a partir da alienação de velhos edifícios hospitalares.

Papel da Missão

Como avalia o papel da Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP) em todo este processo de reforma e que continuidade terá o seu trabalho quando está prevista a sua extinção em Abril próximo?

Esse é ainda um assunto em estudo, mas há uma coisa da qual ninguém tem dúvidas: a Missão desempenhou, nestes últimos quatro anos, um papel insubstituível. Se não fosse a MCSP, não teríamos hoje a reforma que temos, sobretudo porque soube catalisar a iniciativa dos profissionais e serviu de mola impulsadora das mudanças que era necessário a Administração fazer. Desempenhou um papel, por vezes, difícil, ingrato e nem sempre bem compreendido. Coube-lhe manter-se como estrutura de ponte nesta reforma, ouvindo as reclamações do lado dos profissionais e pressionando do lado do Estado para se andar para a frente.

Mas quem ficará a coordenar depois esta reforma?

Há-de haver um momento em que deve ser a própria Administração a lidar com aquilo a que anteriormente se

chamava reforma. Há-de haver um momento em que nós diremos: isto agora já não é a reforma é a norma e é a Administração que tem de tomar conta do funcionamento dos serviços. Neste momento, ainda necessitamos de alguma iniciativa fora da estrutura da Administração para que o processo avance. Não temos nenhuma dúvida sobre isso.

O que foi para si, ou ainda poderá ser, mais gratificante nesta reforma?

Os meus dias de alegria são as inaugurações das USF. Não pela pompa e circunstância, porque a maior parte são cerimónias muito singelas, mas por aquilo que significam de mudança na prestação dos cuidados de saúde às populações. A partir de Dezembro, espero que passem a ser também as aberturas das UCC.

O que acho notável verificar, na generalidade das situações, é o entusiasmo dos profissionais, um entusiasmo que é intergeracional, que envolve jovens recém-licenciados em enfermagem ou que terminaram o internato de MGF, bem como os profissionais de outras gerações. Todos eles abraçam com entusiasmo este projecto. A este entusiasmo acresce ainda a alegria das populações. Já participei em inaugurações e em comemorações de aniversários de USF que são verdadeiras festas populares. É, certamente, o sinal de uma reforma que está condenada a ter sucesso, porque é uma reforma que mobiliza os profissionais e que tem o apoio da comunidade e dos cidadãos. Estes são, seguramente, os momentos mais gratificantes do envolvimento neste trabalho.

Que mensagem final gostaria de deixar aos profissionais dos CSP?

Dizer-lhes que continuem a fazer o que têm feito até agora. Isto é, que continuem a construir eles próprios esta reforma, sendo, ao mesmo tempo, reivindicativos e críticos, porque são muito importantes a sua participação e opinião. A atitude de participação activa faz uma grande diferença nesta reforma, mesmo quando, por vezes, considero que não têm razão ou possam estar a ser injustos. Esta reforma, como já disse, depende, em grande medida, da iniciativa dos próprios profissionais e é necessário que eles continuem, como até hoje, a fazerem-nos acreditar que é possível em Portugal existir um Serviço Nacional de Saúde que, mantendo as características que fizeram a sua história nestes 30 anos (acesso geral, universal e tendencialmente gratuito), seja simultaneamente moderno do ponto de vista de novas formas de acesso e de garantia de absoluta qualidade na prestação dos cuidados.

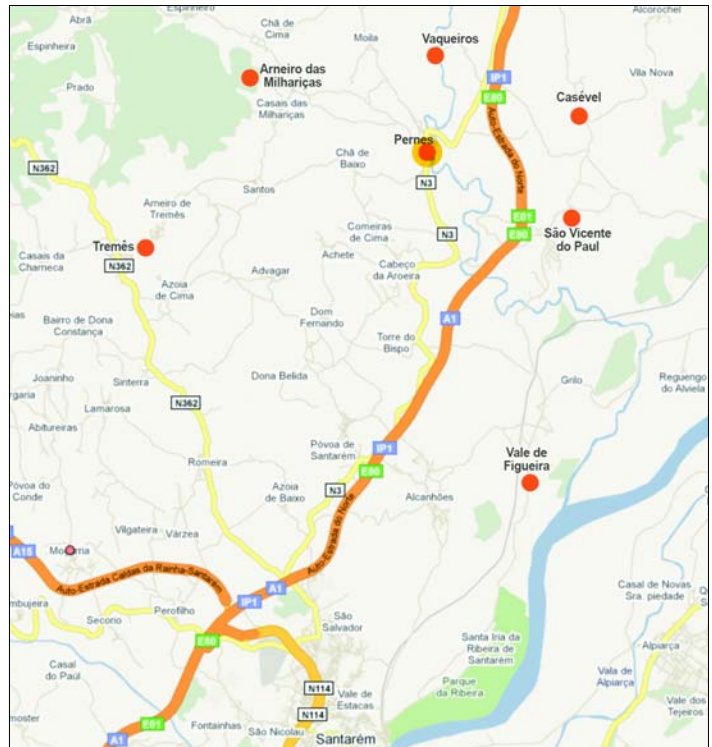
USF ALVIELA

“Era a altura certa para nos juntarmos com as pessoas certas”

A grande maioria dos profissionais que trabalham numa Unidade de Saúde Familiar (USF) mal poderia imaginar a sua USF a ser atravessada por uma autoestrada, por uma movimentada estrada nacional, por uma linha de comboio e por um rio. Pois é exactamente isso que acontece na USF Alviela.

Numa área de 170 Km² médicos e enfermeiros deslocam-se diariamente dezenas de quilómetros, de extensão em extensão, para prestar cuidados de saúde à lista de inscritos da USF. Isto é: às populações que servem e onde não há utentes sem médico de família ou sem possibilidade de ter acesso a uma consulta diariamente. Incansavelmente lá vão galgando a A1 por cima ou por baixo dos viadutos, correndo riscos na movimentada e sinuosa N3, comprazendo-se com algumas paisagens verdadeiramente bucólicas das quais já mal se conseguem aperceber no afã diário, escutando o silvo dos comboios na linha do Norte ou ouvindo o sussurar do rio Alviela ali mesmo ao lado. Em Invernos de forte precipitação uma parte da USF pode mesmo ficar alagada e tornar-se intransitável. É assim a USF Alviela.

As actividades, as obrigações, a acessibilidade, o alargamento de horários, a intersubstituição, os indicadores e a monitorização de desempenho e da qualidade a que se sujeitam são exactamente as





mesmas de qualquer outra USF. Nos olhos dos profissionais, o mesmo brilho de satisfação que se encontra nas USF de Norte a Sul do país pelo acréscimo de autonomia e pela nova forma de organização do trabalho. Muitas das USF que se irão desenvolver em meio rural vão surgir de realidades equiparáveis. Outras em condições ainda mais difíceis. Decididamente merecem o nosso respeito e a nossa melhor atenção. A Revista da MCSP foi visitar a USF Alviela e aqui relata o que viu e os testemunhos de profissionais entrevistados.

Palmilhar a USF de lés a lés

No âmbito deste trabalho para a Revista da MCSP percorremos toda a área geográfica da USF Alviela. Começando pela localidade mais afastada, caminhando de oeste para leste e de norte para sul, nada nos escapou. Metemos o nariz em todo o lado, falámos com todos os profissionais que encontrámos, até espreitámos pela janela da única extensão que nesse dia – e à hora a que lá chegámos – estava fechada. Foi uma jornada de aprendizagem que nos levou literalmente das fraldas da serra de Aire à beira Tejo.

Partilhamos o respeito por todos estes profissionais que de forma tão pioneira abraçaram este projecto: difícil, rural, terra a terra, absorvente. Uma realidade mansa e discreta, longe das luzes da ribalta. Sem as amenidades com que outros se viram bafejados. Esquecidos por vezes pela própria Administração, trabalhando em condições que, num ou outro aspecto, já não se deveriam

ver. Sobra-lhes paisagem a perder de vista. Afastados, mas bem presentes para as populações que servem. Os problemas que estão por resolver e que os ultrapassam não são para esquecer, mas nem isso os demove. Determinados, alargaram há poucos meses a sua lista de utentes, absorvendo mais uma população desprotegida. Pudémos constatar que estão contentes. Eles mesmos o dizem.

18 de Dezembro de 2006: Início da actividade

A USF Alviela teve origem num conjunto de extensões do Centro de Saúde de Santarém e está sediada em Pernes, distrito de Santarém. Foi das primeiras USF a candidatar-se. Os médicos e enfermeiros que trabalham na USF Alviela já se conheciam de longa data. A ideia de se juntarem e ganharem autonomia já lhes tinha passado pela cabeça quando surgiu a hipótese de se agruparem em regímen de RRE. Quando, no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em curso, foram aprovados os diplomas legais que permitiram a constituição das USF, logo no primeiro mês avançaram. Data de 18 de Dezembro de 2006 o seu início de actividade.

Trabalhando em meio rural há vários anos, perfeitamente adaptados à realidade e à comunidade em que estão inseridos, e tendo estabelecido entre si hábitos de cooperação, estes médicos, enfermeiros e administrativos evoluíram naturalmente para uma USF. O que a muitos pareceu estranho e complexo para eles foi apenas o óbvio.

ISABEL COSTA, coordenadora da USF Alviela, explica como: “Começámos por nos organizar nós médicos. Somos um grupo de colegas que nos conhecemos há muitos anos, temos a noção de como é que os outros trabalham e sabemos que podemos confiar uns nos outros, o que nos deu uma boa base de confiança para arrancar. Depois, também em relação à maior parte dos profissionais que estavam a trabalhar connosco, achámos que eram pessoas que podiam integrar o projecto. Houve algumas mudanças, sobretudo na parte da enfermagem, ao longo da vida da USF. Mas globalmente as pessoas são as mesmas. E portanto surgiu a ideia. Tendo na realidade partido deste grupo de médicos, expusemos a ideia às outras pessoas e, com maior

Tendo na realidade partido deste grupo de médicos, expusemos a ideia às outras pessoas e toda a gente aceitou a possibilidade de nos organizarmos em USF.

ou menor relutância, mas quase de imediato, toda a gente aceitou a possibilidade de nos organizarmos em USF”.

Para este grupo de profissionais o que se tornou muito claro é que “era a altura certa para nos juntarmos com as pessoas certas”. E tinham inteiramente razão, o que se traduziu na vitalidade e na estabilidade que esta USF alcançou e que lhes permitiu continuar a crescer, agregando recentemente mais uma lista de 1125 utentes que estava há muito desprotegida de médico de família em Vale de Figueira.

O que estes profissionais viram desde o início foi a possibilidade de poderem trabalhar de uma maneira mais motivadora. Mais satisfatória para eles próprios, mas que respondesse também melhor às necessidades dos utentes. Foi isto que os motivou de imediato e que fez deles os pioneiros das USF em meio rural. Tiveram a clara noção de que seria este o caminho da evolução dos CSP e que era preferível juntarem-se com pessoas que conheciam, para fazer um projecto comum, do que ficar à espera para ver o que aconteceria.



A USF Alviela, actualmente com 10850 utentes, está sediada na vila de Pernes e agrega mais 6 extensões num total de 7 freguesias do concelho de Santarém: Tremês, Arneiro das Milhariças, Casével, Vaqueiros, S. Vicente de Paúl e Vale de Figueira. Quando se decidiram juntar libertaram-se da dependência umbilical do Centro de Saúde de Santarém para se agregarem numa comunidade de prestadores de cuidados, cobrindo uma zona geográfica onde por exemplo os que estavam em Pernes não conheciam a realidade dos que estavam em Vale de Figueira e vice-versa. Ao longo de 170 Km² não há nenhum utente sem médico de família e nenhum utente que não tenha a possibilidade de aceder aos cuidados de que necessita, de preferência sempre que possível com a sua equipa de família, em todos os dias úteis da semana e ao longo de 12 horas.

Como conseguiram interligar uma rede de cuidados

ISABEL COSTA sublinha que a tradicional dependência do Centro de Saúde de Santarém, localizado a 20 Km de distância de Pernes e a muitos mais quilómetros de algumas das freguesias da USF Alviela não era favorável e representava mesmo uma dificuldade para satisfazer as necessidades dos utentes. “Nós fazíamos aquilo que nos diziam, numa ligação de dependência do centro de saúde que tudo decidia. Nenhum destes locais estava ligado entre si e na realidade os nossos doentes estavam desprotegidos. Numa extensão do centro de saúde onde por exemplo só houvesse médico três vezes por semana, os utentes só podiam aceder ao seu médico durante esses períodos. Quando o médico não estava, quando faltava, no período de férias e nos restantes dias e horas o único recurso que aquelas pessoas tinham era deslocarem-se a Santarém e esperar ter a sorte de poderem ser atendidas, o que nem sempre acontecia. Muitas vezes acabavam no último recurso: a urgência do hospital de Santarém”.

