



Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Práticas dos Gestores dos Agrupamentos de Centros de Saúde

SÍLVIA MACHAQUEIRO & LUÍS LAPÃO

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento de Recursos Humanos, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa

silvia.machaqueiro@ihmt.unl.pt; luis.lapao@ihmt.unl.pt

Resumo:

A reforma dos cuidados de saúde primários levou à criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), novas estruturas com autonomia administrativa e um novo modelo de governação, criando necessidade de competências de gestão aos vários níveis, do Director Executivo às USF. Considerando a complexidade do trabalho do gestor, sobretudo em contexto de reforma, estudamos os modelos de gestão, através da análise das práticas dos seus gestores e de uma abordagem multi-métodos, incluindo observação e questionários.

Resultados confirmam a complexidade da gestão, acrescentando a necessidade de lidar com a inovação do novo modelo organizacional. A sua actividade tem uma forte componente burocrática e administrativa, observando-se diferenças segundo a posição ocupada e o perfil individual de gestão. Há ainda larga margem para aperfeiçoamento da utilização de ferramentas de gestão nos ACES, um trabalho que se pretende desenvolver de forma colaborativa com estes numa fase posterior.

Palavras-chave:

Reforma dos cuidados de saúde primários; Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES); Práticas de gestão; Oportunidades de melhoria.

Abstract:

The reform of the primary health care originated the creation of ACES (Groups of Health Care Centres), new structures with administrative autonomy and a new governance model, creating the need for management skills in several levels, from the Executive Director to the USF (Family Health Units). Considering the complexity of the job of the manager, mainly in the context of reform, we have studied management models, through the analysis of practices of their managers and using a multi-method approach, including observation and surveys.

The outcomes confirm the complexity of management, adding the need to deal with the innovation of the new organisational model. His/her activity has a strong bureaucratic and administrative component, with some differences observed according to the position and individual profile of management. There is a still a great margin for improving the use of management tools in the ACES, a work that can be developed in a collaborative way with the managers at a later stage.

Keywords:

Reform of the primary health care; Groups of Health Care Centres (ACES); Management practices; Improvement opportunities.

Introdução

Partindo do reconhecimento do papel fundamental dos cuidados de saúde primários (CSP) (WHO, 1978; OMS, 2008), Portugal iniciou em 2005 uma reforma dos CSP que levou à reestruturação dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes desenvolveram-se segundo um novo modelo de governação, com autonomia administrativa e enfoque na coordenação de equipas autónomas com relações de contratualidade interna (MS, 2012; Ramos, 2009).

Pelo volume de recursos humanos (RH), materiais e financeiros envolvidos, pela diversidade de unidades assistenciais (unidades funcionais – UF), e pela população abrangida, os ACES tornaram-se organizações de grande complexidade (MS, 2008) quer isoladamente, quer integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Sendo responsável pelo trabalho de uma determinada unidade organizacional, o gestor tem uma função importante de controlo dentro da organização, que se traduz no processo de tomada de decisões que, por sua vez, inclui as actividades de delegação de tarefas, de alocação de recursos, de definição de metas (Mintzberg, 2009). O seu trabalho requer, como tal, um conjunto importante de conhecimentos e competências que inclui o desenvolvimento de relações com pares, levar a cabo negociações, motivar os profissionais, resolver conflitos, criar redes de informação e disseminação da mesma, tomada de decisões e alocação de recursos (Daft & Marcic, 2006; Mintzberg, 1971; Mintzberg, 1990).

O novo modelo organizativo criou a necessidade de competências de liderança, governação clínica, gestão de RH, etc. (MS, MCSP, 2008b; Lapão & Dussault, 2011), sendo essencial conciliar objectivos e preocupações clínicas com objectivos de gestão e de resultados, num contexto organizacional tipicamente de forte hierarquização profissional, onde os profissionais directamente envolvidos nas operações possuem autonomia e poder de decisão (Glouberman & Mintzberg, 2001).

