

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/358480383>

Reforma, Modernização ou Pseudomodernização das Organizações da Saúde: o caso dos Cuidados de Saúde Primários

Article · January 2022

CITATIONS

0

READS

18

3 authors, including:



Catarina Afonso

ACES Pinhal Litoral

9 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Plano Integrado de Ações Paliativas numa unidade de numa UCCI de Longa Duração e Manutenção [View project](#)



Experiência do Pós Cuidador na Reconstrução da Vida Quotidiana [View project](#)

REFORMA, MODERNIZAÇÃO OU PSEUDOMODERNIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DA SAÚDE

O caso dos cuidados de saúde primários

O conceito de governação em saúde nos cuidados primários foi amplamente expresso nos documentos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, tendo constituído um referencial na modernização dos cuidados de saúde. A presente reflexão teve origem nos princípios da governação em saúde para um questionamento face ao efetivo processo de modernização dos cuidados de saúde primários (CSP). Na verdade, ao fim de 12 anos, o processo de reforma continua, não tendo havido repercussões significativas para além da constituição das unidades de saúde familiar (USF). No que respeita à modernização, esta também não resultou de acordo com as expectativas gerais. No nosso entender, este imobilismo deve-se à falta de autonomia e responsabilização das atividades por ausência de um modelo de governação integrada.

A NECESSIDADE DE MUDANÇA

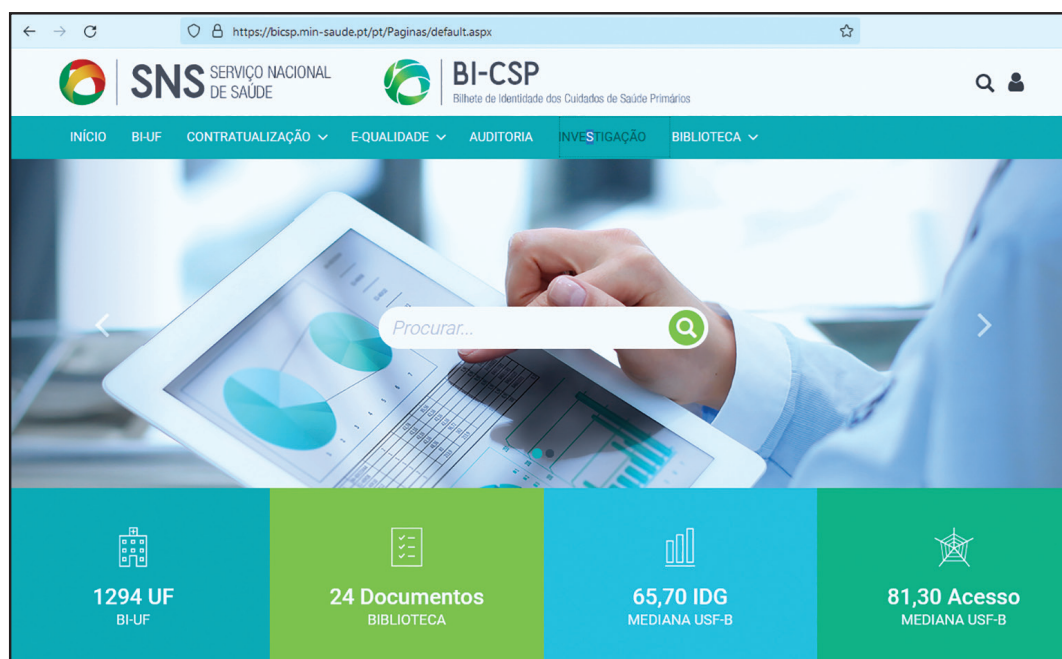
Reconhecer os CSP como centrais nos sistemas de saúde é potenciar resultados em saúde para os cidadãos (solucionam acima de 90% dos seus problemas de saúde), é conferir qualidade na sustentabilidade económica, na eficiência e na acessibilidade ao setor da saúde (Magalhães, 2015).