Um exemplo disso é a extensão de Casével, a 12 Km a Norte de Pernes. Enquanto extensão do Centro de Saúde de Santarém, antes só tinha acesso ao médico três

vezes por semana. Se uma pessoa precisasse de ser consultada num dos dias em que não tinha médico, apesar de Pernes ficar muito mais perto, não ia a Pernes, ia directamente a Santarém. E neste caso fazia 32 Km para ir ao médico. Quando se constituiu a USF Alviela, da qual passou a fazer parte, passou a ter a possibilidade de ir a Pernes, ali a 12 Km, e durante os cinco dias da semana. Até porque o médico da USF que vai à extensão de Casével tem a maior parte da sua lista de utentes em Pernes. O que quer dizer que os utentes que vivem em Casével têm à sua disposição, localmente, um horário em que sabem que lá irá o seu médico. Mas têm também a possibilidade (porque o ficheiro é comum) de, fora desse horário, agendar uma consulta programada ou ir à consulta pós-laboral (e aberta) do seu médico de família em Pernes. Poderia também dar-se a situação inversa. O ficheiro é único. O médico é que se desloca entre os dois locais.

“Normalmente uma pessoa de Pernes não vai marcar uma consulta para Casével, mas as de Casével vêm aqui frequentemente” – remata a coordenadora da USF. “Até porque se tentou que o atendimento a certos grupos de risco fôsse feito aqui em Pernes, onde temos outras condições de trabalho e onde existe a possibilidade de ter um apoio de enfermagem mais alargado e cuidados mais diferenciados. Guardamos as consultas em Casével essencialmente para aqueles utentes mais idosos ou mais dependentes que tenham mais dificuldade de se deslocar a Pernes e que precisarão de um apoio mais próximo. Uma pessoa jovem, com facilidade de deslocação, não tem problema nenhum em se deslocar a Pernes. E o colega em questão no seu dia-a-dia tem consultas agendadas tanto dos utentes de Pernes como de Casével. Estes passaram a ter o seu médico disponível todos os dias da semana. Como se se tratasse simplesmente de um único ficheiro comum”.

Falta de acessibilidades obriga a manter extensões

Com tanta variedade de instalações existem necessariamente disparidades. O conforto e a qualidade das instalações não é uniforme. A tendência que existia para fechar extensões por falta de recursos levou à degra-

dação de algumas instalações onde nada foi feito durante muitos anos. Uma realidade que a USF Alviela herdou e ainda não conseguiu ver satisfatoriamente resolvida em todo o lado, apesar de repetidas insistências. Mesmo assim, a vontade e capacidade de organização desta equipa alargada de profissionais venceu este *handicap* e, não obstante as melhorias que urgem, os utentes agradecem. Cabe agora à Administração proporcionar-lhes as melhorias necessárias e tão esperadas.

ISABEL COSTA explica-nos as razões de ter sido aceite iniciarem funções nessas circunstâncias: “Nós percebemos que havia a intenção de fechar extensões. O que se perguntava na altura era: porquê ter extensões aqui e acolá se a tendência era de centralidade? Mas nós vimos que as pessoas têm de facto dificuldade em se deslocar e trabalhámos bastante nesta questão. Achámos que, para além de irmos criar um conflito que era absolutamente desnecessário, não poderíamos proporcionar a estas populações o mesmo tipo de cuidados que lhes estamos actualmente a dar. Porque, se eu tiver uma pessoa de 70 ou 80 anos, que é diabética, que não precisa de se deslocar de ambulância, que não justifica o domicílio, mas que precisa de uma vigilância frequente, porque é que eu não lhe hei-de fazer a vigilância naquele local? O que fizemos foi reduzir o tempo em que estávamos no local; oferecer outras alternativas às pessoas; estimulá-las para virem a Pernes; canalizar para aqui actividades mais diferenciadas; tentar fazer aqui a maior parte do horário. Mas não fechámos a porta à possibilidade de, durante uma parte do horário, manter a prestação de cuidados nos diferentes locais, tanto cuidados médicos como de enfermagem. Isto no que respeita às consultas, porque no que respeita aos cuidados domiciliários, estes fazem-se onde são necessários e em qualquer dia”.

Anteriormente à reorganização em USF, os médicos colocados nas diferentes extensões do Centro de Saúde

Todas as extensões estão ligadas informaticamente e todos os médicos e enfermeiros acedem a toda a informação de que necessitam de qualquer local.

de Santarém limitavam-se a atender os seus utentes na respectiva extensão onde tinham o seu ficheiro de utentes e durante apenas um certo período. Actualmente não existe nenhuma situação em que um médico da USF só vá fazer consulta na extensão onde tradicionalmente tinha os seus utentes. Todos os médicos da USF trabalham em extensões e têm cumulativamente um período de horário para as consultas dos seus utentes em Pernes, dentro do conceito de uma lista única de utentes mas repartida geograficamente.



Dra. ISABEL COSTA
Coordenadora da USF

Estão neste caso Arneiro das Milhariças a 6 Km de Pernes; Vale de Figueira a 12 Km de Pernes; Casével, também a 12 Km e S. Vicente de Paúl a 10Km de Pernes. Existe ainda a freguesia de Vaqueiros, onde se prestam cuidados, mas que na designação da coordenadora da USF pode ser equiparada a uma “extensão domiciliária”, com cerca de 200 utentes. Desloca-se lá um médico duas horas por semana e atende exclusivamente aqueles utentes a quem se reconhece não terem qualquer possibilidade de deslocação. Nenhum utente fica sem os cuidados necessários e sem a perfeita articulação médico-enfermeiro. As situações agudas, bem como das restantes pessoas que se podem deslocar são atendidas na sede da USF em Pernes e dispõem para isso da totalidade do horário do seu médico e enfermeiro. Situada no extremo nordeste da área geográfica abrangida pela USF Alviela, esta bolsa de 200 e poucos utentes representa um “bastião” que nunca ninguém conseguiu fechar, muito devido às enormes dificuldades de deslocação das gentes de Vaqueiros.

De resto, as acessibilidades nesta zona são muito deficientes. Nenhuma destas localidades tem transporte directo para Pernes, pois não há rede de transportes local, o que torna ainda mais notável a capacidade da equipa de profissionais da USF Alviela em conseguir atrair a Pernes toda a população que servem. Caso paradigmático é Vale de Figueira. Sempre habituados a recorrer a Santarém, que lhes fica mais perto e para

onde têm transportes vários, incluindo o próprio comboio que, como dissemos, atravessa a USF Alviela, agora começaram também a “migrar” para Pernes.

E o que terá levado estas pessoas a mudar tão radicalmente de hábitos e sem grande resistência dos autarcas? Em relação às extensões mais a Norte, Arneiro das Milhariças, Casével e S. Vicente de Paúl, a razão foi a proximidade. Em relação aos restantes, e a todos eles, a possibilidade de passarem a ter cuidados médicos e de enferma-

gem 12 horas por dia, 5 dias por semana e uma muito maior proximidade e empenho das equipas de família. E ainda a continuidade de cuidados que passou a ser radicalmente diferente. Isto explica que, mesmo os utentes das extensões com melhores acessibilidades a Santarém (Tremês e Vale de Figueira) optem por ir à consulta de intersubstituição ou consulta em horário pós-laboral a Pernes, quando disso necessitam.

Continuidade de cuidados

ISABEL COSTA explica como garantem a continuidade de cuidados a uma população tão dispersa: “Tomemos como exemplo uma mulher de uma das nossas extensões que, por qualquer motivo, vem à consulta aberta ou consulta pós-laboral a Pernes. Se eu estou a fazer essa consulta e detecto, por exemplo, que é uma grávida no início de gravidez, posso iniciar de imediato ou programar nesse momento a sua vigilância de gravidez. Todas as extensões estão ligadas informaticamente e todos os médicos e enfermeiros acedem a toda a informação de que necessitam e às fichas clínicas dos doentes de qualquer local. Poderia tratar-se de uma criança que vem à consulta aberta a Pernes e falhou uma consulta de vigilância de saúde. Faz-se de imediato. Pode tratar-se de uma mulher que chega por qualquer outro motivo, mas a quem é de imediato sugerida uma consulta de planeamento familiar, porque se detectou essa necessidade. Ou de uma mulher mais idosa que precisa de fazer o rastreio de cancro do colo

OBJECTIVOS E INDICADORES CUMPRIDOS LOGO NO SEGUNDO ANO

A USF Alviela distinguiu-se por ter atingido 100% dos incentivos institucionais logo no segundo ano da sua existência. No ano seguinte não conseguiram ter um desempenho tão elevado, mas apenas pela questão dos indicadores financeiros.

Não é fácil estabelecer metas e contratualizar objectivos quando não se tem ainda a noção exacta do que isso representa. ISABEL COSTA explica porquê: “A primeira vez que contratualizámos não tínhamos noção nenhuma do que é que íamos contratualizar. As contratualizações, pelo menos no que nos diz respeito, têm sido mais na base do «não aceito menos que». Embora em relação a alguns indicadores tenhamos conseguido apresentar argumentos que foram aceites, em relação a outros aspectos não há capacidade de argumentação. Não é justo dizer – como alguns fazem – que nós atingimos os objectivos porque propusemos metas baixas. Não só não são metas baixas as que atingimos, como na maioria das situações não as propusemos. Foi-nos sim indicado o que é que tínhamos que atingir. Algumas coisas que nos foram pedidas foram até completamente utópicas. Noutras metas acabámos por conseguir mais do que o que nos tínhamos proposto. Mas, de facto, a primeira contratualização foi feita completamente de olhos fechados: agregámos várias extensões do Centro de Saúde de Santarém, até aí independentes entre si, e não tínhamos noção nenhuma do que é que fazíamos de citologias, de mamografias, etc.

Os nossos objectivos no segundo ano obviamente subiram, assim como este ano também já subiram. No que respeita aos indicadores de 2008, onde já houve uma aproximação maior da realidade, o nosso problema foi na parte económica. Só havia um ou outro indicador que não atingimos, por isso tivemos os 50% e não os 100%. Este ano vai ser mais

complicado, porque começámos agora com uma nova população de 1100 utentes da qual não sabemos nada e de que não temos elementos. Além do mais, esta população corresponde a uma extensão do centro de saúde que estava desprotegida de médico há muito tempo. Sem o módulo estatístico a funcionar, não conseguimos ter indicadores decentes e frequentes, para saber se estamos a chegar lá ou não e onde temos de fazer um maior esforço. Já pedimos nova reunião de contratualização. Ou contratualizamos mais baixo ou então não temos hipótese!”

As características de ruralidade da USF nem sempre são tidas em conta aquando da contratualização, que adquire, segundo a sua coordenadora, um carácter muito formal. Independentemente da simpatia das pessoas com quem lidam, tudo lhes parece já pré-definido. “Chapa um” como se costuma dizer.

No entanto, é grato constatar que, no geral, os profissionais se sentem confortáveis com os indicadores que contrataram. Apesar das dificuldades, tentam sempre fazer por os atingir, pois no fundo sentem-no como um desafio e um incentivo muito positivo. Esta é uma das grandes diferenças para quem trabalha numa USF e isto foi referido pela coordenadora da USF e pela enfermeira coordenadora. Antes sentiam-se quase à deriva, agora não, agora têm objectivos e metas e tentam esforçar-se por as atingir.

Isabel Costa remata: “Eu acho que isso é motivador para o profissional. Às vezes até podemos andar mais esgotados a nível de trabalho, mas ao mesmo tempo temos a recompensa de vermos que a população está mais satisfeita, que tem mais apoio da nossa parte, que em termos de horário conseguimos dar-lhes melhor resposta. E vemos os resultados!”

do útero. Se o médico considerar adequado e necessário, faz logo ali a sua citologia ou então programa-se a sua realização. É assim que funcionamos. Era este tipo de continuidade e de diferenciação de cuidados que as pessoas não tinham até à criação da USF. Estas actividades já eram feitas, mas com tempos muito limitados de consultas e sem tanta flexibilidade e disponibilidade, procurando-se agora ir de encontro às

necessidades dos utentes. A consequência era que este tipo de cuidados era por vezes preterido e a continuidade perdia-se. De preferência, o utente é sempre atendido pela equipa de família, mas todos corremos para a prestação de cuidados de qualidade e para a realização dos programas de saúde, substituindo-nos quando necessário.