O modelo ACES veio reduzir o enfoque nas hierarquias profissionais, a centralização e a autonomia individual, e criou estruturas baseadas em equipas para uma melhor comunicação, envolvimento dos profissionais nos processos de decisão e negociação de objectivos de desempenho (Lega & DePietro, 2005).

No ACES, as competências de gestão são partilhadas e exercidas a vários níveis de governação: gestão estratégica – Director Executivo (DE) – gestão tática – Conselho Clínico (CC) – gestão operacional global – Unidade de Apoio à Gestão (UAG) – e gestão operacional local – Unidades de Saúde Familiar (USF).

Considerando a complexidade do trabalho do gestor, nomeadamente em contexto de reforma, pretende-se caracterizar e estudar os modelos de gestão utilizados nos ACES, através da análise das práticas e actividades dos seus gestores, com vista à recolha de boas práticas de gestão e governação clínica, e à elaboração de recomendações e propostas de políticas para melhoria.

Interessa ainda compreender de que forma *é feita* e como funciona a gestão neste contexto organizacional e, por outro lado, qual a capacidade dos ACES para desenvolverem as suas próprias ferramentas e mecanismos de gestão, adaptando-se e evoluindo enquanto organização aprendente (*learning organization*). Em última análise, importa olhar para a

capacidade de inovação destas organizações (Williams, 2011), de que a gestão e a governação são factores determinantes.

1. Métodos

Este é um estudo exploratório, em que após a revisão da literatura sobre modelos, papéis e competências de gestão, foi utilizado um método qualitativo para observação directa de DE. Utilizando a técnica de *shadowing* (Czarniawska, 2007) foram observados e acompanhados dois DE durante um dia de trabalho. Os dois indivíduos foram seleccionados de acordo com critérios de conveniência, tendo a experiência como finalidade principal a validação do quadro conceptual de actividades de gestão. Através de um quadro de referência, foi feito um registo sistemático de todas as actividades, tarefas, interacções e locais, com enfoque na distribuição de tempo do gestor.

Com base nesta observação e na validação de competências, actividades e comportamentos de gestão ao nível dos ACES, foi desenvolvido um questionário para diagnóstico da utilização de ferramentas de gestão e governação clínica nos ACES, através da avaliação de dimensões como planeamento, coordenação de equipas, gestão do desempenho e disseminação de informação.

O questionário foi aplicado a uma amostra de conveniência de sete ACES. A aplicação foi feita presencialmente a elementos previamente identificados com responsabilidades de gestão a diferentes níveis nos ACES: DE, presidente/vogal do CC, coordenador de USF e coordenador de UAG. O preenchimento do questionário foi acompanhado de entrevistas semiestruturadas realizadas por um dos autores. O tempo médio total para preenchimento e entrevista variou entre 40 minutos e 1 hora.

2. Resultados e discussão

Além das duas observações directas realizadas, foi executada a aplicação do questionário em sete ACES. Obteve-se um total de 22 respostas, com uma distribuição desigual de participantes entre ACES. No total contabilizam-se 6 DE, 5 coordenadores de USF, 5 responsáveis de UAG, 5 elementos do CC e 1 Enfermeiro Director. 11 dos respondentes são médicos de formação, 2 são gestores, 2 são enfermeiros e os restantes têm outra formação. 77% trabalham há mais de 15 anos na área da Saúde, sendo que 10 respondentes têm entre 51 e 60 anos de idade e 7 têm entre 40 e 50.

Os resultados do *shadowing* demonstram que o trabalho dos DE se estende por um período superior a 10 horas, e que as actividades que mais tempo ocupam no seu dia são reuniões, comunicação directa, emails e chamadas telefónicas. Apesar das diferenças observadas entre a gestão dos dois indivíduos nas respectivas organizações, é possível constatar que a gestão de recursos humanos (RH), a coordenação de equipas, a alocação de recursos, a gestão de conflitos, a inovação e a negociação são competências transversalmente fundamentais.