A reforma dos CSP pretendia autonomizar a cultura de gestão, mas ficou aquém. Para Neves & Pessoa (2014) está-se perante duas reformas com velocidades e ideologias diferentes, a reforma da

saúde e a económica. A primeira, baseada num modelo de governação integrada, ansiada pelos profissionais de saúde, com envolvimento ativo e empenhado na sua prossecução e operacionalização. No entanto, a reforma económica, burocratizada e sem força motriz, assenta num modelo de governação centralizado e excessivos trâmites administrativos. A autonomia de gestão dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e a correspondente responsabilização são, em geral inexistentes, mantendo-se em direta e estreita dependência das

administrações regionais de saúde (ARS). Citando o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010, pp. 2) *“a nova cultura de gestão que se esperava que emergisse da reforçada autonomia conferida à instituição hospitalar não aconteceu, persistindo a indefinição estratégica, o planeamento incipiente ou inexistente, a falta de transparência nos processos de decisão, tudo concorrendo para a desresponsabilização e para a ausência de envolvimento da organização”*.

Esta conclusão espelhada em contexto



hospitalar assemelha-se ao contexto dos CSP. A operacionalização da reforma e modernização dos CSP não aconteceu porque não foram criadas condições para uma nova cultura organizacional de autonomia e responsabilidades de gestão. Segundo Schein (1964 citado in Rodrigues, 2011), a cultura organizacional é o “*padrão de pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu e desenvolveu, aprendendo a lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna, e que têm funcionado suficientemente bem para serem considerados suficientemente válidos e serem ensinados aos novos membros como o modo correto de compreender, pensar e sentir, em relação a esses problemas*”.

Ora, a cultura organizacional que ainda persiste foi instituída com a influência do período do Estado Novo, em que o modelo de governação das administrações públicas se caracteriza por centralizar excessivamente no poder político todos

os tipos de decisão, sendo oposta à atual filosofia de centralidade no cidadão.

Atualmente, os modelos e procedimentos para governar organizações complexas, como são as organizações da saúde, não podem pretender atuar numa perspectiva de unidade que anule a diversidade. Hoje, a governação organizacional

assenta numa gestão da heterogeneidade. Para tal, é necessária outra maneira de entender o poder e transitar para um modo mais relacional e cooperativo, que não seja pensada exclusivamente na base de modelos de hierarquia e de controlo. As possibilidades de configuração estrutural enunciam-se >>



Ora, a cultura organizacional que ainda persiste foi instituída com a influência do período do Estado Novo, em que o modelo de governação das administrações públicas se caracteriza por centralizar excessivamente no poder político todos os tipos de decisão, sendo oposta à atual filosofia de centralidade no cidadão.



Há uma nova lógica de gestão que ainda não é verdadeiramente praticada nas organizações de saúde. Esta lógica coloca muitos problemas aos atuais dirigentes, os quais não têm, muitos deles, uma verdadeira consciência, impedindo-os de porem em prática novas ideias. Não deixa de ser verdade que o mundo, através desta nova lógica, começa a aparecer sob uma luz diferente, e que, com a nova capacidade de raciocinar sobre os factos que traz, liberta também a capacidade de imaginar e criar.

atualmente com maior predominância na liderança, influência, diplomacia, entendimento e deliberação.

Podemos facilmente defender que o tradicional modo de dirigir as organizações da saúde, ou seja, a definição do modelo de governação exige uma efetiva reforma para que os gestores aos vários níveis possam efetuar uma verdadeira e permanente modernização e não ficarmos apenas por uma pseudomodernização.

Há uma nova lógica de gestão que ainda não é verdadeiramente praticada nas organizações de saúde. Esta lógica coloca muitos problemas aos atuais dirigentes, os quais não têm, muitos deles, uma verdadeira consciência, impedindo-os de porem em prática novas ideias. Não deixa de ser verdade que o mundo, através desta nova lógica, começa a aparecer sob uma luz diferente, e que, com a nova capacidade de raciocinar sobre os factos que traz, liberta também a capacidade de imaginar e criar.