Passou a haver a intencionalidade de trazer as pessoas a este tipo de cuidados, de as motivar para a prevenção da saúde, de as co-responsabilizar pela sua saúde. E para

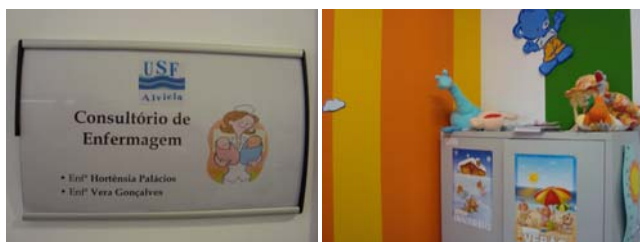
*Temos a nossa autonomia,
são as nossas próprias opções,
organizamo-nos, sentimo-nos
compensados.*

isso a acessibilidade e a continuidade têm de ser garantidas. Antigamente as pessoas ficavam perdidas, não havia seguimento, não havia acompanhamento. Agora não! Eu sei que vou orientá-las para a minha consulta e que os outros farão o mesmo. Os enfermeiros fazem o mesmo tipo de orientação. Mas se surgir uma situação que necessite de cuidados de imediato, essas pessoas têm-nos. Provavelmente não vão ter logo ali a sua consulta de planeamento familiar, mas já não se perdem. E pode mesmo ser que a tenham logo ali. Porque, por razões várias, pode não ser fácil para aquela pessoa agendar uma consulta de planeamento familiar para o dia em que o seu médico está a fazer esse tipo de consultas. Por isso, poderá ser outro colega da USF a fazê-la e os cuidados são prestados.

De uma maneira muito simplista, diria que parece que alguns utentes não ganharam muito com esta reorganização mas, no global, penso que todos ficam a ganhar pela maior qualidade e diversidade de cuidados que têm agora sempre à sua disposição”.

Uma chama que não se apaga

Pergunta-se como é que na USF Alviela conseguem manter esta equipa coesa e ainda ter tempo para



reunir, para fazer discussões clínicas e para discutir os assuntos comuns com tão grande dispersão. As constantes deslocações, todos os dias sem parar, são altamente consumidoras de tempo e desgastantes. Qual a receita para manter a chama acesa?

ISABEL COSTA: “Eu não sei por quanto tempo se vai manter a chama acesa, mas até aqui acho que ainda não se extinguiu. Muitas vezes as deslocações são feitas à custa do nosso próprio tempo. Por exemplo, hoje acabo aqui as minhas consultas às 13 horas e logo a seguir continuo a consulta noutra extensão. No caso de hoje, Vale de Figueira, que fica a mais de 10 Km daqui. Às 14 horas tenho de estar lá e já almoçada. Não vou ter uma hora para almoço. Aquela hora de descanso destinada ao meu almoço, não vai ser uma hora! E isso acontece com os outros colegas e com os enfermeiros. Os colegas de Termês poderão eventualmente conseguir sair de Termês 10 minutos mais cedo, mas estarão aqui a horas para fazer a consulta pós-laboral, a consulta comum aberta a toda a gente. Consume o nosso tempo, é um esforço acrescido, mas temos conseguido gerir a situação. Temos a nossa autonomia, são as nossas próprias opções, organizamo-nos, sentimo-nos compensados”. Igual opinião tem a enfermeira Conceição Temudo.

Como os enfermeiros se organizam

Um dos aspectos que mais se destaca na adesão dos profissionais às USF consiste no facto das pessoas se organizarem por afinidades, por terem formas comuns de trabalho e por partilharem os mesmos valores. No caso desta USF havia profissionais que estavam em extensões diferentes, totalmente desligadas e que mal contactavam entre si. Basta olhar para o mapa e conhecer a tradicional forma de trabalho das extensões de um centro de saúde, sobretudo em zonas rurais, para se perceber a longura e as dificuldades que isso coloca. Parece milagroso que se tenham entendido como corpo de profissionais e se mantenham coesos. A enfermeira Conceição Temudo, em especial, veio de muito mais longe, do Cartaxo, e nem sequer pertencia ao Centro de Saúde de Santarém.

CONCEIÇÃO TEMUDO: “Eu sou das pessoas que aqui trabalha que estava mais por fora. Quando me convidaram para integrar a USF Alviela, trabalhava no Cartaxo, na zona de Pontével, e não conhecia aqui ninguém. Foi um desafio enorme. Pensei: Mas para onde é que vou? O que é que eu vou fazer? Não havia na altura muitas USF em funcionamento e a experiência era reduzida. Eu ligava por exemplo para colegas do sindicato e obtinha respostas como: “É melhor não”. Era natural, havia pouca informação. Chegavam-me opiniões contraditórias, mas pensei: Vamos ver, tenho de experimentar. Experimentei e não estou nada arrependida. Sinto-me sem dúvida satisfeita. Acho que é um desafio interessante que nos faz ter objectivos e lutar por os atingir. Não quer dizer que antes não tivéssemos também os nossos objectivos, mas faltava o desafio de ter de chegar ali. Hoje não nos faltam incentivos para isso”.

Tal como os médicos, também os enfermeiros estão mais dedicados a cada uma das diferentes extensões. Tal como os médicos, também prestam cumulativamente cuidados diferenciados na sede da USF em Pernes e se desdobram nos vários horários. Algumas das extensões estão abertas todo o dia e os enfermeiros cobrem esse horário. Outras não. O problema da intersubstituição representa também neste grupo profissional um grande desafio, como nos diz Conceição Temudo.

CONCEIÇÃO TEMUDO: “Não é muito fácil, porque estamos longe uns dos outros, mas ao mesmo tempo não se torna assim tão difícil, porque uma vez por semana tentamos ter a nossa reunião semanal onde, entre vários outros assuntos, vamos discutindo as intersubstituições. Quando não o conseguimos fazer na reunião semanal porque, por exemplo, não estávamos à espera desta ou daquela ausência (alguém que inesperadamente teve de ficar de baixa por exemplo), tentamos através do telefone entrar em contacto umas com as outras e resolvemos as coisas a nível do contacto telefónico. Em relação às intersubstituições nos próprios locais, é claro que em período de férias, nos meses mais problemáticos de Julho e Agosto, nalgumas extensões temos que reduzir o horário da prestação de cuidados. Mas os utentes estão sempre informados que, se não puderem ser atendidos no horário habitual, têm sempre a hipótese de vir aqui a Pernes ou a outro local

COMO SE SENTE A POPULAÇÃO E COMO SE SENTEM OS COLEGAS?

Foi aplicado, já este ano, o questionário elaborado pelo professor Pedro Ferreira: o dos utentes e o dos profissionais. De acordo com os questionários aplicados, os profissionais da USF Alviela estavam globalmente satisfeitos ou muito satisfeitos. Quanto aos resultados dos utentes, os resultados desta USF estavam acima da média em tudo.



Tirando esse, e tanto quanto se sabe, não existe um inquérito padrão que se possa aplicar de igual forma em todo o lado, nomeadamente no que respeita às USF.

Além dos resultados do questionário que os deixaram bastante satisfeitos, quer a coordenadora da USF quer a enfermeira Sónia Bicas Mendes (interlocutora de enfermagem) nos referiram que confiam também na sua própria percepção.

“Os utentes passaram a ter consultas com mais facilidade, damos-lhes mais tempo de consulta, sentimo-los mais satisfeitos. Para nós é visível que o ânimo dos profissionais melhorou e muito. Temos instalações aqui em Pernes incomparavelmente melhores, o que nos dá outra disposição. E os utentes apreciam esta mudança: melhores condições para os atender e melhor humor de todos”.

Os utentes apreciam esta mudança: melhores condições para os atender e melhor humor de todos.

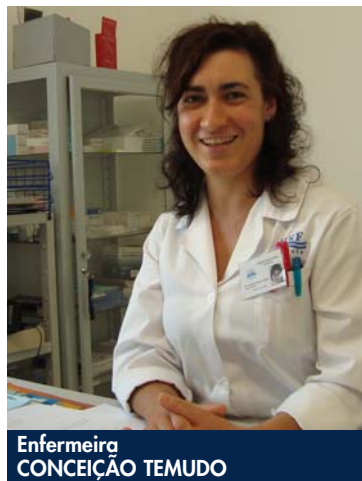
da USF que lhes fique mais acessível. Em Pernes temos acesso ao processo electrónico do doente através do SAM e do SAPE e todos os cuidados de que necessite lhes são prestados sem quebra de continuidade e registados”.

Continuidade de cuidados de enfermagem

Centrados nas necessidades dos utentes que servem e decididos a atingir os seus objectivos de desempenho, os enfermeiros da USF Alviela não descuram uma oportunidade de prestar cuidados a quem deles necessita, embora nunca perdendo de vista que a organização em equipas de família é a que prevalece e é estimulada. Mas, como nos diz São Temudo, todos concorrem para os mesmos objectivos de qualidade de cuidados, sobre os quais sentem uma responsabilidade partilhada.

CONCEIÇÃO TEMUDO: “Se eu estou aqui em Pernes durante o dia e se me chega alguém de outra extensão que eu vejo que tem uma vacina em atraso, tento logo cativar a pessoa para actualizar o seu plano de vacinação. Tentamos ao máximo dar esse tipo de resposta, porque corremos o risco de essa pessoa ou nunca mais se lembrar ou perder o interesse, porque até estava preparada para o fazer hoje e depois tem outros afazeres que se sobrepõem.”

Quanto aos cuidados domiciliários a USF tem objectivos contratualizados bem definidos. Os cuidados domiciliários são prestados pelos enfermeiros que em cada extensão da USF têm essas famílias a seu cargo, a sua lista de famílias. Mas se um enfermeiro adoecer ou está de férias, os doentes com cuidados domiciliários são uma prioridade. “Temos de nos desdobrar de maneira a que consigamos lá ir para assegurar o tratamento desses utentes. Sem o tratamento é que não passam”.



População satisfeita

Tivemos curiosidade em saber como é que os enfermeiros apreendem a satisfação dos utentes desta USF e questionámos a enfermeira Conceição Temudo sobre como sente o pulso à população. Como é que a comunidade civil, as forças vivas locais, as pessoas em geral de todas estas localidades que dantes nada tinham em comum vêem esta nova organização da prestação de cuidados?

“Eu sou muito sensível a essas questões e onde eu estou, em Termês, vejo que as pessoas estão muito mais satisfeitas. É generalizado. Antes as pessoas chegavam a ir para a porta do posto de saúde às 5 da manhã para apanharem “vez” e para às 9 horas serem atendidas. Quando o conseguiam. Isso era uma dificuldade muito grande para os utentes mais idosos e também para as pessoas que trabalham. É uma coisa que agora já não acontece. E isso deixa-as naturalmente satisfeitas”, responde Conceição Temudo.

A população que vem àquilo a que chamam a consulta aberta, vem de muitos quilómetros de distância, como já se disse. Muitos estavam habituados a ir a Santarém há longos anos. Certamente que houve resistências em passar a ir a Pernes. Conceição Temudo relata-nos a evolução: “É muito curioso o que se tem passado. No início pensei que as pessoas iam estranhar um bocado. Muitas delas não estavam habituadas a deslocar-se até Pernes e se calhar em termos de meios de transporte Santarém era mais acessível. Mas a verdade é que depois, à medida que o tempo foi passando, as pessoas começaram a aderir muito melhor. Acho que no início elas estavam com medo de que nós lhes estivessemos a omitir alguma coisa. Havia a noção de que este “posto” poderia fechar, aquele outro também. A sensação que eu tinha era a de que as pessoas achavam que «Eles estão-nos é a encaminhar para Pernes e a fechar aqui Termês». Mas quando se aperceberam que não era isso que ia acon-

tecer, comecei a sentir as pessoas muito mais à-vontade. Algumas chegam mesmo a verbalizar: “Final até é mais perto”.

Protocolos diminuem a variabilidade

Questionada sobre como é que funcionam em termos de protocolos de enfermagem, a enfermeira Conceição Temudo refere que têm já um conjunto de protocolos aos quais aderem e que pretendem reforçar a cultura e o hábito de trabalhar de acordo com determinados protocolos.

CONCEIÇÃO TEMUDO: “Temos já alguns protocolos, mas ainda não todos os que gostaríamos de ter. À medida que vamos avançando na USF, vamo-nos lembrando de que falta isto e aquilo. Para isso é que servem também as reuniões de enfermagem semanais. Para irmos tentando melhorar nos vários âmbitos: ao nível técnico e científico, mas também ao nível da parte humana. Em todos estes aspectos, queremos melhorar um pouco”.