O questionário aos quatro níveis de gestão revela que actividades como envio e recepção de emails ocupam uma parte significativa do tempo diário dos gestores em diferentes posições,

embora as responsabilidades e perfil de gestão de cada participante se reflectam em actividades distintas: o DE despende mais tempo com reuniões internas e externas, de acordo com o seu papel de *figurehead* da organização (Hales, 1986; Hales, 2001; Mintzberg, 2009); o CC despende mais tempo com reuniões internas e a prática clínica, que concilia com a governação; o coordenador de USF despende mais tempo com a supervisão de tarefas, a gestão de equipas (que coordena) e a participação em formação/investigação; o responsável da UAG despende mais tempo com gestão de recursos e RH e a supervisão de tarefas.

A nível de planeamento, apesar da uniformização potenciada pelo processo de contratualização, verificam-se diferenças entre ACES: são referidas, em alguns casos, dificuldades na participação da UAG no processo de planeamento (n=4), na realização da monitorização e reflexão sobre o consumo de materiais no ACES (n=4), e na utilização dos objectivos de saúde local para a contratualização interna do ACES (n=4). Segundo 3 respondentes, o plano local de saúde nem sempre é desenvolvido em cooperação com a comunidade e 4 respondentes consideram o próprio processo de contratualização como apenas razoavelmente relevante para o planeamento.

A utilização de ferramentas de gestão de apoio à decisão nos ACES ainda é algo incipiente, embora os respondentes – sobretudo os DE – refiram realizar análises de dados em Excel (n=21), análise de informação de gestão (n=21) e análise de custo-benefício (n=14) no processo de decisão. A consulta de especialistas/peritos (n=7) e a análise multi-critério (n=1) são as ferramentas menos utilizadas.

As práticas de comunicação em cada ACES também variam, privilegiando-se diferentes modalidades de comunicação entre órgãos de gestão e os profissionais dependentes da perspectiva do DE. Observa-se que aqueles em que estão implementadas práticas de reuniões colectivas semanais ou quinzenais com todos os colaboradores são também aqueles em que existe uma maior abertura para discussão e participação dos profissionais (e.g. através dos Conselhos Técnicos e dos coordenadores das UF) na gestão do ACES. Estas reuniões são mecanismos determinantes para uma boa comunicação entre equipas, funcionando como espaço para discussão e apresentação de questões que afectam todo o ACES e as suas equipas. São, por isso, essenciais para o seu envolvimento na tomada de decisões e permitem, porventura, compensar a distância entre unidades, que pode ser uma barreira à comunicação.

O facto de estas reuniões terem lugar e terem uma agenda pré-definida (91% dos respondentes) e actas para documentação (77%) são aspectos que contribuem para a interacção mais efectiva entre equipas, ao definir tarefas específicas a realizar durante as reuniões (Brown et al., 2009; Drinka & Clark, 2000).

Verificou-se que o email, a comunicação directa e o telefone – mecanismos essencialmente informais – são as formas de comunicação mais utilizadas pelos participantes, o que fornece pistas importantes sobre a comunicação interna dos ACES, mas também para a prática clínica, abrindo possibilidades de comunicação entre profissionais e doentes (Car & Sheikh, 2004).

Além do email e dos sistemas de informação existentes, alguns ACES possuem ferramentas como um sistema telefónico interno e um sistema de mensagens instantâneas, que permitem resolver questões rapidamente e tornam a comunicação efectiva.

De facto, é crítico que os profissionais possuam ferramentas de comunicação padronizadas e exista um ambiente em que possam veicular ideias e preocupações (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

A comunicação dentro dos próprios ACES, entre as diferentes UF, é percebida em alguns ACES como má ou mesmo inexistente. Verificou-se que um dos ACES onde esta percepção é mais favorável tem reuniões colectivas semanais ou quinzenais com todos os colaboradores e desenvolveu e implementou um plano de comunicação interna e externa (fig.1).

