

Reagrupamento dos centros de saúde

Aspetos e princípios a ter em conta

Documento de trabalho - versão de 2012.02.08

1. Introdução

As modificações e os aperfeiçoamentos organizacionais na rede de centros de saúde e nas suas estruturas de apoio devem visar sempre, de modo direto ou indireto, a melhoria dos cuidados aos utentes e a maximização do impacto na sua saúde e na saúde da população, designadamente:

- melhoria do *acesso* (em cobertura, disponibilidade e prontidão de atendimento);
- melhoria da *qualidade dos processos assistenciais*;
- maior *efetividade* (ganhos em saúde) e *custo-efetividade* mais favorável dos cuidados de saúde;
- maior *satisfação* dos utentes;
- maior *satisfação* dos profissionais;
- ganhos de *eficiência* e redução de desperdícios.

A agregação dos centros de saúde em agrupamentos (ACES) é regida pelo Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro e Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março. Visa desconcentrar a gestão e permitir que a tomada de decisões sobre recursos essenciais à prestação dos cuidados se desloque de 18 serviços distritais (as ex-“sub-regiões de saúde”) para os ACES. O objetivo é que, nos ACES, existam poder e responsabilidade suficientes para que quem vive e conhece os problemas de perto possa decidir de modo acertado e célere. Paralelamente, as práticas de comando burocrático vertical devem evoluir para relações de contratualidade, orientadas para obter *resultados de saúde*, com avaliação e consequências a todos os níveis. Os meios e recursos das ex-“sub-regiões de saúde” deverão ser realocados às unidades de apoio à gestão (UAG) dos ACES. Porém, entre 2009 e 2011, à extinção dos 18 polos de gestão distrital seguiu-se uma concentração disfuncional em 5 polos regionais, em vez de se evoluir para uma localização de competências e de capacidades de gestão nos ACES, pelo menos naqueles que possuíssem ou onde fossem asseguradas condições suficientes para tal.

O critério de sucesso essencial para qualquer rearranjo da macroarquitetura dos ACES e dos seus órgãos de apoio é o de que, *na linha da frente*, nos pontos de interface e interação com os utentes e a comunidade sejam garantidas as condições materiais e funcionais necessárias e suficientes para que as equipas e seus profissionais possam prestar cuidados de qualidade, sem sobressaltos, lacunas ou ruídos que prejudiquem a qualidade e os resultados do seu desempenho.

2. Critérios a ter em conta para o reagrupamento dos centros de saúde / redesenho dos ACES

A primeira experiência de desenho dos ACES (2009) teve em conta premissas epidemiológicas, geodemográficas e de escala para gestão de recursos, mas não poderia prever todos os aspetos operativos que só o teste da experiência prática permite evidenciar. Por isso, é desejável proceder às afinações que os estudos e a experiência do terreno mostrem ser necessárias.

Qualquer reagrupamento de centros de saúde ou reorganização de serviços deve atender a aspetos essenciais, tais como:

- a) Conduzir a avanços reais em relação à situação anterior, nomeadamente em termos de: acesso, equidade, ganhos em saúde/efetividade, qualidade assistencial, eficiência e satisfação dos utentes;
- b) Estar alinhado com os pilares sobre os quais assenta a reforma dos CSP (Quadro I);
- c) Ter em conta um conjunto de critérios que permitam decidir, validar e avaliar as alterações a introduzir.

Quadro I <i>Pilares da reforma dos cuidados de saúde primários</i>
<ul style="list-style-type: none">• Rede descentralizada de equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas, embora interligadas e complementares entre si• Partilha de recursos, saberes e competências “transversais” às missões das diferentes unidades funcionais• Desenvolvimento de uma gestão de proximidade, quer organizacional quer de coordenação de equipas• Desenvolvimento de uma <i>governança clínica e de saúde</i> centrada nas pessoas, orientada para resultados (ganhos em saúde) e baseada em processos assistenciais e de saúde em definidos e avaliáveis (<i>destaque para o papel dos conselhos clínicos dos ACES e dos conselhos técnicos das unidades</i>)• Participação e co-responsabilização dos cidadãos e da comunidade (<i>destaque para o papel dos gabinetes do cidadão e dos conselhos da comunidade</i>)