E como se coloca a questão das avaliações de qualidade ou das auditorias internas? Segundo Conceição Temudo já se iniciaram: “Fizemos uma avaliação interna e combinámos entre nós prosseguir. Porque ao estarmos no dia-a-dia a ver sempre as mesmas coisas, pode-nos escapar alguma coisa que se tenha de melhorar. Não temos tanta noção de algumas falhas como quem vem de fora. Às vezes quem vem de fora olha e diz: Então aquilo não podia estar de outra forma? E nós tentamos ver isso como uma crítica positiva”.

O papel da formação

A enfermeira Conceição Temudo explica-nos como encaram e se conseguem organizar para em termos de acesso à formação não ficarem isolados. “Sempre que temos conhecimento de acções de formação, com interesse para a nossa actividade, tentamo-nos organizar para ir. E para abranger o maior número de pessoas. Quando são acções em horário pós-laboral é mais fácil.



Mas mesmo assim tentamos organizar-nos. Depois temos as nossas reuniões internas. Este é um dos âmbitos em que queremos melhorar. Ainda não temos tudo bem estruturado mas é para avançar”.

Questionada ainda sobre o que é que gostava de ver mais desenvolvido nesta USF, a enfermeira Conceição Temudo não hesitou em identificar de facto a formação como uma das áreas em que gostava que andássem mais depressa, sobretudo na evolução ao nível científico.

Administrativos beneficiam com o banco do tempo

Tal como os médicos e os enfermeiros, os assistentes administrativos também se deslocam às extensões e entre extensões e por vezes têm de ultrapassar o seu horário acordado. Inovadora e badalada foi a criação de um banco do tempo ou banco de horas, de que são os principais beneficiários.

ISABEL COSTA, coordenadora da USF, explica aqui esta ideia e como a aplicam: “O banco de horas é uma ideia que neste momento funciona mais com a parte de enfermagem e com a parte administrativa. Esta ideia vem desde o início da USF, quando ainda nem sequer éramos modelo B. O horário de trabalho pode ter de ser variável para assegurar as substituições, até porque os elementos estão a trabalhar em locais diferentes (em certos dias pode ser necessário apoio administrativo em cinco locais diferentes em simultâneo). Mas ao fim de algum tempo, as pessoas começam a sentir-se de algum

modo privadas do seu descanso, porque uns fazem mais horas e outros menos.

Quando há necessidade de substituir alguém, porque um funcionário está por exemplo de férias, o assistente administrativo que o vai substituir pode ter que fazer mais horas do que o seu horário estipulado.

Então arranjou-se um esquema em que, por exemplo, se um administrativo tinha de ficar mais horas, essas horas eram registadas e depois, logo que possível, compensadas em horas. Hoje estamos em modelo B e as coisas têm uma perspectiva diferente. Mas estivémos dois anos em modelo A, em que havia maior rigidez dos horários e criámos este banco do tempo. Então vejamos: se uma pessoa hoje tinha que fazer mais quatro horas, esse excesso de horas era registado no banco do tempo. E numa altura em que esteja por exemplo sobreposto com outro assistente administrativo e em que se verifique que o colega possa por exemplo fazer duas horas sozinho, essas duas horas são dadas ao elemento que fez as quatro horas a mais e que sai duas horas mais cedo. E por aí fora. É neste sentido que o banco do tempo funciona: os administrativos gerem a coisa entre eles e funciona, até porque é suficientemente informal. Nós médicos também começámos a fazer o mesmo, mas acabámos por concluir que não havia necessidade de estar a contabilizar isso assim. Mas os administrativos estavam um bocadinho renitentes às substituições com acréscimo de tempo e esta foi uma forma de eles aceitarem melhor esta ideia. Porque de facto há dias em que por necessidade da USF trabalham muitas horas. A assistente administrativa que esteve aqui ontem teve que trabalhar 12 horas. Tínhamos de ter uma forma de a compensar”.

Temos ainda um longo caminho a percorrer e o facto de nos termos candidatado ao programa de acreditação vai obrigar-nos a progredir nesta caminhada.

Inovar e melhorar práticas

As melhorias mais significativas que introduziram têm essencialmente a ver com a normalização das práticas na organização do trabalho, na divulgação da informação aos utentes e na criação de protocolos e procedimentos. Foi necessário, refere a coordenadora, “criar informação para distribuir aos utentes de maneira a esclarecer as suas dúvidas desde, por exemplo, os cuidados com os ostomizados aos cuidados a ter em casa com um doente algaliado, bem como toda a informação que queríamos transmitir aos utentes. Foi um grande esforço que se fez e que está longe de estar terminado. Temos ainda um longo caminho a percorrer e o facto de nos termos candidatado ao programa de acreditação vai obrigar-nos a progredir nesta caminhada.

Este é um aspecto que sentimos como um claro *handicap*. O facto de estarmos tão dispersos, torna as coisas muito complicadas, porque gastamos muita energia a compensar essa limitação. Se estivéssemos todos no mesmo local seria muito simples chegar àquela hora, parar um bocadinho e fazer uma reunião. Aqui não é assim. Eu tenho um horário, outro colega tem outro horário e em locais diferentes. Não se pode fazer facilmente uma pausa em simultâneo para todos. Por isso reunimo-nos frequentemente fora do horário de trabalho. Em relação à melhoria da qualidade, embora tentemos fazer as coisas sempre melhor, temos ainda muito por onde progredir. Parecerá talvez que estou a dar uma ideia negativa de nós, mas ter a consciência de que teremos de fazer mais e melhor não fica mal a ninguém!”



TRABALHO EM EQUIPA



Frequentemente aplica-se o termo equipa a um conjunto de pessoas numa organização apenas porque trabalham no mesmo sítio. Contudo, uma equipa não resulta do facto de as pessoas trabalharem em conjunto. Tem sido consensual a definição de equipa enquanto um grupo de pessoas que se unem para atingir um objectivo comum. A distinção entre grupo ou equipa de trabalho reside nesta característica, aparentemente simples: a acção dos elementos de uma equipa é orientada por objectivos comuns, ou seja, objectivos construídos e partilhados por todos, o que requer, essencialmente, uma atitude de confiança interpessoal dos membros da equipa.

Quando um profissional se insere num grupo de trabalho a sua acção é orientada pelo “*eu devo*” atingir um dado objectivo, ainda que com isso contribua para um objectivo global do grupo. A acção é, principalmente, individual e a possibilidade de cooperação, a existir, será apenas instrumental para o “seu” objectivo e, conseqüentemente, para a responsabilidade individual. Numa equipa, a acção, seja individual ou colectiva, é orientada pelo “*nós devemos*” atingir um dado objectivo, daí que a cooperação seja a base do trabalho em equipa, o que torna a responsabilidade partilhada.

Uma gestão através de grupos de trabalho, ao invés de equipas, não é necessariamente errada. Frequentemente, é fundamental que existam nas organizações grupos de trabalho, com a devida articulação entre os vários elementos, contribuindo para o grupo e para a missão

A forma como o trabalho em equipa é gerido pode remeter para a mobilização integrada de saberes e práticas entre as diferentes disciplinas.

da organização. Importa que quem coordena e dirige a organização conheça e determine quando é que o trabalho em equipa é mais adequado e como facilitar a sua configuração e desenvolvimento.

É frequente fazer-se a distinção entre trabalho unidisciplinar ou multidisciplinar e interdisciplinar ou transdisciplinar. A gestão do trabalho numa lógica multidisciplinar é, essencialmente, a gestão de grupos ou equipas de trabalho de múltiplas disciplinas (áreas científicas) num dado contexto. Assim, afirmar a existência de trabalho multidisciplinar é, sobretudo, afirmar a presença de várias disciplinas num dado contexto, pelo que não podemos deixar de constatar que, actualmente, afirmar

a multidisciplinaridade em contexto de saúde seja simplesmente reconhecer o óbvio. Por outro lado, a forma como o trabalho em equipa é gerido pode remeter para a mobilização integrada de saberes e práticas entre as diferentes disciplinas (interdisciplinar) ou assentar na capacidade de ver para além da artificialidade das fronteiras das disciplinas e focar-se na resolução conjunta de problemas, indo para além dos saberes especializados (transdisciplinar).

Em contexto de saúde o trabalho em equipa acarreta a possibilidade de atender às necessidades e dar resposta aos problemas das comunidades e de realizar um atendimento integral da pessoa, mobilizando e articulando saberes e práticas de várias disciplinas, seja de forma interdisciplinar ou transdisciplinar. Um atendimento feito por uma equipa de saúde permite centrar o processo em torno das pessoas e na busca de soluções mais apropriadas e eficientes, proporcionando um cuidado individualizado e comunitário consideravelmente mais abrangente. Atendendo às vantagens que advêm do trabalho em equipa é expectável que este seja privilegiado, particularmente em contexto de prestação de cuidados de saúde primários.

A prestação de cuidados de saúde em equipa permite ganhos não só em eficiência, mas também em inovação e melhoria do serviço. Contudo, transformar um grupo de trabalho multidisciplinar em equipa de trabalho acarreta desafios e dificuldades. Articular o trabalho de profissões distintas com paradigmas diferentes pode ser uma tarefa difícil até porque, frequentemente, os profissionais refugiam-se em visões fragmentadas dos processos de trabalho e nos seus actos especializados. O primeiro grande desafio passa pelo estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais, que assente no reconhecimento e valorização de modelos e paradigmas diversos sobre o mesmo fenómeno.

Cabe aos profissionais, particularmente às profissões mais recentes em contexto de saúde, afirmar o contributo que podem trazer à equipa e qual a mais-valia dos seus saberes e práticas, o que requer um espírito de partilha e abertura à troca de conhecimentos e de informação por parte de todos os intervenientes. Assim, a comunicação orientada por uma atitude de partilha que

A prestação de cuidados de saúde em equipa permite ganhos não só em eficiência, mas também em inovação e melhoria do serviço.

fomente a aprendizagem entre profissionais de diferentes disciplinas será um passo fundamental para a construção de uma equipa de trabalho em saúde e para a sua evolução no sentido de processos de trabalho que coloquem o enfoque na resolução conjunta de problemas.

A gestão da tensão entre a fragmentação e a integração dos processos de trabalho dependerá sempre da qualificação e formação que os profissionais têm para o trabalho multidisciplinar, mas resulta em grande medida das características pessoais dos diferentes elementos da equipa e do clima organizacional que daí advém. Torna-se fundamental o estabelecimento de um clima seguro de reconhecimento e valorização entre disciplinas, que permita aos vários elementos da equipa sair do refúgio dos seus núcleos de competência e tornarem-se activos na construção e consecução dos objectivos numa perspectiva de cooperação. A falta de preparação e formação dos profissionais para o trabalho em equipa é, frequentemente, um factor de impasse na adaptação à mudança nas organizações.

É inevitável que no processo de construção de equipas de trabalho surjam tensões e conflitos, particularmente,

A falta de preparação e formação dos profissionais para o trabalho em equipa é, frequentemente, um factor de impasse na adaptação à mudança nas organizações.

quando se trata de equipas multidisciplinares, onde existem diferentes modelos e formas de conhecer e de intervir na realidade, que valorizam aspectos distintos do fenómeno e comunicam em linguagens técnicas, por vezes, diferentes. Aliás, o conflito, por vezes, não só é necessário como desejável para que a equipa se desenvolva. Explicitar e confrontar diferenças é fundamental para aumentar o conhecimento e a confiança que os elementos da equipa têm entre si e, nesse processo, há sempre algum grau de tensão e de possibilidade de conflito. O conflito deve ser reconhecido como parte, nem sempre evitável, do processo de trabalho em equipa e atendido de forma assertiva porque, tal como as feridas, se for ignorado pode 'infectar' e deixar sequelas.

EMPODERAMENTO

AUTONOMIA - ter influência e controlo sobre o seu próprio trabalho.

CONHECIMENTO - ganhar e ter informação e recursos para desenvolver o seu trabalho.

CONFIANÇA - ser reconhecido como um recurso válido em quem se pode confiar para fazer um bom trabalho.

CRIATIVIDADE - ter liberdade e receber apoio para correr riscos e ser inovador.

REALIZAÇÃO - experienciar sucesso no trabalho e ajudar outros a serem bem sucedidos.

INFLUÊNCIA - ser capaz de influenciar as operações da organização.

Daí que seja importante gerar um clima de comunicação que não seja percebido como ameaçador, que acolha a partilha de ideias e onde haja a possibilidade de discordância e de explicitação de divergências, a par da oportunidade de participar no desenvolvimento de soluções inovadoras para os problemas identificados. O enfoque do debate deverá ser colocado em processos, problemas, factos e ideias e não em pessoas ou suposições e orientado para soluções que não se baseiem meramente em critérios de autoridade.