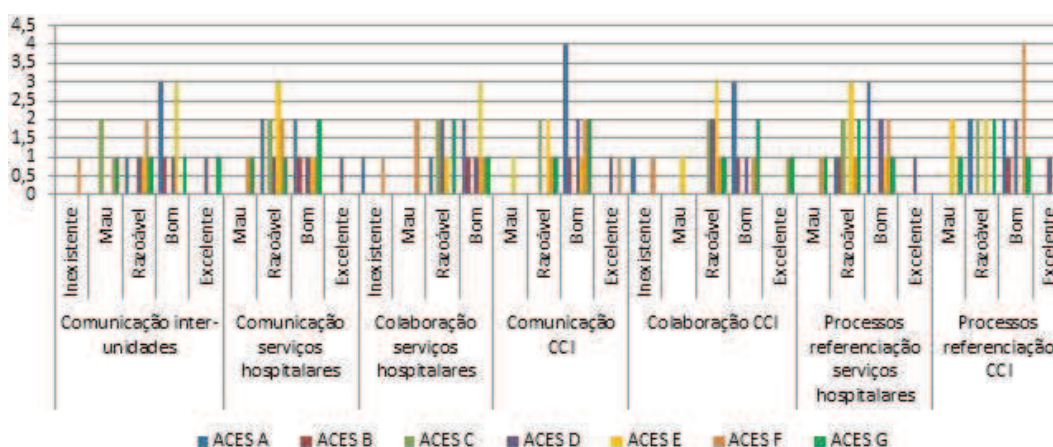


Gráfico 1. Comunicação interna e externa do ACES (por ACES)

A nível de integração entre níveis de cuidados (fig.1), a comunicação, a colaboração e os processos de referência com cuidados secundários são predominantemente considerados razoáveis ou bons, à semelhança do que sucede com os cuidados continuados (CCI). Contudo, é de salientar que alguns participantes consideram má ou inexistente a colaboração com os serviços hospitalares, incluindo num ACES integrado numa ULS. Este ponto revela que se deve compreender melhor os modelos de relacionamento entre ACES e hospitais, aspecto que é reconhecido como muito prioritário por estes participantes.

Apesar disto, 19 respondentes concordam que existem esforços de colaboração entre o ACES e as direcções clínicas dos hospitais, 18 que existe um trabalho conjunto de desenvolvimento e protocolos clínicos e de referência e 13 que existe um esforço do hospital no sentido do retorno de informação ao ACES.

Em termos de interface, alguns ACES apresentam já modelos interessantes de articulação com os cuidados secundários, quer em contexto de ULS, quer no modelo "tradicional". Alguns exemplos incluem a partilha interna dos processos dos doentes entre os CSP e o hospital, a organização de reuniões clínicas regulares de articulação entre profissionais dos dois níveis de cuidados para definição de "canais de comunicação e regras de referência bilateral entre os profissionais das duas instituições", e a existência de estruturas e instrumentos de comunicação e colaboração instituídos. Em alguns casos, verificou-se inclusivamente que a iniciativa dos próprios profissionais impulsionou a criação destes mecanismos (e.g. médico

especialista que se desloca às unidades do ACES para discutir processos de doentes ou apoiar colegas nos CSP no esclarecimento de questões clínicas).

Um dos constrangimentos amplamente referidos a uma melhor articulação entre CSP e cuidados secundários prende-se com a inexistência de uma base de dados comum a ACES e hospital, o que dificulta a partilha de dados sobre os doentes que circulam entre níveis de cuidados.

Efectivamente, e apesar do reconhecimento da importância dos sistemas de informação (SI) e aplicativos informáticos para a prática clínica e para a gestão (e.g. planeamento para a contratualização, monitorização de indicadores, organização da prestação de cuidados, análise da casuística...), estes continuam a apresentar diversos problemas ao nível da interoperabilidade e da integração, por exemplo. Além da multiplicação de esforços na extracção e inserção de dados pelos profissionais, geram-se ineficiências como a sobre-prescrição de exames e MCDT, pela ausência de comunicação entre SI.