De entre os critérios para o agrupamento e eventual reagrupamento dos centros de saúde, destacam-se:

Crítérios de natureza estrutural e contextual

Crítérios major

- distribuição e dispersão geográfica da população;
- organização dos municípios e de outros parceiros sociais indispensáveis à intervenção intersectorial local em saúde;
- interligações preferenciais com as unidades hospitalares e aspetos emergentes da reforma hospitalar e da Rede Nacional de Emergência e Urgência;
- rede de transportes e fluxos preferenciais da mobilidade da população;

Outros critérios

- atualização dos dados referentes à população (Censos de 2011) e NUTS III

Crítérios de natureza funcional

Crítério major

- capacidade de acompanhamento e interação próxima e regular com as diversas unidades funcionais - para apoio, supervisão, contratualização, acompanhamento, auditorias e avaliação;

Outros critérios

- possibilidade de partilha de serviços de apoio à gestão, por exemplo no âmbito das unidades de apoio à gestão (UAG), que podem combinar-se e cooperar entre dois ou mais ACES;
- problemas detetados no primeiro triénio de experiência (2009-2012), habitualmente localizados nas zonas limítrofes dos ACES;

Crítérios de resultados (ganhos previsíveis)

Crítérios major

- Melhoria da acessibilidade (estimativa quantificada de ganhos);
- Melhoria da efetividade (estimativa quantificada de ganhos em saúde);
- Melhorias de custo-efetividade dos cuidados de saúde (estimativa quantificada);
- Melhoria da qualidade dos cuidados (descrição narrativa);
- Redução de desperdício (estimativa percentual em relação ao total dos custos)
- Melhoria da eficiência global (estimativa quantificada de ganhos).

3. A unidade funcional – o elemento central da nova arquitetura organizacional dos cuidados de saúde primários

Os elementos fulcrais da reconfiguração dos centros de saúde são as unidades funcionais e o trabalho em equipa orientado para atingir objetivos concretos. O lançamento das unidades funcionais teve início em 2006, antes do agrupamento dos centros de saúde em ACES, com a entrada em funcionamento das primeiras unidades de saúde familiar (USF). As unidades funcionais são equipas multiprofissionais com características e missões específicas (Quadro II).

Quadro II
<i>Equipas/unidades funcionais dos cuidados de saúde primários</i>
<p><i>Equipas</i> multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas:</p> <ul style="list-style-type: none">• cuidados à pessoa e à família – <i>unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP)</i>;• cuidados seletivos a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade – <i>unidades de cuidados na comunidade (UCC)</i>;• diagnóstico e vigilância do estado de saúde da população (função de observatório local de saúde); proteção e promoção da saúde da população, de grupos, e intervenção comunitária – <i>unidades de saúde pública (USP)</i>.
<p><i>Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Equipa multiprofissional flexível e aberta que agrega competências complementares de apoio às restantes equipas/unidades funcionais. Proporciona apoio assistencial, consultadoria e promove ou participa em projetos de saúde próprios ou comuns a várias unidades e ao ACES

Estas equipas/unidades funcionais devem guiar-se por objetivos contratualizados de processo, de resultados e de eficiência e ter o seu desempenho monitorizado e avaliado. Este último desiderato já foi atingido em cerca de **1/3** da totalidade das cerca de **1100** unidades funcionais dos ACES e é urgente alargá-lo aos restantes **2/3**.

De entre os cinco tipos de unidades funcionais destacam-se as unidades de saúde familiar (USF) e as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), pelo seu número e por representarem mais de 80% da totalidade dos custos dos ACES. Atualmente existem já em funcionamento 316 USF e cerca de 450 UCSP. Várias dezenas destas UCSP têm em curso candidaturas para evoluir proximamente para USF.

4. Principais determinantes da efetividade e dos custos nos CSP

Os serviços de saúde têm nos seus pontos operativos da “linha da frente” profissionais muito qualificados, com grande autonomia técnica e poder para determinar autonomamente despesas. São exemplos a prescrição de medicamentos e a requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). Também é nesta “linha

da frente” que são determinados os resultados dos cuidados de saúde e uma fracção significativa de efeito no estado global de saúde da população.