As equipas são entidades dinâmicas que requerem alguma estabilidade e tempo para se desenvolverem. Existem factores que podem condicionar esse desenvolvi-

mento, tais como: uma elevada rotatividade dos membros da equipa; a ausência de oportunidades de comunicação eficaz e segura para a clarificação de expectativas, de papéis e de competências dos seus elementos; a falta de autonomia e de responsabilização colectiva.

O sucesso do trabalho em equipa está associado à valorização de processos de partilha de poder (empoderamento). É fundamental privilegiar dinâmicas que criem condições para a participação alargada nos processos de tomada de decisão e condições para o desenvolvimento individual e profissional no seio da equipa, de onde resulte um clima que favoreça a disponibilidade para comunicar, aprender e cooperar. O empoderamento

O sucesso do trabalho em equipa está associado à valorização de processos de partilha de poder (empoderamento).

consiste em colocar o poder de compreender e controlar aspectos determinantes para a auto-realização dos próprios profissionais. Trata-se de criar condições para que os profissionais desenvolvam maiores níveis de autonomia, conhecimento, confiança, criatividade, realização e influência.

O empoderamento assume, de pessoa para pessoa, múltiplos significados, que podem variar ao longo do tempo. O empoderamento é influenciado contextualmente por aquilo que os profissionais possam ser susceptíveis de ser motivados para o poder de desenvolver, ou para o poder de realizar em diferentes aspectos. Alguns são, por exemplo, mais orientados por questões de autonomia no controlo que possam ter sobre as tarefas ou actividades que desenvolvem; outros pela sua realização na ascensão do desempenho profissional; outros ainda por questões de relacionamento interpessoal. Daí que seja de extraordinária importância a oportunidade de comunicar num clima de confiança que permita explicitar expectativas e definir papéis e responsabilidades dentro da equipa.

Unidades de Cuidados na Comunidade

INOVAÇÃO E PROXIMIDADE DOS CUIDADOS

A reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) iniciou-se em 1979 com a lei do Serviço Nacional de Saúde e data dessa altura a primeira grande reforma dos cuidados de saúde primários. As Caixas de Previdência e as mutualidades então existentes deram origem aos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde tal como hoje os conhecemos. Desenvolveram-se as extensões de saúde, integradas nos centros de saúde, e tornou-se assim possível ao longo destes 30 anos proporcionar cuidados de saúde de proximidade às populações mais remotas do país.

Com a reforma do SNS e o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, os indicadores de saúde melhoraram muito a nível nacional. São exemplo disso a cobertura vacinal da população, a redução da mortalidade infantil, a cobertura dos cuidados à grávida e muitos outros.

Por sua vez, o indicador de qualidade percebida pelos utilizadores tem tido uma evolução muito positiva. O estudo de Villaverde Cabral e de Alcantâra da Silva (2009) revela um aumento da satisfação dos utentes utili-

zadores dos centros de saúde, tendência essa que se vem acentuando. Segundo este estudo, 58,8% dos utentes considera o seu centro de saúde bom ou muito bom, o que representa um significativo aumento em relação aos dados disponíveis de há sete anos, em que esse valor era de 49,3%.

Apesar disso houve ao longo dos anos um desinvestimento nos cuidados de saúde primários, traduzido por exemplo num fraco investimento em recursos humanos e na ausência de incentivos à reorganização da prestação de cuidados, o que os colocou na situação de “parente pobre” do Serviço Nacional de Saúde, que agora se começou a reverter.



O mais recente relatório da OMS para os cuidados de saúde primários (2008) veio demonstrar que o caminho a seguir consiste na aposta pública nos cuidados de saúde primários, pois ficou demonstrado a nível internacional que um serviço público de saúde garante maior sustentabilidade em termos de resultados de saúde.

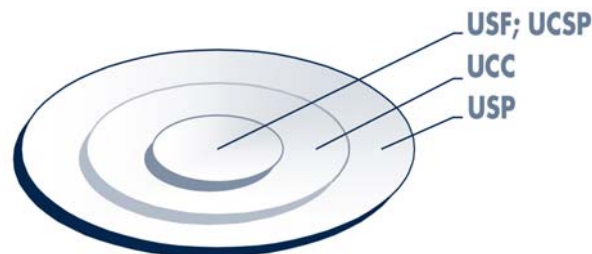
A reforma dos cuidados de saúde primários que começou há três anos tem demonstrado que os profissionais de saúde estão perfeitamente aptos a desenvolver um trabalho com qualidade e com significativa redução de desperdício, desde que lhes dêem a motivação e as condições de trabalho necessárias. É sabido que uma das formas mais eficazes de combate à ineficácia e ao desperdício no SNS consiste em apostar nos profissionais de saúde, no sentido de os responsabilizar pelo seu próprio desempenho, o que pressupõe um reforço da sua autonomia.

É nesse contexto que surge o movimento para a reforma dos cuidados de saúde primários, que a Missão para os Cuidados de Saúde Primários tem liderado ao longo dos últimos quatro anos. Um dos aspectos mais relevantes da reforma consistiu na criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com os quais se pretende dar maior autonomia à gestão dos centros de saúde e nos quais estão a ser criadas diversas unidades funcionais. Com a tomada de posse dos directores executivos dos ACES, estes comprometeram-se a serem os defensores da reforma nos agrupamentos de centros de saúde que dirigem. Pode assim dizer-se que este é o “ano zero” do resto da reforma dos CSP.

De acordo com o Decreto-Lei 28/2008 cada uma das unidades funcionais dos ACES tem uma missão específica bem definida, mas são complementares entre si para que o resultado final consista numa melhor articulação da prestação de cuidados.

O relatório da OMS 2008 indica que o caminho a seguir consiste na aposta nos cuidados de saúde primários.

A prestação de cuidados directos ao utente e às suas famílias será conseguida através das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.



A capacidade de trabalho que se conseguiu atingir com as Unidades de Saúde Familiar (USF) teve como efeito a obtenção de graus de satisfação, por parte dos profissionais e dos utentes, superiores à média registada noutra tipo de organização da prestação de cuidados (inquéritos de satisfação dos utentes e profissionais MCSP 2009).

O “laboratório” das USF, apesar de ainda haver alguns pontos a rever, tem sido de uma forma geral um excelente exemplo para as outras unidades funcionais.

A constituição das equipas profissionais baseada em critérios de escolha interpares e não em critérios de hierarquias profissionais provou que esta nova forma de constituição de equipas é algo inovador e motivante para os profissionais das USF.

Como unidades funcionais transversais dentro do ACES, temos:

- a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), onde se englobam todas as áreas de especialidades que não estão inseridas dentro das outras unidades funcionais e que possam ser partilhadas por estas;
- a Unidade de Saúde Pública (USP), a mais importante unidade transversal dentro do ACES, a quem cabe a gestão dos programas de saúde, a gestão e avaliação dos dados epidemiológicos da área geodemográfica do ACES e a criação do observatório de saúde;
- a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), na razão de uma por centro de saúde, que aqui iremos desenvolver.

UCC – inovação e proximidade de cuidados

A Unidade de Cuidados na Comunidade representa uma nova forma de prestação de cuidados na comunidade. Trata-se de um conceito inovador na prestação de cuidados que excede a equipa básica (médico e enfermeiro de família), sendo uma mais-valia na prestação de cuidados “fora de portas” do centro de saúde.

A UCC tem por missão prestar cuidados de saúde e de apoio psicológico e social assegurando:

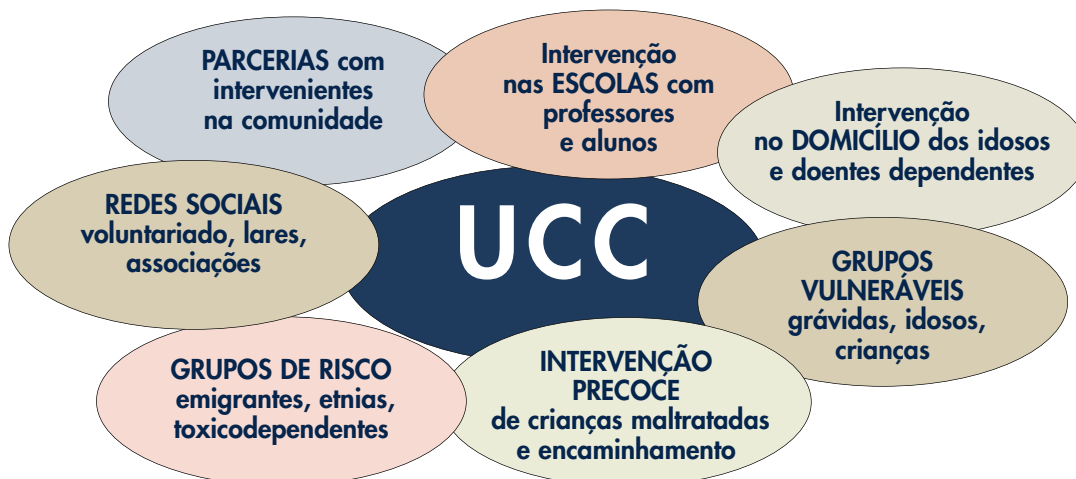
- Actividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspectiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da comunidade;
- Actividades de âmbito de protecção e promoção de saúde da comunidade, com incidência prioritária em determinados contextos, nomeadamente: escolas, locais de trabalho, prisões, bem como a prestação de cuidados a grupos populacionais particularmente vulneráveis e com problemas de saúde de grande impacto social;
- Intervenções dirigidas ao indivíduo/família, designadamente as orientadas para a prevenção, resolução ou palição de problemas concretos, especialmente pessoas com marcada dependência física e funcional e/ou com doenças que requeiram acompanha-

mento mais próximo e regular, em particular no domicílio;

A UCC desenvolve ainda actividades de investigação em saúde e participa na formação de diversos grupos profissionais, nas fases pré e pós-graduada e contínua.

Os profissionais de saúde do SNS estão perfeitamente aptos a desenvolver um trabalho com qualidade e redução de custos.

A UCC terá de se constituir com uma equipa multiprofissional, que possa trabalhar na área geodográfica de influência do centro de saúde em projectos com outros parceiros na comunidade e que possa responder às populações e grupos de risco que muitas vezes não estão identificados ou sinalizados pelo próprio centro de saúde. Necessita de recursos não só humanos como materiais e para isso os ACES têm de ter meios financeiros adequados. Só assim poderão alocar os recursos humanos e técnicos necessários a cada uma das suas unidades funcionais, entre elas as UCC, para que estas possam ser postas a funcionar segundo critérios de qualidade.



CARTEIRA DE SERVIÇOS DA UCC (Despacho 10143 de 16 de Abril de 2009)

- a) Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade;
- b) Intervenções em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- c) Projectos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência, tais como:
 - i) Acompanhar utentes e famílias de maior risco e vulnerabilidade;
 - ii) Cooperar com outras unidades funcionais, no tocante a acções dirigidas aos utentes, às suas famílias e à comunidade, nomeadamente na implementação de programas de intervenção especial, na criação de redes de apoio às famílias e no recurso a unidades móveis;
 - iii) Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado;
 - iv) Participar nas actividades inerentes à rede social, na vigilância de saúde e acompanhamento social das famílias com deficientes recursos socioeconómicos;
 - v) Participar nas actividades do programa de intervenção precoce a crianças, nomeadamente na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens;
- d) Projectos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI, como sejam:
 - i) Cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas;
 - ii) Cuidados de reabilitação física;
 - iii) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
 - iv) Educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
 - v) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
 - vi) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI;
- e) Projectos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida.

A Unidade de Cuidados na Comunidade representa, como foi dito, uma nova forma de intervir na comunidade. A prestação de cuidados aos utentes também se encontra abrangida pelo âmbito desta unidade funcional, na qual se inserem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

As **Equipas de Cuidados Continuados Integrados** são parte integrante tanto dos cuidados de saúde primários como da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, representando uma forma eficaz de continuidade de cuidados. A equipa multiprofissional da ECCI dará resposta em termos de cuidados domiciliários aos utentes e suas famílias que tenham necessidades de cuidados mais complexos em termos de saúde. É de realçar, como exemplo, a prestação de cuidados a doentes acamados; a prestação de cuidados a idosos de risco; o apoio a cuidadores (família ou outros) de doentes que necessitem de um acompanhamento mais diferenciado; prestação de cuidados a pessoas com problemas do foro oncológico que querem ficar na sua casa com o apoio de equipas especializadas em cuidados paliativos.