Em relação à governação clínica, os aspectos mais consensuais em todos os ACES são a realização das auditorias tendo em consideração as linhas de orientação e normas de actuação clínica da DGS (n=19), a análise sistemática e acompanhamento das reclamações dos utentes (funcionamento efectivo do Gabinete do Utente) (n=19) e a integração das sugestões e reclamações (ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso) na avaliação e medidas de correcção do ACES. Em alguns ACES foram inclusivamente introduzidas alterações na sequência de sugestões ou reclamações de utentes (e.g. alterações de horários; melhoria do sistema de atendimento telefónico), o que denota atenção efectiva às suas necessidades e preocupação com a melhoria.

Por outro lado, várias práticas/mecanismos de governação não se encontram implementadas ou estão em desenvolvimento em alguns ACES, como procedimentos definidos para auto-avaliação do ACES (n=10), relatórios regulares de avaliação de gestão (n=8), comissões/grupos definidos para a melhoria da qualidade no ACES (n=10) e reuniões com representantes da comunidade para discussão da satisfação com o ACES (n=7).

A nível de participação e envolvimento da comunidade, existem ACES em que o Conselho da Comunidade e a Comissão de Utes não se encontram constituídos, e ACES onde estes se encontram constituídos e em pleno funcionamento. No entanto, verificou-se que a inexistência de um Conselho da Comunidade estruturado não é, em si mesma, impeditiva da ligação do ACES à comunidade, autarquias, Câmara Municipal, agrupamentos de escolas, etc.

Observaram-se três situações distintas de relacionamento com a comunidade: i) inexistência de iniciativas de envolvimento da e na comunidade; ii) existência de iniciativas "desestruturadas"; iii) existência de iniciativas enquadradas na actividade dos órgãos de participação e consulta previstos no modelo ACES.

Alguns exemplos dos ACES participantes incluem a realização de um workshop de auscultação de representantes da comunidade, organizado pelo Conselho da Comunidade do ACES, e a participação de equipas do ACES em projectos e parcerias organizadas com escolas, instituições académicas e associações, que acabam por ser importantes experiências de aprendizagem.

A ligação à comunidade e a valorização da aprendizagem, formação e melhoria das competências dos profissionais são factores importantes para a capacidade de inovação de uma

organização (Williams, 2011). O tempo que os médicos e os enfermeiros dedicam à melhoria do seu conhecimento e competências é um dos aspectos que suscita maior discordância entre os respondentes, e embora exista a percepção generalizada de que as formações e cursos frequentados pelos profissionais resultam efectivamente numa melhoria dos cuidados prestados, não existem mecanismos (e.g. indicadores) para medir este impacto.

Todos os respondentes concordam que o seu ACES encoraja e apoia o desenvolvimento profissional contínuo dos seus colaboradores, 20 respondentes concordam que os coordenadores das UF do seu ACES são encorajados a promover actividades de construção do espírito de equipa e que o seu ACES tem actualmente uma cultura mais favorável à aprendizagem e inovação. Contudo, 19 respondentes sentem que é necessária uma atitude mais positiva por parte de todos os profissionais do ACES em relação à inovação.

Por fim, é de salientar que 20 respondentes sentem que uma maior descentralização na tomada de decisões permitiria que o ACES fosse mais flexível e aberto à mudança e que, enquanto gestores, necessitam de mais informação acerca de novas abordagens (e.g. de gestão) para melhorar o ACES. Neste contexto, seria interessante reflectir sobre que modelos alternativos poderiam ser desenvolvidos para o futuro relacionamento entre os ACES e as ARS, bem como sobre a importância da formação em gestão pós-PACES (Lapão & Dussault, 2011).

Conclusões

Os resultados permitem confirmar a complexidade do trabalho de gestão em CSP, acrescentando a necessidade de lidar com a inovação do novo modelo organizacional dos ACES. Percebe-se que a actividade dos gestores continua a ter uma forte componente burocrática e administrativa, embora se observem diferenças segundo a posição de gestão ocupada e o perfil individual de gestão.