Com base no novo contexto da sociedade do conhecimento, o problema com que nos confrontamos é o de pensar e pôr em prática uma governação organizacional que proporcione uma gestão adequada à nova realidade. A ideia de um novo modelo de governação integrado inerente às organizações da saúde surge precisamente como resposta à verificação do esgotamento de competências, ao nível

do vértice estratégico, como a sua ausência na linha hierárquica. Na verdade, os sistemas complexos não podem ser governados a partir de um único vértice estratégico e uma longa cadeia hierárquica baseada predominantemente na identificação político-partidária, em vez do reconhecido mérito do conhecimento. Todos sabemos que numa sociedade do conhecimento é diminuída a disposição para aceitar as decisões adotadas de maneira hierárquico-administrativa ou pouco transparentes. Exigem-se, pelo contrário, novas formas de participação e comunicação com todos os interessados. A escassez de recursos humanos e a dispersão geográfica das unidades funcionais (UF) também têm contribuído para a desaceleração do processo de modernização, bem como a resistência à mudança por parte de profissionais mais velhos com carreiras estabilizadas e/ou próximos da entrada na reforma (Neves & Pessoa, 2014).

De acordo com o bilhete de identidade dos CSP – BI-CSP (2020) – em Portugal Continental existem cinco ARS, designadamente Administração Regional de Saúde do Norte, do Centro, de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve. A ARS do Norte é constituída por 24 ACES, a do Centro por nove ACES, a de Lisboa e Vale do Tejo por 15 ACES, a do Alentejo por quatro ACES e a do Algarve por três ACES,

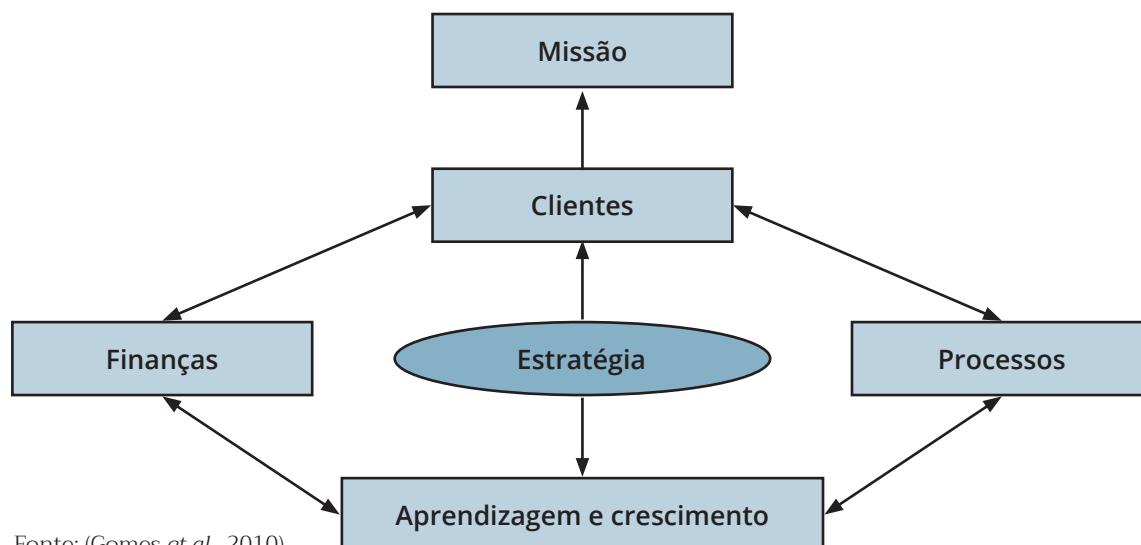
totalizando 55 ACES em Portugal. Todos os 55 ACES possuem diretores executivos (DE), conselhos clínicos e de saúde (CCS), unidades de apoio à gestão (UAG) e gabinetes do cidadão (GC). Embora cada um deles possa ser avaliado segundo o Índice de Desempenho Global (IDG) criado pela mesma metodologia, todos têm uma dinâmica e desenvolvimento próprios. Contudo, poucos ACES operacionalizam os conselhos da comunidade (CC) e/ou raramente incluem o presidente do conselho da comunidade no conselho executivo (Rodrigues & Felício, 2017).