A estrutura de custos dos CSP é diferente da dos hospitais. Em termos indicativos, com grandes variações entre ACES, cerca de 32 a 38% dos custos são com pessoal dedicado à prestação de cuidados de saúde (incluindo pagamentos a empresas intermediárias de pessoal médico e de enfermagem), 30 a 35% são gastos com medicamentos, 25 a 30% estão relacionados com MCDT e custos associados como, por exemplo, transportes. Descontando os custos com internamentos em entidades convencionadas e com material de consumo clínico e de enfermagem fica uma fracção da ordem dos 3% para outros custos (energia, água, limpeza, consumíveis administrativos, papelaria, etc.). Provavelmente, **menos de 2%** dos custos totais são atribuíveis aos órgãos e serviços de apoio de gestão organizacional e de governação clínica dos ACES.

A fracção dos custos totais que pode ser modificada por boas práticas clínicas e por boas práticas de gestão local, com redução de desperdício e de ineficiências, poderá ser superior a 65%. A maior parte destes custos é determinada pelas decisões dos profissionais da “linha da frente”. Ora é sabido dos estudos de investigação em serviços de saúde a nível nacional e internacional que a existência de linhas de orientação e normas de atuação clínica, sendo necessária, não é suficiente para que as práticas inadequadas e desnecessárias se modifiquem e para que a excessiva e indesejável amplitude de variação de desempenhos se atenuem. Para isso, é indispensável desenvolver dinâmicas de equipa com objetivos, responsabilização, avaliação de resultados e uma cultura de racionalidade e de qualidade técnico-científica. É pois necessário instalar e desenvolver saberes e práticas de governação clínica e de saúde cujos *pivots* são, na nova organização dos CSP, os conselhos clínicos dos ACES e os conselhos técnicos das unidades funcionais.

Conviria também apurar e divulgar os custos da gestão concentrada nas administrações regionais de saúde (ARS) incluindo os relativos aos meios e recursos das ex-“sub-regiões de saúde” que não migraram para os ACES.

5. Mudanças comportamentais e nova cultura organizacional

O que esteve e está verdadeiramente em causa na reforma e no estágio atual do desenvolvimento organizacional dos CSP é promover mudanças comportamentais que conduzam a melhores desempenhos e a melhores resultados em saúde, com a máxima eficiência possível. Para isso são indispensáveis lideranças inteligentes, sensíveis e diligentes, nas equipas, interequipas e nos ACES, cujas interações próximas com os profissionais estimulem e apoiem o seu brio, entusiasmo, talentos, envolvimento e desenvolvimento profissional, para a melhoria contínua da qualidade das suas práticas.

Nesta perspetiva, a clássica abordagem hierárquica de “cima para baixo” deve ser modulada e equilibrada pela visão de que:

- os destinatários ou “clientes” primordiais da atividade dos serviços são os utentes e as comunidades;
- por sua vez, os profissionais e as equipas que lhes prestam cuidados devem ser enquadrados e apoiados por uma linha de retaguarda intermédia, sendo, assim,

- “clientes” dos órgãos e serviços de gestão e de governação clínica dos ACES, que existem para orientar e apoiar o seu trabalho;
- Esta linha intermédia, por sua vez, deve ser enquadrada e apoiada por linhas de retaguarda recuada (as retaguardas da retaguarda) - serviços comuns partilhados, administrações regionais de saúde, serviços centrais e outros.

6. Papel dos órgãos de gestão e de governação dos ACES

O papel dos órgãos da gestão organizacional e de governação clínica dos ACES distancia-se do tradicional papel de cúpulas de comando-controle para assumir um papel de liderança, estímulo e apoio exigente, de retaguarda. O seu desempenho visa prover as condições materiais e funcionais adequadas ao bom funcionamento das diversas equipas. O papel destes órgãos é, essencialmente, de “stewardship” e exige qualificação e competências muito sofisticadas que, em muitos casos, estão ainda em fase de aquisição. No entanto, são estas competências que permitem melhorar a qualidade dos cuidados nos CSP e os respetivos resultados em saúde, através de:

- *apoio técnico-científico;*
- *compromissos mútuos de desempenho/contratualização;*
- *acompanhamento;*
- *controle e auditorias internos;*
- *monitorização e avaliação;*
- *melhoria contínua da qualidade – ciclos de qualidade;*
- *enquadramento da formação profissional (pré-graduada, pós-graduada e continuada);*
- *atividades e projetos de investigação.*