Globalmente, e apesar da evolução dos modelos de gestão e governação dos ACES desde o início da reforma, estes modelos ainda se encontram aquém do seu potencial em termos de gestão. As ferramentas de gestão que são actualmente utilizadas são ainda algo incipientes, sendo o DE quem parece estar mais à vontade na sua utilização. Existe necessidade de maior rigor na utilização de ferramentas de gestão nos quatro níveis do ACES, podendo a formação nesta área ser um dos aspectos a desenvolver para uma maior efectividade nos quatro níveis de gestão observados.

Estas diferenças também se traduzem em aspectos como a capacidade de adaptação e inovação perante recursos escassos, o grau de autonomia dos gestores e ACES na tomada de decisões, o envolvimento da comunidade e o esforço contínuo de melhoria.

Embora tenham já sido identificadas algumas áreas onde é possível melhorar, ao nível da gestão nos ACES (por exemplo no que se refere à forma como os gestores ocupam o seu tempo e organizam o seu trabalho/actividades), será ainda realizado um trabalho colaborativo com uma amostra mais reduzida de ACES para analisar oportunidades de melhoria, numa lógica de *action research*. Esta é uma abordagem inovadora sobre a qual existe pouca evidência na literatura portuguesa, e que permite reunir e trazer conhecimento de e para os serviços de saúde, com oportunidade de introdução de mudanças úteis para as organizações. Esta poderá, aliás, ser uma abordagem relevante em investigação futura em serviços de saúde.

Referências

- BROWN, Judith Belle [et al.] (2009), "Mechanisms for communication within primary health care teams", *Canadian Family Physician*, 55, 1216-22.
- CAR, Josip, SHEIKH, Aziz (2004), "Email consultations in health care: 1—scope and effectiveness", *British Medical Journal*, 329, 435–8.
- CZARNIAWSKA, Barbara (2007), *Shadowing and other techniques for doing fieldwork in modern societies*, Slovenia: Liber. Copenhagen Business School Press.
- DAFT, Richard L., MARCIC, Dorothy (2006), *Understanding Management* (5th ed.), USA: Thomson South-Western.
- Drinka, Theresa J. K., Clark Phillip G. (2000), *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*, USA: Greenwood Publishing Group.
- GLOUBERMAN, Sholom, MINTZBERG, Henry (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Part I: Differentiation", *Health Care Management Review*, 26 (1): 56-69.
- LAPÃO, Luís Velez, DUSSAULT, Gilles, "PACES: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal", *Leadership in Health Services*, 24 (4): 295-307.
- LEGA, Federico, DEPIETRO, Carlo (2005), "Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy", *Health Policy*, 74: 261-281.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (2012), *Reagrupamento dos centros de saúde: Aspetos e princípios a ter em conta* [online], disponível em: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=46> [consultado em: 14/09/2012].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS), Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) (2008), *Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento* [online], disponível em <http://mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1> [consultado em: 2/10/2012].
- MINTZBERG, Henry (1971), "Managerial Work: Analysis from Observation", *Management Science*, 18 (2), Application Series, pp. B97-B110.
- MINTZBERG, Henry (1990), "The Manager's Job: Folklore and Fact", *Harvard Business Review*, March/April, pp. 163–176.
- MINTZBERG, Henry (2009), *Managing*. Great Britain: Pearson.
- O'Daniel, Michelle, Rosenstein, Alan H. (2008), "Chapter 33. Professional Communication and Team Collaboration", in Hughes Ronda G. (ed.), *Patient Safety and Quality: An evidence-based Handbook for Nurses*, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 271-284 [online], disponível em <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesfdbk/index.html#chapters> [consultado em 29/10/2013].
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2008), "Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca", [Online], disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/> [consultado em: 23/10/2012].

- RAMOS, Vítor (2009),, "A Interface entre Cuidados de Saúde Primários e o Hospital", in CAMPOS, Luís, BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui (Ed.) *Governança Dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras, pp. 333-347.
- WILLIAMS, Iestyn (2011), "Organizational readiness for innovation in health care: some lessons from the recent literature", *Health Services Management Research*, 24 (4), 213-218.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), "Declaration of Alma-Ata", *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.