ANÁLISE CRÍTICA

Ao fim de doze anos da reforma dos CSP, a potencialidade perspectivada para os CCS para sustentar o desenvolvimento da governação clínica ficou aquém das expectativas (Rodrigues & Felício, 2017). O contrato-programa, descrito no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, é exemplo disso, pois embora legislado não foi objeto de regulamentação. O nível de autonomia projetado para os ACES acabou por não ser operacionalizado, embora em oposição ao nível do desenvolvimento das estruturas tenha sido potenciado, isto é, houve um crescimento das unidades funcionais com maior aproximação à comunidade. Um dos desafios, ainda em desenvolvimento, é o processo de contratualização, que se constitui como meio de autonomização dos ACES (contratação de objetivos com base nas necessidades de saúde e nos recursos disponíveis ocorrendo em dois subprocessos, a contratualização externa realizada entre as ARS e os ACES, e a contratualização interna, realizada entre os ACES e as UF (Firmino-Machado, 2017)).

Acrescenta-se que os cuidados de saúde primários, como parte fundamental do SNS, têm sido fortemente pressionados a produzir um serviço público com maior qualidade melhorando os índices de eficiência, eficácia e economia. A ideia de estratégia é precisamente a capacidade de adotar uma gestão para criar opções futuras em vez de sermos conduzidos pelos acontecimentos. Nesta perspetiva, uma das ferramentas possíveis que pode contribuir para o

Figura 1 | Estrutura do BSC no setor público



Fonte: (Gomes *et al.*, 2010)

avanço da reforma dos CSP, tendo em conta a necessidade da gestão estratégica dos recursos públicos e da medida e avaliação de desempenho, é o recurso ao *Balanced Scorecard* (figura 1).

O *Balanced Scorecard* (BSC) é um sistema de gestão estratégica desenvolvido na década de 1990, com aplicação ao setor público, nomeadamente na administração da Saúde. O BSC assenta em quatro perspetivas (Figura 1): a financeira, dos utentes, dos processos internos e a da aprendizagem e crescimento.

Perspetiva Financeira – tende a responder à questão “Como nos veem os acionistas?”, agregando os indicadores de performance que revelam importância para o ponto de vista dos acionistas/investidores/gestores (Gomes *et al.*, 2010), percebendo-se que a valorização financeira dos CSP está concentrada nos serviços centrais, embora com algum financiamento dos utentes. Esta centralidade condiciona a sua autonomia, estando dependente da estrutura central. Na reforma dos CSP a contratualização surge como estratégia descentralizadora, autonomizando as ARS. A contratualização estabelece por negociação os objetivos, o modelo de monitorização de desempenho e de avaliação final, permitindo que os cuidados prestados sejam orientados para as necessidades em saúde de uma população. Desta forma, a contratualização

permite a introdução de mecanismos de correção no funcionamento dos sistemas de saúde, contribuindo para uma maior equidade (Escoval, Santos & Barbosa, 2016). O primeiro ato de contratualização efetuou-se entre as USF e as ARS. O processo de contratualização interna, entre os ACES e as USF (bem como as outras unidades que os constituem), só foi concretizado em 2011.

Atualmente, a contratualização decorre num modelo desenhado para USF, embora aplicado a todas as outras UF. Por outro lado, as unidades de cuidados continuados (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de cuidados saúde personalizados (URAP), que