A **Saúde Escolar** é uma das áreas de intervenção da UCC. De acordo com o Plano Nacional de Saúde Escolar, as intervenções na escola devem ser direccionadas e planeadas como forma de dar resposta às necessidades das crianças em idade escolar. Será necessário estabelecer uma parceria com as escolas da área geodográfica de cada centro de saúde e com os responsáveis pela gestão do programa a nível da Unidade de Saúde Pública do ACES.

A área designada por **Intervenção precoce** é outra das áreas de intervenção das UCC. Aqui o papel das UCC consiste na identificação e na participação na avaliação de situações individuais de risco. Os profissionais de saúde das UCC actuam na definição do tipo de intervenção e acompanhamento para cada uma das situações identificadas e no encaminhamento para a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens.

Este despiste de situações de risco faz-se com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Privilegiam-se as atribuições ao nível da mobilização da rede de recursos internos do ACES e ao nível da dinamização da rede social de apoio, de modo a assegurar o adequado e atempado acompanhamento dos casos-problema. As UCC intervêm na articulação funcional com os outros núcleos existentes dentro e fora do ACES como,

por exemplo, a nível hospitalar, através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e com as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ) e/ou o Ministério Público.

O trabalho com as parcerias da **Rede Social** da comunidade, em conjunto com outros sectores da comunidade, é outra das áreas de actuação da UCC. O trabalho com estas redes sociais passa pela realização de rastreios a determinados grupos de risco da comunidade e por todo um trabalho conjunto para proporcionar uma adequada intervenção junto de populações de risco. São exemplo disso, o trabalho com comunidades de emigrantes ou de diferentes etnias, bem como o trabalho junto de Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia, em consonância com o Conselho da Comunidade do ACES.

O trabalho da UCC com **grupos vulneráveis** tem como objectivo a intervenção junto de franjas da população com riscos de saúde acrescidos, como sejam por exemplo as grávidas. Esta intervenção passa, por exemplo, por cursos de preparação para o parto e para a parentalidade. O investimento na amamentação através de equipas de profissionais especializados nesta área permite incentivar a amamentação materna.

A intervenção na comunidade poderá ser feita de diversas formas: desde a participação em feiras locais, a acções de sensibilização dos cidadãos em locais chave, até sessões de educação para a saúde em associações ou intervenção junto de grupos de voluntariado e outros.

Ao constituir-se, a UCC tem de apresentar a sua carteira de serviços. A **carteira de serviços** da UCC é necessariamente uma carteira abrangente e não demasiado específica. A realidade sócio-geodemográfica é diferente de norte a sul do país e do litoral para o interior, cada

A constituição das equipas baseada em critérios de escolha interpares é algo inovador e motivante para os profissionais.

A avaliação da UCC deve incidir sobre aspectos de disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade e satisfação.

uma tem as suas próprias especificidades, e por todos estes motivos a carteira de serviços da UCC terá de ser suficientemente flexível para poder corresponder às necessidades de cada comunidade.

A monitorização e avaliação das UCC é uma incumbência dos ACES e fica integrada num processo global aplicável a todas as unidades funcionais do respectivo ACES.

A **monitorização e avaliação** da UCC deve incidir sobre as seguintes vertentes: disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação. Os aspectos a avaliar podem ser completados caso a caso com aspectos específicos de acordo com características de carácter regional, sempre que estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional. A monitorização e avaliação da UCC baseia-se num modelo de matriz nacional que aplique as metodologias de auto-avaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre UCC.

É ainda de esperar que, ao fim de um certo tempo de existência, as UCC se possam vir a submeter a um sistema de acreditação, a cargo do Departamento da Qualidade da Direcção-Geral de Saúde, com o objectivo de reconhecer e impulsionar os seus programas de qualidade.

Resumindo, a Unidade de Cuidados na Comunidade será uma das unidades funcionais inovadoras do ACES, vocacionada para prestar cuidados de proximidade na área de influência do respectivo centro de saúde aos habitantes, às famílias e à comunidade onde se encontra inserida.

“THE ROLE OF THE PRIMARY CARE TRUST BOARD IN WORLD CLASS COMMISSIONING”

O DEPARTAMENTO DE SAÚDE (DH) DO NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) DO REINO UNIDO PUBLICOU EM NOVEMBRO DE 2008 ESTE DOCUMENTO QUE, PELA SUA IMPORTÂNCIA E OPORTUNIDADE, AQUI APRESENTAMOS RESUMIDAMENTE.

Debaixo do lema geral que o Department of Health estabeleceu para o seu programa de Worldclasscommissioning, “Adding life to years and years to life”, o referido documento contém orientações precisas para que as equipas de direcção dos Primary Care Trusts, na designação do Reino Unido, possam ter como meta adquirir, proporcionar e gerir os melhores cuidados, quer em termos das necessidades dos seus clientes quer dos financiadores que suportam o sistema. Um desempenho ao nível dos melhores do mundo é o objectivo a alcançar.

Em Portugal, nada mais actual. Ainda que se trate de uma adaptação livre e literária poderemos equiparar os Primary Care Trusts aos nossos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e o comissioning à governação dos mesmos.

O que é fundamental é que as orientações incluídas neste documento sejam conhecidas e amplamente divulgadas; que sejam entendidas, estudadas e aprofundadas pelos directores executivos e Conselhos Clínicos dos ACES; e que a sua governação siga estes princípios fundamentais.

Deste importante documento a Revista da MCSP oferece aqui dois extractos resumidos, em adaptação livre para língua portuguesa, onde tomámos a liberdade de traduzir Primary Care Trusts por Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e comissioning por governação.

«O ciclo de governação dos serviços em saúde»

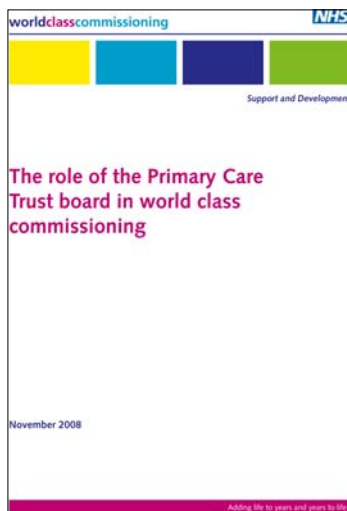
- Avaliação das necessidades e planeamento estratégico;
- Transformação e gestão do mercado da saúde;
- Monitorização do desempenho e avaliação.

FASE 1: AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES E PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

O papel da direcção é o de desenvolver um plano estratégico eficaz para a governação e adjudicação (contratualização) de bens e serviços. A direcção deve ter uma visão clara baseada numa avaliação rigorosa das necessidades que tem de servir e contando com o envolvimento dos fornecedores e prestadores de saúde locais. Esse plano deverá estabelecer prioridades e ser suportado por um plano financeiro de longo termo, robusto e consistente, que demonstre que o ACES está a investir na melhoria da saúde e que está de acordo com todos os requisitos estatutários e legais do SNS. Os riscos inerentes à estratégia devem ser identificados e deve ser determinado quem e como os vai gerir. A estratégia deve ser actualizada anualmente e reescrita a cada três anos.

FASE 2: TRANSFORMAÇÃO E GESTÃO DO MERCADO DA SAÚDE

O papel da direcção consiste em garantir que a população local seja servida por um conjunto de prestadores que dêem uma resposta capaz às suas necessidades de saúde. A direcção precisa de compreender detalhadamente as expectativas da popu-



Disponível em www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/Commissioning/Worldclasscommissioning/Assurance/index.htm.

lação local e deverá privilegiar as opções de investimento que resultem no aumento da possibilidade de escolha, da inovação e da qualidade.

A direcção tem como responsabilidades:

- Definir localmente incentivos e forças motrizes;
- Promover a qualidade na prestação dos serviços;
- Contratar e aprovisionar;
- Desenvolver o mercado de satisfação das necessidades em saúde;
- Proporcionar opções de escolha na oferta;
- Prestar informação aos utentes, público e mercado;
- Alinhar com parcerias locais.

FASE 3: MONITORIZAÇÃO DO DESEMPENHO E AVALIAÇÃO

O papel da direcção consiste em assegurar que se progride em direcção aos objectivos que foram estabelecidos. Ao assumir esta responsabilidade colectiva, os diversos membros da direcção têm papéis diferentes. A função da equipa executiva consiste em gerir a organização de forma a obter os melhores resultados operacionais e os seus membros devem relatar regularmente a sua evolução à direcção. É função de todos os restantes elementos e do Conselho Clínico actuar como um todo, analisar, discutir e aconselhar a direcção para que esta possa rever, confirmar ou actualizar os planos, se necessário.

As áreas-chave para esta actividade são quatro:

- Estratégia;
- Contratualização e Adjudicação;
- Gestão de contratos;
- Desempenho operacional.

Competências e características de uma direcção de alto nível de desempenho

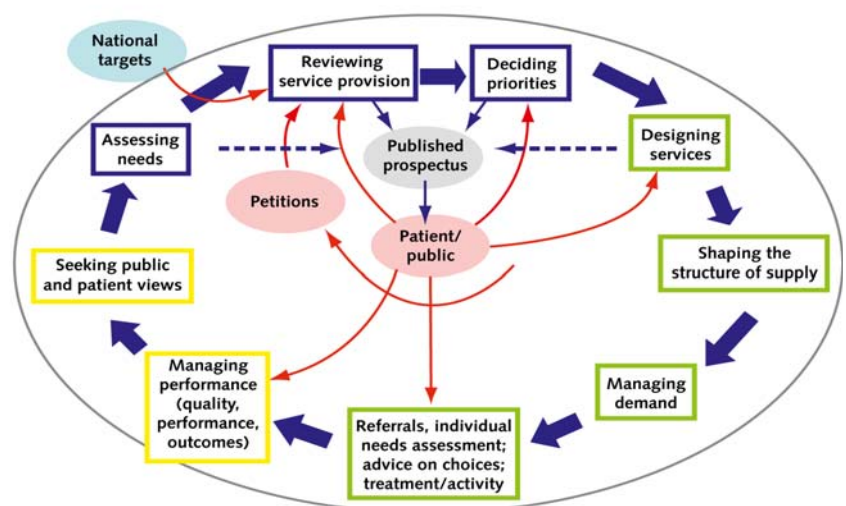
Uma governação de excelência ou de alto nível de desempenho traduz-se numa declaração de intenções e de compromissos, concebida para criar objectivos ambiciosos de gestão e uma nova forma de contratar e adquirir serviços e cuidados ainda não desenvolvida, nem implementada no âmbito da economia da saúde de forma sistemática.

COMPETÊNCIAS PARA UMA DIRECÇÃO EXCELENTE DOS PRIMARY CARE TRUST (ACES)

A adjudicação (contratualização) de cuidados excelentes (world class commissioning) requer que nos ACES se desenvolva o conhecimento, as competências, os comportamentos e as características que suportam uma governação efectiva. A direcção tem um papel-chave no desenvolvimento estratégico organizacional, no estabelecimento de prioridades e na condução do desenvolvimento das competências necessárias para atingir um estatuto de excelência. Nas suas responsabilidades inclui-se a necessidade de gerir o planeamento das suas próprias competências internas, para gerir o seu desenvolvimento e a sua sucessão. Tem de fazer um forte investimento na capacidade interna e garantir o desenvolvimento da totalidade das competências indispensáveis para conseguir atingir o patamar de uma governação (gestão) de excelência ou de alto nível de desempenho.