Para garantir uma capacidade adequada de ação dos referidos órgãos e estruturas considera-se que cada ACES não deve incluir mais de **20 equipas/unidades funcionais***, no total de USF, UCSP, UCC, USP, URAP. Esta dimensão pode ser ultrapassada, excepcionalmente, por razões geodemográficas e de contexto, designadamente em situações de dispersão da população. Nestas situações, deverão ser reforçados os órgãos dedicados à gestão organizacional e à governação clínica para manter um relacionamento interpessoal, de co-responsabilidade e de compromisso mútuos com a proximidade adequada à sua eficácia.

** Assumindo que cada equipa tem como dimensão de referencia: 22 ± 7 profissionais*

Não parece possível garantir apoio e acompanhamento adequados às equipas/unidades funcionais para além do limite acima referido. E, na realidade, é nessas unidades funcionais, na interface dos CSP com os cidadãos e as comunidades, que é feita a proteção e promoção da saúde e onde se geram mais de 95% de todos os custos dos ACES. Os custos da gestão e da governação clínica de proximidade são diminutos quando comparados com os custos totais de operação dos ACES, requerendo-se a sua quantificação rigorosa em cada agrupamento e em cada unidade funcional. Porém, esta proximidade de interações pode contribuir para obter avanços substanciais em qualidade, efetividade, redução de desperdício e ganhos de eficiência.

7. Conclusões

As afinações quanto ao reagrupamento dos centros de saúde em ACES, com eventual alargamento do número de centros de saúde abrangidos em relação à situação atual deve ter em conta aspetos essenciais, tais como:

- a) Capacidade de alcance operativo de cada conselho clínico;
- b) Hospitais de referenciação e possibilidade de estabelecer interligações tecnológicas e de desenvolver projetos conjuntos e *processos assistenciais integrados*;
- c) Capacidade de alcance das unidades de saúde pública (USP);
- d) Transformação das relações da rede de unidades com os cidadãos, reforçando o papel coordenador dos gabinetes do cidadão;
- e) Possibilidade de organizar e desenvolver dinâmicas de envolvimento e participação efetivos das comunidades, designadamente nos conselhos da comunidade;
- f) Otimização da gestão macro-organizacional executiva e dos meios para a gestão dos recursos humanos, tecnológicos, materiais e financeiros.

7.1. A capacidade de alcance de cada conselho clínico para coordenar, apoiar e liderar os processos de governação clínica tem limites para além dos quais se torna impossível

A funcionalidade e a qualidade do desempenho das unidades funcionais dos ACES depende dos dispositivos de contratualização, de coordenação, de acompanhamento, de apoio e de supervisão. Os conselhos clínicos têm um papel fundamental e decisivo neste processo. O seu sucesso é essencial para a sustentabilidade técnica, financeira e o impacto dos CSP na saúde da população.

O papel dos órgãos de gestão organizacional e de governação clínica é o de proporcionar às diversas equipas/unidades funcionais condições materiais e de funcionamento adequadas, bem como contratualizar, coordenar, apoiar e supervisionar os seus desempenhos. Recomenda-se que cada conselho clínico abranja um número adequado de unidades, com o limite máximo de 20 unidades funcionais, salvo situações excecionais em que o aumento do número das unidades para além desse limite deverá ser acompanhado pelo reforço do dispositivo de apoio, de governação clínica e de contratualização interna.

7.2. A integração de cuidados não depende de administrações únicas. Por isso, devem ser experimentadas e avaliadas diversas modalidades de integração de cuidados

O conceito de Unidades de Saúde interligando os cuidados de saúde primários e os seus hospitais de referenciação preferencial vem do início da década de 90 do século passado. A integração de cuidados pode ser efetivada por meio de instrumentos tecnológicos, de coordenação funcional (vejam-se os exemplos das UCF de saúde materno-infantil), da definição e aplicação de processos assistenciais integrados e de lideranças clínicas bem articuladas (direções clínicas dos hospitais e conselhos clínicos dos ACES). O reagrupamento dos centros de saúde deve ter em conta estes aspetos funcionais essenciais,

designadamente o contexto geográfico e os meios disponíveis, utilizando indicadores de qualidade, de impacto (ganhos em saúde), de custo-efetividade e de eficiência. Deverão ainda ser tidas em conta eventuais alterações relacionadas com a reforma hospitalar e com a Rede Nacional de Emergência e Urgência.