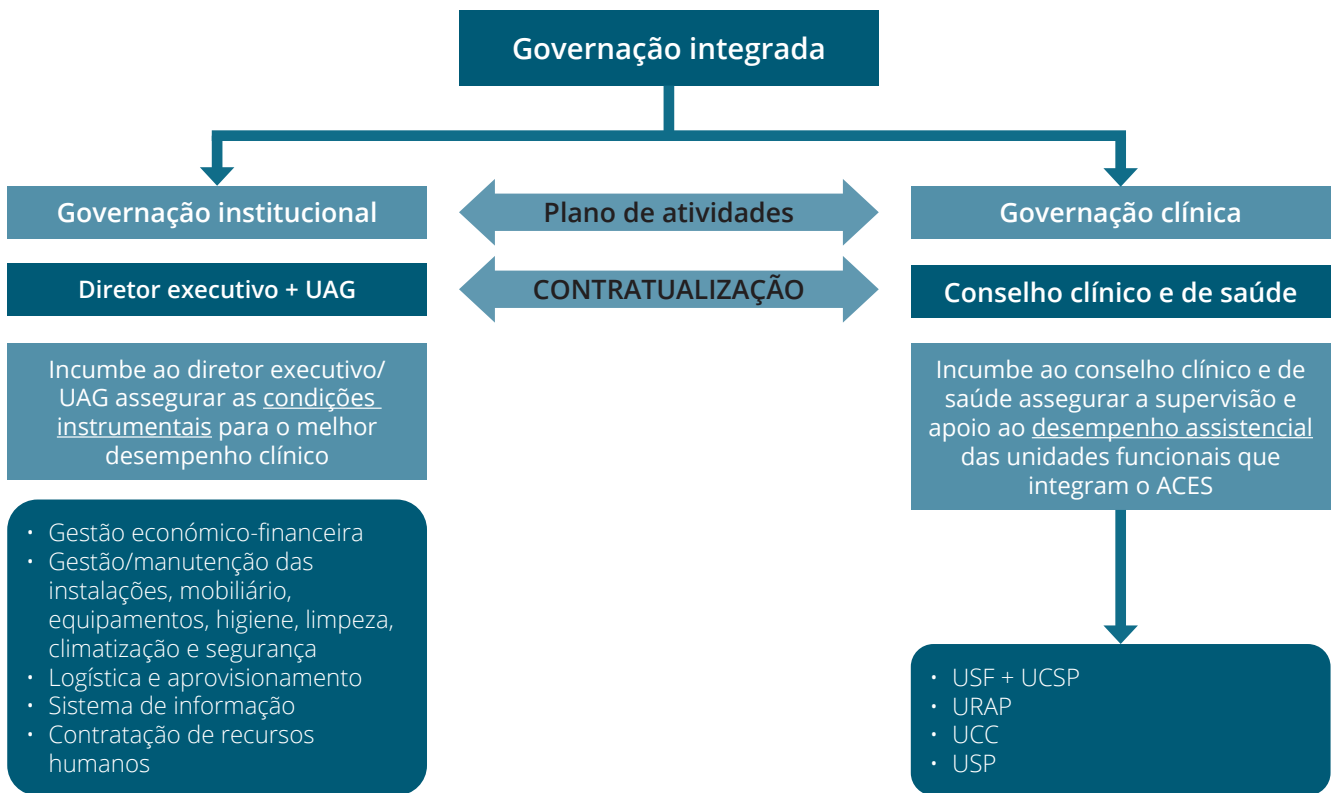
respondem a necessidades relacionadas com a vulnerabilidade e fragilidade das comunidades, acabam por estar praticamente dependentes do financiamento sem contribuição dos utentes. Em alguns ACES a contratualização acontece tardiamente, acabando por não ter o efeito desejado (BI-CSP, 2021).

Perspetiva dos clientes/utentes – pretende responder à questão “Como nos veem os clientes?” Como será que os cidadãos visionam os CSP? A melhoria da qualidade do serviço está, segundo Pereira (2003, citado in Mendes *et al.*, 2013), associada aos procedimentos, ato de atendimento, qualidade do serviço >>



A ideia de estratégia é precisamente a capacidade de adotar uma gestão para criar opções futuras em vez de sermos conduzidos pelos acontecimentos. Nesta perspetiva, uma das ferramentas possíveis que pode contribuir para o avanço da reforma dos CSP, tendo em conta a necessidade da gestão estratégica dos recursos públicos e da medida e avaliação de desempenho, é o recurso ao *Balanced Scorecard*

Figura 2 | Governação integrada nos ACES



Fonte: citado *in* Rodrigues & Felício, 2017, pp.12

prestado pelos profissionais de saúde, qualidade dos equipamentos e desempenho. Ora, tudo isto implica na perspetiva de como os utentes consideram os CSP. Os utentes geralmente apresentam um alto grau de satisfação em relação aos CSP, atribuindo manifesta importância à relação de proximidade e comunicação com os profissionais de saúde. Nesta perspetiva, a proposta de valorização dos CSP deve assentar no desenvolvimento de um relacionamento de confiança com os utentes. A confiança dos CSP tem aumentado com o desenvolvimento das USF, que constituíram a marca mais visível da reforma dos CSP. No entanto, é de referir que o acesso a esta tipologia de cuidados ainda não é universal, estando muitos utentes afetos a UCSP.