The phases of the commissioning cycle for health services

- Phase 1: Needs assessment and strategic planning
- Phase 2: Shaping and managing the market
- Phase 3: Performance monitoring and evaluation



COMPETÊNCIA

PAPEL DA DIRECÇÃO DO ACES

- | | |
|---|---|
| 1. Ser reconhecida como líder local do SNS | <ul style="list-style-type: none">• Definir prioridades• Gerir a reputação• Garantir uma abordagem ética e o envolvimento de todas as partes• Supervisionar a interface com os parceiros para o desenvolvimento do mercado (oferta para satisfação das necessidades de saúde)• Garantir que a estratégia e suas implicações são devidamente comunicadas ao público em geral |
| 2. Colaborar com parceiros da comunidade para adjudicar e garantir serviços que optimizem os ganhos de saúde e reduzam as desigualdades | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que a oferta de serviços e o leque de prestadores e fornecedores é conhecido e compreendido• Garantir que o ACES e as autoridades locais estão a cumprir o seu dever de parceria |
| 3. Construir, de forma proactiva e contínua, uma relação significativa com o público e os utentes para transformar os serviços e melhorar a saúde | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que a direcção do ACES recebe informação apropriada de que existe um contínuo envolvimento dos utentes e público• Garantir que a opinião dos utentes é apoiada por evidências clínicas |
| 4. Conduzir um relacionamento contínuo e significativo com todo o corpo clínico para fornecer informação à estratégia e melhorar a qualidade, a concepção dos serviços e a utilização de recursos | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que a direcção do ACES recebe informação adequada sobre o envolvimento dos clínicos• Garantir que as evidências de eficácia financeira/clínica são apoiadas pela opinião pública e que os riscos de reputação são avaliados |
| 5. Gerir o conhecimento e levar a cabo avaliações robustas e regulares das necessidades que estabeleçam uma compreensão completa das necessidades locais de saúde, presentes e futuras | <ul style="list-style-type: none">• Compreender as mensagens-chave da avaliação de necessidades e determinar como é que alteram as prioridades do ACES• Garantir que o ACES toma decisões apoiadas na informação e no conhecimento |
| 6. Estabelecer prioridades de investimento de acordo com as necessidades locais, os requisitos do serviço e os valores do SNS | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que o ACES baseia as suas decisões nos recursos, tendo em conta as necessidades e tendências futuras |
| 7. Estimular eficazmente o mercado de forma a satisfazer a procura e assegurar os resultados clínicos, de saúde e de bem-estar pretendidos | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que a abordagem do ACES quanto à adjudicação e contratualização é eficaz para estimular o mercado e a oferta• Fornecer qualidade, opções de escolha, fluxos de cuidados optimizados, eficácia e boa relação qualidade/custo |
| 8. Promover e especificar melhorias contínuas na qualidade e nos resultados através da inovação e da configuração clínica e de fornecedores | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que os resultados e a qualidade conduzem as decisões de adjudicação/contratualização e que as especificações contratadas são monitorizadas e cumpridas• Garantir que a inovação estimula a melhoria contínua |
| 9. Assegurar competências de aprovisionamento que garantam contratos viáveis e robustos | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que o processo de adjudicação é enriquecido por boas práticas no aprovisionamento |
| 10. Gerir eficazmente os sistemas e trabalhar em parceria com os fornecedores para garantir o cumprimento dos contratos e a melhoria contínua da qualidade, dos resultados e da relação qualidade/custo | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que os sistemas são geridos de forma rigorosa e que o desempenho é monitorizado continuamente, no ano corrente• Numa situação de impasse, ser o ponto de evolução e de valor acrescentado na resolução de problemas |
| 11. Fazer investimentos financeiros saudáveis para assegurar um desenvolvimento sustentado e boa relação qualidade/custo | <ul style="list-style-type: none">• Garantir que os planos financeiros estão de acordo com a estratégia e satisfazem as obrigações estatutárias e quaisquer requisitos do SNS |

nho. Para além disso, é indispensável que a direcção do ACES compare as suas competências e o seu desempenho com as 11 competências organizacionais apresentadas na tabela ao lado.

Características de uma direcção excelente

CONCENTRAR-SE NA ESTRATÉGIA

Uma direcção de sucesso, uma direcção excelente é transparente acerca da sua visão e partilha uma interpretação comum da sua função, uma vez que os seus membros definiram em conjunto essa orientação. A direcção é portanto unânime ao dirigir a estratégia acordada e define e segue princípios claros para a organização.

Concentra-se nas prioridades estratégicas e na manutenção de um controlo efectivo sobre as actividades operacionais através de um sistema de gestão de risco, fluxo de informação, relatórios regulares e garantias.

O desempenho da direcção do ACES, à luz de indicadores-chave, é relatado de forma clara, utilizando um conjunto equilibrado de medições principais e as discussões da direcção baseiam-se num subconjunto de indicadores de maior relevo.

GERIR A REPUTAÇÃO E AS PARCERIAS

As direcções de alto rendimento são transparentes no seu relacionamento com os fornecedores e prestadores e investem tempo na gestão e na melhoria contínua desses relacionamentos.

A direcção tem um papel fundamental na gestão da reputação, interna e externa. Uma direcção de sucesso funciona virada para o exterior, para os seus clientes/utentes, parceiros, prestadores, fornecedores e comunidade; presta atenção aos sinais e procura activamente *feedback* sobre o desempenho, quer da sua organização quer de si própria enquanto direcção.

ACTUAR DE FORMA TRANSPARENTE

As decisões são tomadas de forma transparente à luz de uma gestão de risco e evidências sólidas. As decisões,

juntamente com a lógica na qual se baseiam, são registadas e comunicadas de forma clara.

PROCURAR A MELHORIA CONTÍNUA

Uma direcção excelente revê atentamente o seu próprio desempenho com vista a melhorar continuamente a sua eficácia geral. Realiza esforços no sentido de avaliar a sua eficácia e colmatar lacunas no desempenho actual, por forma a elevar a sua eficácia para o patamar superior da sua classe.

Uma direcção de sucesso leva a cabo avaliações externas regulares da sua estratégia de governação e contratualização através do *feedback* dos prestadores, dos fornecedores, dos utentes e do público.

REALIZAR REUNIÕES EFECTIVAS DA DIRECÇÃO

O director executivo e os restantes elementos são transparentes acerca dos seus respectivos papéis e orientam e conduzem a reunião, mas não dominam a discussão.

Todos os membros da direcção têm um papel importante a desempenhar. Quer os membros executivos quer os não executivos devem contribuir fortemente, ter relações de trabalho robustas e efectivas e desafiar-se mutuamente de forma construtiva.

Os membros do Conselho Clínico trazem para as reuniões a sua experiência variada e competências especializadas, mas partilham um núcleo de conhecimentos técnicos.

A ordem de trabalhos das reuniões e os documentos associados estão bem organizados e são transmitidos aos membros da direcção atempadamente. Os documentos são objectivos e sucintos e é clara a decisão da direcção em relação a cada item, tais como garantia, aprovação e decisões. A disponibilidade de tempo para tarefas não executivas é limitada. Por isso, a ordem de trabalhos deve manter-se focada e eficiente em termos de tempo.

A ordem de trabalhos da direcção reflete as prioridades acordadas e os membros da direcção e os restantes elementos têm um plano que permite à direcção repartir o seu tempo entre questões estratégicas e operacionais, entre adjudicação e aprovisionamento, e inclui análise dos riscos-chave e dos problemas críticos actuais, bem como actualizações regulares do nível de desempenho.

“INTEGRAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”

ESTA PUBLICAÇÃO, QUE ACABA DE SER EDITADA EM PORTUGUÊS, RESUME DE FORMA EFICAZ E EXEMPLIFICATIVA A EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS ANOS. SERÁ BENÉFICO RELEMBRAR O AVANÇO DO PENSAMENTO SOBRE SAÚDE MENTAL E DAQUILO A QUE SE CONVENCIONOU CHAMAR “DESPSIQUIATRIZAÇÃO”.

Em primeiro lugar temos a psicoterapia institucional francesa (1940), a qual se constituiu num movimento de contestação ao modelo asilar tradicional, propondo-se envidar esforços no sentido de humanizar e melhorar as condições materiais dos hospitais psiquiátricos, através de mudanças na sua organização interna. A ideia principal centrava-se na quebra da hierarquia piramidal tradicional, onde o poder é exercido por poucos e obedecido por muitos. A proposta de uma transversalidade na organização permite que as funções directivas estejam a cargo de todas as pessoas, de modo a permitir que o doente ascenda nas suas funções sociais dentro do próprio colectivo.

Depois, a psiquiatria comunitária americana (década de 60). O governo Kennedy, preocupado em encontrar formas de diminuir os custos com os internamentos psiquiátricos e, ao mesmo tempo, dar uma resposta aos conflitos sociais que se acentuavam, foi buscar inspiração à chamada “psiquiatria de sector” francesa e traça os programas de acção social, com a chamada Psiquiatria Comunitária. Com a cidade dividida em micro-regiões, os doentes eram atendidos nas suas próprias comunidades, numa tentativa de se prevenirem os internamentos. A equipa de saúde mental (e não somente o psiquiatra) en-

carregava-se de controlar os indivíduos sob sua responsabilidade, no sentido de abordar as crises antes que elas se tornassem graves e exigissem internamentos.

Por seu lado, a psiquiatria democrática italiana (a qual tem em Franco Basaglia o seu grande mentor que em 1968 publica “A instituição negada: experiência de um hospital psiquiátrico”) parte de uma nova concepção da loucura e entende a instituição psiquiátrica como um aparelho ideológico do Estado, na concepção althussiana do termo. Assim, a loucura é entendida como “uma produção psicopatológica onde o doente se refugia a fim de escapar de uma realidade social insuportável”. Na relação institucional o doente defronta-se com uma equipa investida do poder de reproduzir o mandato da sociedade, amortecendo os determinantes da crise. Basaglia e a sua equipa resolvem, então, assumir a defesa do doente, rejeitando o mandato de poder. “Não se trata de renovar ou aperfeiçoar o asilo, mas negar o mandato social do psiquiatra, recusando toda e qualquer terapêutica que vise atenuar as reacções de excluído em relação ao que o exclui”. É preciso que o serviço tenha uma função terapêutica não integradora mas libertadora, consciencializando o doente da sua condição de excluído. Essa tomada de consciência permitirá combater os factores de opressão e violência que estão na base dos transtornos mentais.



SÍNTESE DE RICARDO MONTEIRO,
ENFERMEIRO
(EQUIPA NACIONAL DA MCSP)

Versão portuguesa editada por
COORDENAÇÃO NACIONAL
PARA A SAÚDE MENTAL
ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE
Disponível em
[http://www.acs.min-saude.pt/
wp-content/uploads/2009/11/
2009-11-04_wonca_final.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2009/11/2009-11-04_wonca_final.pdf)

SETE RAZÕES VÁLIDAS PARA INTEGRAR A SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1. A carga de perturbações mentais é grande

As perturbações mentais ocorrem em todas as sociedades. Elas criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afectados e as suas famílias e levam a dificuldades económicas e sociais significativas, que afectam a sociedade no seu todo.

2. Os problemas de saúde mental e físicos estão interligados

Muitas pessoas sofrem tanto de problemas de saúde físicos como mentais. Serviços de cuidados primários integrados ajudam a assegurar que as pessoas são tratadas de uma maneira holística, satisfazendo as necessidades de saúde mental de pessoas com doenças físicas, assim como as necessidades de saúde física de pessoas com distúrbios mentais.

3. O défice de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme

Em todos os países há uma diferença significativa entre a prevalência de perturbações mentais, de um lado, e o número de pessoas a receber tratamento e cuidados, do outro lado. Cuidados primários para a saúde mental ajudam a diminuir esta diferença.

4. Cuidados primários para saúde mental optimizam o acesso

Quando a saúde mental é integrada nos cuidados primários as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, conservando assim as suas famílias juntas e possibilitando a manutenção das suas actividades quotidianas. Cuidados primários para saúde mental também facilitam iniciativas realizadas junto da população e a promoção da saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo prazo de indivíduos afectados.

5. Cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos

Serviços de saúde mental prestados em cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação. Também eliminam o risco de violações de direitos humanos que podem ocorrer em hospitais psiquiátricos.

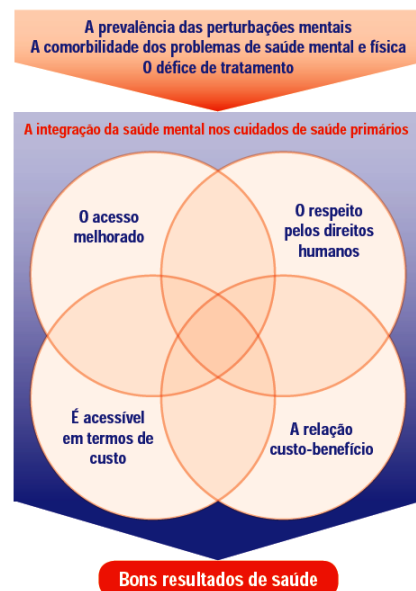
6. Cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam uma boa relação custo-benefício

Serviços de cuidados primários para a saúde mental são menos caros que hospitais psiquiátricos para os pacientes, comunidades, assim como para os governos. Além disso, pacientes e famílias evitam custos indirectos associados com a procura de cuidados especializados em locais distantes. O tratamento de perturbações mentais comuns tem uma boa relação custo-benefício e investimentos por parte de governos podem trazer benefícios importantes.

7. Cuidados primários para saúde mental geram bons resultados em termos de saúde

A maioria das pessoas com perturbações mentais que são tratadas em cuidados primários apresenta bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade.