7.3. Capacidade de alcance das unidades de saúde pública

Considera-se uma necessidade urgente reforçar e relançar o papel e atividades de saúde pública no país, invertendo a tendência involutiva que estes serviços têm tido.

Não está suficientemente estudada qual a capacidade de alcance geodemográfico ideal de uma unidade local de saúde pública. Porém, aconselha o bom-senso que se situe numa escala que permita, simultaneamente, análises populacionais epidemiológicas e intervenções comunitárias próximas, desejavelmente intersectoriais.

7.4. Transformação das relações da rede de unidades com os cidadãos, reforçando o papel dos gabinetes do cidadão

A decisão de criar gabinetes do cidadão nos ACES, uma clara evolução semântica e de práticas em relação aos anteriores gabinetes do utente, deve ser vista numa óptica de desenvolvimento de atitudes e de práticas de *cidadania em saúde*, tanto na vida interna do ACES e da sua rede de equipas, como no plano da interação e interface com os cidadãos “externos” que são a sua razão de existir. Também nestes dois planos não parece ser indiferente a escala de abrangência.

7.5. Envolvimento e participação efetivos das comunidades - elementos centrais na promoção e proteção da saúde

A participação e co-responsabilização da comunidade têm nos conselhos da comunidade (eventualmente reformulados a curto prazo) instrumentos formais para a sua concretização. Esta, fica facilitada quando a escala dimensional e abrangência geográfica dos ACES têm em consideração a organização territorial referente aos outros sectores e organizações sociais locais relevantes para a intervenção em saúde. São de destacar os papéis das autarquias e das organizações locais, organizados nos conselhos da comunidade para a definição e implementação das Estratégias Locais de Saúde (ELS) e de projetos de intervenção intersectorial em saúde. Assim, a dimensão e arquitetura interna de cada ACES deve acautelar que estes órgãos (conselhos da comunidade) possam desenvolver-se e evoluir enquanto instrumentos privilegiados de comunicação, de relação e de co-participação.

7.6. Pode haver vantagens em organizar dispositivos e serviços de apoio à gestão macro-organizacional, que sejam comuns a vários ACES

O reagrupamento dos centros de saúde e redesenho dos ACES deve ter em conta a análise e estudo quantitativo dos desempenhos, dos resultados de saúde, da continuidade de cuidados e dos problemas identificados nos últimos anos. Deve, ainda, ter em conta um conjunto de variáveis quer intrínsecas, quer de contexto, designadamente as características geográficas e de distribuição e dispersão da população - para otimizar a obtenção de sinergias e de economias de escala e para prevenir disfunções e desperdícios de escala.

A otimização da gestão macro-organizacional executiva e dos meios para a gestão dos recursos humanos, tecnológicos, materiais e financeiros deve ser equacionada com estudos previsionais quanto a custos envolvidos e benefícios esperados. Os custos com os serviços de apoio à gestão e com os órgãos dos ACES devem ser apurados, tal como os custos com os serviços das administrações regionais, bem como os limites admissíveis de variação, comparativamente aos resultados obtidos nos últimos três anos. Deve proceder-se à estimativa de qual o investimento aceitável no dispositivo de gestão para obtenção de ganhos de custo-efetividade quantificáveis. Em termos indicativos e até ao apuramento detalhado dos custos estima-se que este intervalo se deva conter entre 1 e 2% do total dos gastos dos ACES.

Em relação à constituição de unidades funcionais “fronteiriças” e à mobilidade de pessoal, existem exemplos de boas práticas de resolução flexível destes problemas por cooperação inter-ACES, com exemplos concretos como os inter-ACES de Gondomar, Gaia e Penafiel.

A reconcentração da gestão nas 5 ARS pode ser progressivamente ultrapassada, onde estejam ou sejam criadas condições para tal, através do instrumento “contrato-programa” previsto no Art.º 39.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, cujos modelos deverão ser aprovados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, o que deverá ser concretizado com a brevidade possível.