Perspetiva dos processos internos

– Esta perspetiva tende a responder aos processos de excelência. Nestes, terá de ocorrer resposta às necessidades da sua comunidade, representando valor para a mesma. Se os cuidados forem excelentes, ganham valor para a comunidade,

e sendo rentabilizados, diminui-se o desperdício de recursos e de energia. É essencial um trabalho de fundo com as equipas, delegando-lhes poder para melhorar a capacidade de gestão e reforçar o capital humano (talento intelectual dos profissionais), rentabilizando-o na organização das equipas. Por outro lado, o Estado, com carácter financiador, prestador e regulador, dificulta a operacionalização da reforma porque impede a viabilização da autonomia das estruturas operacionais. Esta postura do Estado centralizado dificulta a aplicação do conceito de boa governação, bem como a aplicação do modelo de gestão integrada (Rodrigues, 2011).

Perspetiva da aprendizagem e crescimento

– tende a responder à questão “Como continuar a inovar e a criar valor?” agregando os indicadores de performance que são relevantes ao nível da aprendizagem e crescimento. Nesta vertente é importante criar uma cultura de estudo e investigação, proporcionando oportunidades de formação para os

profissionais. Tudo parece indicar que a Reforma dos CSP está assumida com maior expansão na Região Norte, sendo a região do país com mais USF em atividade (quer em termos absolutos, quer em termos percentuais, quando comparado com a população residente avaliada pelos Censos 2011, ou inscrita nos ACES). Parece ser importante a partilha de saberes e boas práticas entre as ARS, potenciando estratégias positivas no reforço da reforma dos CSP.

Embora não generalizada, a aplicação prática do BSC nos ACES também não tem alcançado o sucesso que se esperava, dadas as dificuldades de harmonizar a informação face ao que é imposto pelas ARS e à ausência de conhecimentos de gestão a nível intermédio.

Com efeito, a aplicação da gestão estratégica nos ACES carece, antes de mais, de um enquadramento de autonomia e de responsabilidades definidas e assumidas no modelo de governação organizacional, o que não é por enquanto o caso dos cuidados primários.

Assim, no contexto atual dos CSP em



Regressando à questão inicial “A reforma, modernização ou pseudomodernização dos cuidados de saúde primários” é consensual que há ainda muito a fazer. Na verdade, o projeto de reforma é vanguardista e com desafios para a marca dos CSP. As USF foram a maior expressão da reforma, mas o potencial da modernização é muito maior e não está a ser devidamente desenvolvido.

Portugal, o modelo de governação parece apresentar-se como uma prioridade para a organização e gestão dos ACES. “*O ACES deverá ser responsável pela execução orçamental respeitante aos meios técnicos e materiais, bem como a gestão corrente do edificado e infraestruturas. O orçamento definido deve ter em consideração os utentes, o contexto geodemográfico e socioeconómico e a sua carga global de doença. Competirá ao ACES reinvestir as verbas alocadas e não utilizadas por ganhos de eficiência. Este reinvestimento poderá ser feito, por exemplo, em formação e investigação*” (Firmino-Machado J et al., 2017, pp. 432-433).

Os conselhos clínicos terão de afirmar-se como pró-ativos e os parceiros mais capacitados para a construção da governação integrada nos ACES. As unidades organizacionais dos ACES terão de garantir uma boa governação clínica e assegurar que as suas atividades/intervenções (quer sejam de base individual, grupal ou populacional) são efetivas e se encontram alinhadas com as prioridades e objetivos de melhoria do estado de saúde da população, definidos no Plano Local de Saúde (Rodrigues & Felício, 2017, pp.20).

CONCLUSÃO

Regressando à questão inicial “A reforma, modernização ou pseudomodernização dos cuidados de saúde primários” é consensual que há ainda muito a fazer. Na verdade, o projeto de reforma é

vanguardista e com desafios para a marca dos CSP. As USF foram a maior expressão da reforma, mas o potencial da modernização é muito maior e não está a ser devidamente desenvolvido.

Atualmente, embora se fale em autonomia, o que se observa é a centralização da tomada de decisão nas ARS e nos próprios gabinetes ministeriais. Na gestão das USF é aparente a existência de poder de decisão e os ACES parecem desenvolver uma gestão intermédia com pouco espaço de manobra.

Assim, face à centralização excessiva do poder de decisão, continua a ser grande a dificuldade de efetuar mudanças. É ao nível organizacional que as mudanças mais realistas e efetivas podem ser alcançadas. Porém, é necessário que um modelo de governação organizacional possa permitir a descentralização da tomada de decisão e a efetiva autonomia dos ACES, com reflexos reais para todas as UF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Escoval, A.; Santos, A. Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, mar 10(1), 17-27 disponível em https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/3643155/Escoval_Tempus_ASC_2016_11.pdf [acedido em 20 de outubro de 2020];
- Ferreira, P. e Raposo, V., (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. Rev. Portuguesa Clínica Geral n 22, pp.285-96;
- Ferreira, M. (2015). Auditoria Operacional

nos Hospitais: Estudo Comparativo entre o Setor Público e o Privado. Tese de Mestrado pelo Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto Instituto Politécnico do Porto disponível em https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7773/1/DM_Mariana_Ferreira_MA_2015.pdf [acedido em 20 de outubro 2020];

- Figueiredo, S (2018). Estratégia e Capacidade Estratégica dos Conselhos de Administração dos Hospitais Públicos Portugueses. Tese de Doutoramento pela Escola de Saúde Pública, disponível em <http://hdl.handle.net/10362/64570> [acedido em 20 de outubro 2020];
- Firmino-Machado J, et al. (2017) Governação de saúde e gestão de proximidade, Acta Med Port, 30(6): 431-433;
- Gomes, Patrícia, Mendes, Sílvia, & Carvalho, João. (2010). O Balanced Scorecard como instrumento de medida de desempenho das forças policiais - estudo de casos. Economia Global e Gestão, 15(2), 91-114. Recuperado em 24 de outubro de 2020, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-74442010000200006&lng=pt&lng=pt;
- Instituto de Governação. Governance basics – What is governance? disponível em: http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov_waha.html [acedido em 20 de outubro de 2020];
- Mendes, F et al. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. Revista de Enfermagem Referência, serie III (9), 175. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1281> [acedido a 24 de outubro de 2020];
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACS), Ministério da Saúde, Lisboa, [Internet]. 2007 disponível em: <http://www.fnam.pt/images/> [acedido a 20 de outubro de 2020].
- Rodrigues, C. (2011). Governação de organizações Públicas em Portugal: a emergência de modelos diferenciados. Ramada: Edições Pedagogo;
- Rodrigues et al. SNS (2017). ACES Novo Impulso para a Governação Clínica e de Saúde disponível em: [/Users/42_ca/OneDrive/Documents/Pos%20grad%20Administração%20e%20gestão%20da%20Saude/Governação,%20Gestão%20e%20Marketing/ACeS%20-%20Novo%20impulso%20para%20a%20Governação%20Clínica%20e%20de%20Saúde.pdf](https://Users/42_ca/OneDrive/Documents/Pos%20grad%20Administração%20e%20gestão%20da%20Saude/Governação,%20Gestão%20e%20Marketing/ACeS%20-%20Novo%20impulso%20para%20a%20Governação%20Clínica%20e%20de%20Saúde.pdf) [acedido em 25 de outubro 2020];
- Rodrigues, A; Felício, M. (2017). Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: perguntas e Respostas Essenciais. Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clínica%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf> [acedido em 25 de outubro 2020];
- SNS (2020), <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idgaces/Paginas/default.aspx> [acedido a 24 de outubro de 2020].