Sete boas razões para integrar a saúde mental nos cuidados primários



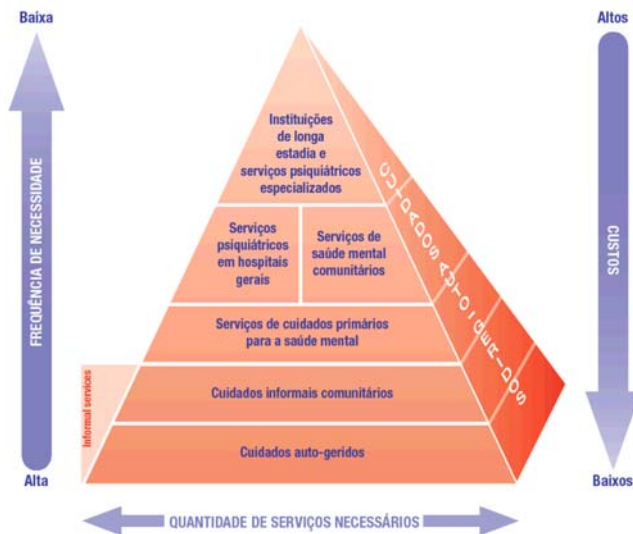
MENSAGENS-CHAVE DO RELATÓRIO

- ▶ As perturbações mentais afectam centenas de milhares de pessoas e, se não tratadas, cobram um enorme preço em termos de sofrimento, invalidez e perda económica.
- ▶ Apesar das possibilidades existentes de tratar com sucesso as perturbações mentais, apenas uma pequena minoria daqueles que o necessitam recebem o tratamento mais básico.
- ▶ A integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de cobrir o défice de tratamento e assegurar que as pessoas recebem os cuidados de saúde mental de que precisam.
- ▶ Os cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e investimentos neste domínio podem trazer benefícios importantes.
- ▶ Certas capacidades e competências são necessárias para avaliar, diagnosticar, tratar, apoiar e referenciar pessoas com perturbações mentais de forma eficaz; é essencial que os profissionais de cuidados primários estejam adequadamente preparados e apoiados no seu trabalho na área de saúde mental.
- ▶ Não há um modelo único de boa prática que possa ser seguido em todos os países. Pelo contrário, sucessos têm sido alcançados através da aplicação sensata de princípios gerais a nível local.
- ▶ A integração é mais bem sucedida quando a saúde mental é incorporada na política de saúde e nas estruturas legislativas e é apoiada por lideranças credíveis, recursos adequados e administração continuada.
- ▶ Para ser totalmente eficaz e eficiente, os cuidados primários para a saúde mental devem estar coordenados com uma rede de serviços a diferentes níveis de cuidados e complementados por um desenvolvimento mais geral do sistema de saúde.
- ▶ Numerosos países de baixo e médio rendimento fizeram com sucesso a transição para cuidados primários integrados para a saúde mental.
- ▶ A saúde mental é fundamental em relação aos valores e princípios da Declaração de Alma Ata; cuidados holísticos nunca serão atingidos até a saúde mental ser integrada nos cuidados primários.

DEZ PRINCÍPIOS PARA INTEGRAR A SAÚDE MENTAL NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

01. A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental
02. Activismo e campanhas de informação são necessárias para mudar atitudes e comportamentos
03. É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários
04. As tarefas de cuidados primários têm que ser limitadas e realizáveis
05. Profissionais e instituições especializadas de saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários
06. Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários
07. A integração é um processo, não um acontecimento
08. Um coordenador de serviços de saúde mental é crucial
09. A colaboração com outros sectores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível da aldeia ou da comunidade e com voluntários é necessária
10. Recursos financeiros e humanos são necessários

A Pirâmide de Organização de Serviços para uma Combinação Ótima de Serviços para a Saúde Mental



Veja-se que estas abordagens evolutivas culminam agora num conjunto de pressupostos que estão vertidos na publicação suportada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). Partindo do pressuposto de que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são caracteristicamente o primeiro ponto de contacto, os que garantem longitudinalidade (seguimento preventivo e curativo ao longo do tempo), os que respondem pela coordenação de cuidados (já que os doentes são encaminhados para os restantes níveis de cuidados), os que cuidam da comunidade, especialmente quando se dirigem aos determinantes sociais da saúde (integrando a saúde pública) e promovem a interação da equipa com múltiplos actores na comunidade (educação, trabalho, economia, habitação...), seria de todo desejável que tomassem a seu cargo os doentes da área da saúde mental, em vez de se criarem novas estruturas para o fazer.

É nesta medida que o livro insiste no custo-benefício desta integração, argumentando com os menores custos dos cuidados de saúde primários em relação aos hospitalares. Este é um argumento de peso e, ao mesmo tempo, com legitimidade demonstrada que assenta num conjunto de pressupostos neoliberais que atiram as causas da crise do sistema de saúde para causas financeiras. Estas têm de ser

resolvidas através de uma racionalidade administrativa, à qual se submeterão os prestadores de cuidados, perspectivando-se ao mesmo tempo uma competição generalizada entre todos os subsectores da saúde (Estado, privados, terceiro sector). Ora este argumento vem a par com muitos outros (mais seis), os quais são demasiado importantes para serem colocados de lado. Isto porque defendem duas perspectivas inquestionáveis:

- Em primeiro lugar, que as perturbações mentais ocorrem de modo igual em vários sectores da sociedade e atingem igualmente homens e mulheres, sendo ainda por cima em grande número. É interessante a abordagem do fenómeno do estigma em relação à saúde mental, o qual se manifesta de modo distinto conforme a patologia de que estamos a falar.
- Em segundo lugar, que esta iniciativa deve ser enquadrada politicamente. De facto, a saúde deve continuar a ser entendida como um bem público, baseado na solidariedade, de forma a garantir o acesso de todos a cuidados de saúde de qualidade. No quadro da mudança social a que se assiste será de todo desejável que se transformem os sistemas de saúde verticais em sistemas horizontais, deixando estes de estar centrados nas doenças para se focarem nas pessoas e nas suas necessidades.

De facto, nesta publicação entende-se que os CSP encaram as pessoas como ponto de partida. Este processo de integração acaba por representar o modo mais viável de assegurar que as pessoas possam ter acesso a cuidados de saúde mental mais perto de sua casa, continuando desta forma mais perto das suas famílias e mantendo as suas actividades quotidianas.

Para além dos exemplos que são dados na publicação, sobre processos de integração bem sucedidos em vários países do mundo, também se reconhece que, em muitos outros, não existem sequer infra-estruturas de CSP.

Aborda-se a escassez de especialistas de saúde mental, especialmente em áreas rurais, o que é necessário começar a reverter.

Finalmente, chama-se a atenção para o necessário suporte e para a formação indispensáveis aos profissionais em exercício, logo que a integração seja equacionada, sob pena de esta não poder ser levada a cabo com sucesso.

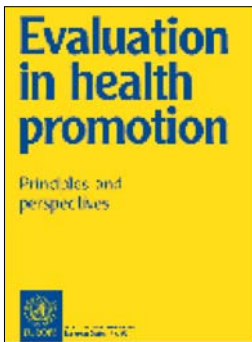
A escolha de José Marques Neves*

<http://ecdc.europa.eu>

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

As doenças infecciosas continuam a constituir preocupação maior para os profissionais de saúde em geral e em particular para os de saúde pública, pois a velocidade de disseminação num mundo sem fronteiras aliada à velocidade da mudança do conhecimento epidemiológico sobre as mesmas exige a actualização permanente que o ECDC nos faculta.

Esta Agência Europeia ao preocupar-se com os riscos para a saúde humana colocados pelas diferentes doenças infecciosas colige, partilha e divulga conhecimento científico aos diferentes profissionais com a responsabilidade de intervenção tecnicamente fundamentada.



Evaluation in health promotion

Edited by Irving Rootman, Michael Goodstadt, Brian Hyndman, David V. McQueen, Louise Potvin, Jane Springett & Erio Ziglio
WHO Regional Publications
European Series, No. 92
2001, xxvi + 533 pages
ISBN 92 890 1359 1
CHF 122.00/US\$ 122.00

Políticos, profissionais e público em geral reconhecem os factores sócio-económicos como importantes determinantes da saúde. Constituindo a promoção da saúde um dos instrumentos para a intervenção nestes factores, de forma a proteger e promover a saúde das populações é necessário, através de uma avaliação efectiva, demonstrar o seu impacto na saúde e o seu valor no investimento orçamental das políticas.

Contratualização em Portugal

A contratualização em saúde constitui um dos maiores desafios que se coloca às unidades de saúde, pois num contexto organizativo em que os recursos são continuamente escassos e as expectativas dos cidadãos são continuamente mais altas, o Estado deverá nortear a sua intervenção privilegiando os ganhos em saúde da população através de uma eficiente utilização de recursos. É assim que uma viagem através da problemática da contratualização poderá ser iniciada através de



<http://www.contratualizacao.min-saude.pt>

onde pode ser referido o relatório final do Projecto de Investigação “Inovação em Políticas de Saúde: O caso da Contratualização em Portugal”

http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Invest_Form/Investigacao/Projectoinvestigacao.htm

e a Tese para a obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas da Professora Doutora Ana Maria Escoval da Silva “Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da Contratualização – factores críticos do contexto português”

http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Invest_Form/Investigacao/Tese.htm

*Equipa Nacional da MCSP

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A evolução da saúde materna e infantil em Portugal nos últimos 30 anos pode ser considerada uma história de sucesso.

Recorde-se que em 1900 morria uma grávida em cada 100 e uma em cada cinco crianças não atingia os primeiros cinco anos de vida.

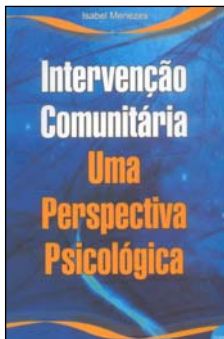
A taxa de mortalidade infantil caiu de forma inesperadamente rápida e consistente nos últimos 30 anos. Deveu-se isso basicamente a: melhoria das condições socio-económicas dos portugueses; reformas globais na saúde; vontade de intervenção política especificamente na área materno-infantil.

O relatório de actividades da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (CNSCA) 2004-2008, recentemente editado, reúne documentos diversificados que surgiram como consequência da missão específica da CNSCA. Neles se incluem orientações para a organização dos cuidados pediátricos; articulação dos cuidados primários e hospitalares; considerações sobre os recursos humanos; medicamentos e formulações infantis; encaminhamento de crianças com risco social; exemplos de boas práticas; indicadores do Plano Nacional de Saúde dos 0 aos 18 anos.



INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Tendo um âmbito abrangente sobre as práticas psicológicas em contextos comunitários, trata-se de uma obra de leitura oportuna.



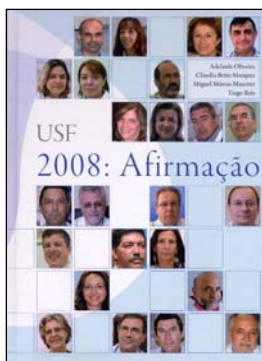
O livro "parte do pressuposto de que a acção e o desenvolvimento humanos são, inevitavelmente, acção e desenvolvimento em contexto, apela para concepções e estratégias de intervenção que atendem e visam transformar as características espaço-temporais, físicas, relacionais, organizacionais, institucionais, ideológicas e políticas dos ecossistemas de vida. Ou seja, assume que o desenvolvimento e a acção não são apenas individuais, mas que os grupos sociais, as instituições e as comunidades são também autores no processo de produção de significados e de implementação de projectos de acção, sendo desejável intervir no sentido da sua capacitação e empoderamento."

USF 2008: AFIRMAÇÃO

Após a publicação dos livros "USF – as primeiras 50" e "USF – Objectivo 100" surge agora – e em boa hora – o livro "USF 2008: Afirmação".

O ano de 2008 foi um ano difícil em que foi necessário ultrapassar vários obstáculos, mas foi um ano em que iniciaram a sua actividade mais 55 novas USF.

São as próprias equipas que aderiram ao novo modelo organizacional que testemunham sobre as suas esperanças, as motivações e a vontade firme de fazer mais e melhor.



COMMONWEALTH FUND INTERNATIONAL HEALTH POLICY SURVEY OF PRIMARY CARE PHYSICIANS, 2009

«Doctors say problems exist across all eleven countries, although some nations are doing a better job than others» Um estudo muito interessante, acabado de publicar, relativo à organização dos CSP em 11 países. Infelizmente Portugal e Espanha não participam, mas mesmo assim é muito interessante ler.

<http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/In-the-Literature/2009/Nov/A-Survey-of-Primary-Care-Physicians.aspx>



LA ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

Muito actual a leitura do tema sobre os Cuidados na Comunidade.

No site www.apoc-copc.org encontrará o leitor esclarecimentos importantes sobre o tema.



MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS