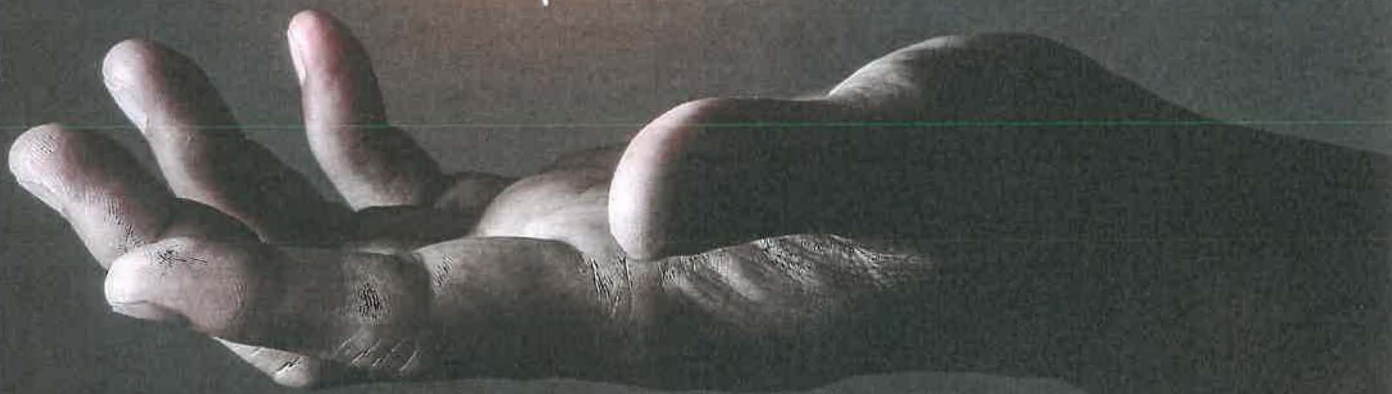
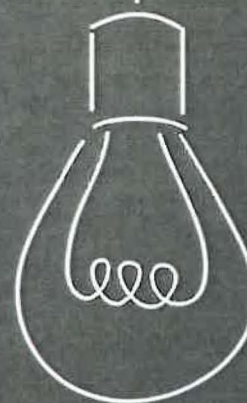
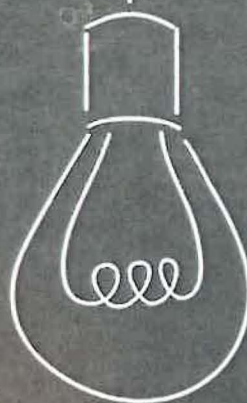
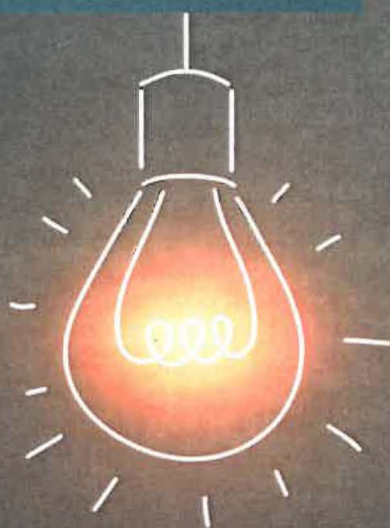
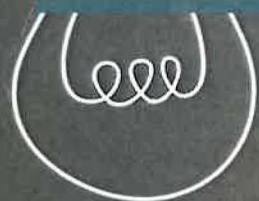


Revista Portuguesa de

Gestão & Saúde

DIRETOR: MIGUEL SOUSA NEVES • SPGSAUDE@GMAIL.COM
PUBLICAÇÃO PERIÓDICA DIRIGIDA A PROFISSIONAIS DE SAÚDE
JULHO 2021 • N.º 30



SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

O sistema atual de saúde português Miguel Sousa Neves // **A eHealth e a insularidade** Catarina Borges; Helena Tavares; Nuno Miguel Faria Araújo; Sara Amaral; Sílvia Carvalho // **Unidades locais de saúde: A perceção e a realidade de um modelo organizacional** João Ricardo Miranda da Cruz; Maria Helena Pimentel; Susana Rodríguez Escanciano; Ana Belén Casares Marcos // **Equidade em Saúde** Carla Marina Tavares Fernandes // **Desafios na gestão e liderança em organizações de Saúde** João Alexandre Reis // **Convenção Nacional da Saúde: Obrigado a todos os portugueses!** Eurico Castro Alves

4

ESTATUTO EDITORIAL

5

MENSAGEM

Miguel Sousa Neves

6

O SISTEMA ATUAL DE
SAÚDE PORTUGUÊS

Miguel Sousa Neves

12

A EHEALTH E A INSULARIDADE

Catarina Borges

Helena Tavares

Nuno Miguel Faria Araújo

Sara Amaral

Sílvia Carvalho

16

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE
A PERCEÇÃO E A REALIDADE DE
UM MODELO ORGANIZACIONAL

João Ricardo Miranda da Cruz

Maria Helena Pimentel

Susana Rodríguez Escandiano

Ana Belén Casares Marcos

22

EQUIDADE EM SAÚDE

Carla Marina Tavares

Fernandes

26

DESAFIOS NA GESTÃO
E LIDERANÇA EM
ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

João Alexandre Reis

30

CONVENÇÃO NACIONAL
DA SAÚDEOBRIGADO A TODOS
OS PORTUGUESES!

Eurico Castro Alves

33

23.º CONGRESSO NACIONAL
DE MEDICINA DA OM
MIGUEL SOUSA NEVES FALOU
DE POLÍTICAS PÚBLICAS
DE SAÚDECICLO DE CONFERÊNCIAS
“FINS DE TARDE NA CIDADE:
NOVAS PERSPETIVAS
PARA O FUTURO DA SAÚDE
EM PORTUGAL”

34

SPGS
ÓRGÃOS SOCIAISFORMULÁRIO
DE INSCRIÇÃO

Revista Portuguesa de

**Gestão
de Saúde**

Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • n.º 30 • julho 2021

DIRETOR Miguel Sousa Neves **COORDENAÇÃO** Vera Rodrigues **DESIGN E PRODUÇÃO** Focom XXI – Centro Gráfico, Lda. **PROPRIEDADE** Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde • Avenida Cidade de Montgeron, 212 • 4490-402 Póvoa de Varzim • E-mail: spgsaude@gmail.com • Site: www.spgsaude.pt
DEPÓSITO LEGAL 239095/06 **REGISTO ERC** Exclusão de registo prevista no art.º 12, alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de junho **PERIODICIDADE** Quadrimestral
IMPRESSÃO Soartes – Artes Gráficas, Lda. **TIRAGEM** 2.500 exemplares

UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

A perceção e a realidade de um modelo organizacional

A integração de cuidados de saúde reside essencialmente no pressuposto de que uma prestação com melhores níveis de integração de cuidados permitirá alcançar melhores níveis de desempenho por parte das organizações e sistemas de saúde. Neste artigo, através da realização de entrevistas estruturadas aos elementos que constituem os conselhos de administração das unidades locais de saúde (ULS) em estudo, pretendeu-se analisar o modelo organizacional das ULS relativamente a oito dimensões: modelo organizacional das ULS e impactos da sua dinâmica de gestão; modelo de financiamento; sistemas de informação; gestão dos recursos humanos e materiais; dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados; integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais); criação/transferência de conhecimentos; as ULS constituem um modelo de futuro.

INTRODUÇÃO

Dada a atual pressão sobre os custos dos sistemas de saúde, a articulação entre as diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde ganha importância e para conseguir dar respostas adequadas aos novos padrões de procura exige-se aos sistemas de saúde atuais uma maior descentralização, partilha de responsabilidades e uma melhoria nos níveis de serviço, o que nos remete para a discussão

em torno da integração de cuidados de saúde. A mudança de uma atuação centrada no tratamento da doença para um novo paradigma focado no bem-estar geral do utente é urgente e a oferta de cuidados de saúde centrada na figura do hospital deverá dar lugar a políticas de saúde mais focadas na promoção da saúde e prevenção da doença, o que obrigará necessariamente a mais e melhor coordenação entre os vários níveis de cuidados

de saúde (Santana & Costa, 2008).

A integração de cuidados de saúde visa alcançar maior acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos em saúde e em eficiência. As experiências de integração de cuidados de saúde, particularmente de cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares, começaram

a surgir em Portugal em 1999 com a criação da primeira unidade local de saúde (ULS) em Matosinhos, Porto, e gradualmente mais ULS foram criadas, perfazendo hoje um total de oito unidades locais de saúde dispersas pelo país. Contudo, pouco se conhece acerca desses modelos. Exige-se, por isso, um conhecimento mais profundo destes modelos de gestão dos cuidados de saúde, determinante para a sua avaliação e possível expansão. Em Portugal, no decorrer do tempo, outros modelos foram adotados e dos quais se abdicou, em muitos casos sem avaliação para um diagnóstico adequado dos seus contributos e limitações (Lopes *et al.*, 2014).

Kodner & Kyriacou (2000) definem a integração de cuidados como um

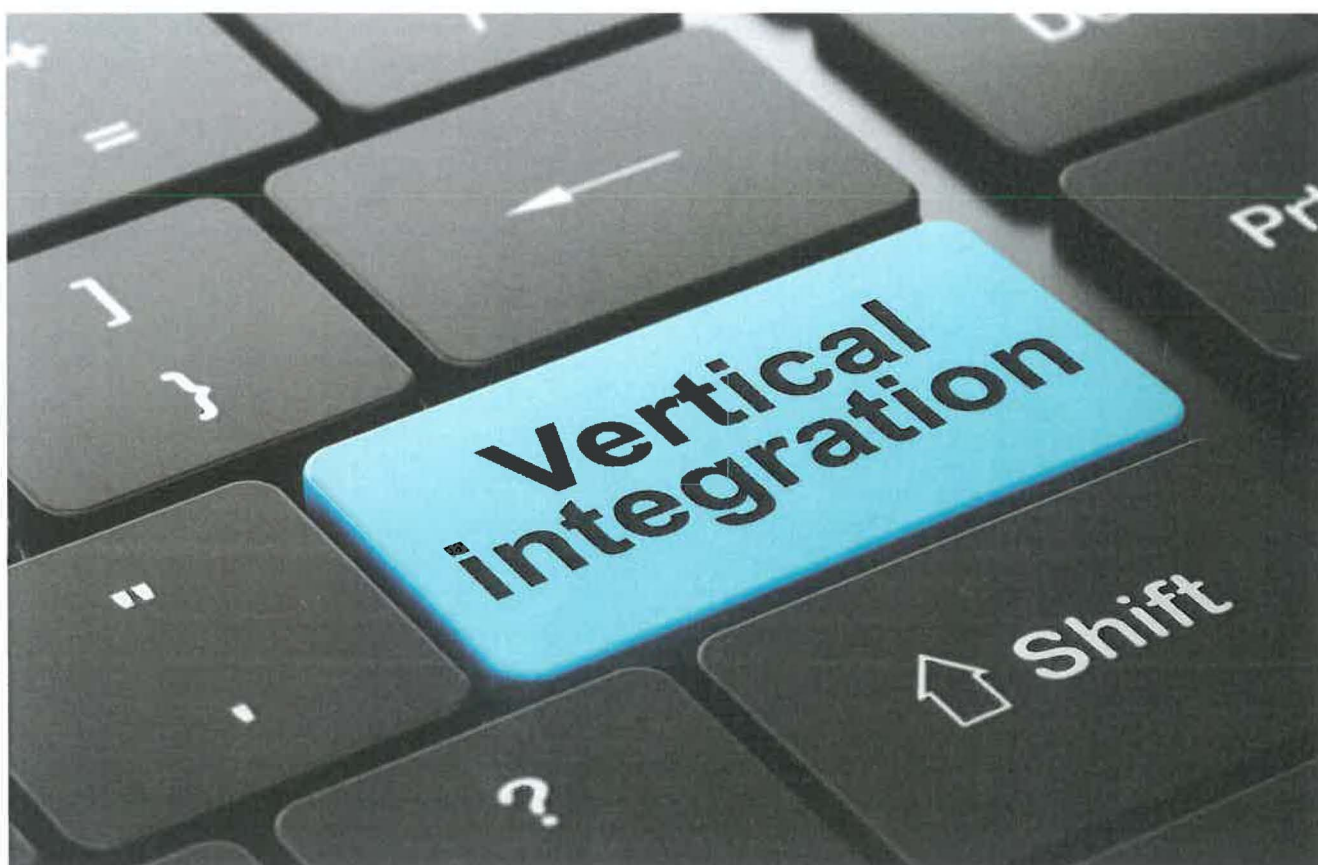
conjunto de técnicas e modelos organizacionais desenhados para criar colaboração, coordenação e cooperação dentro e entre os prestadores, em termos curativos e de cuidados, tanto na área financeira como administrativa.

Deste modo, a integração entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalares é considerada como a estratégia para melhorar o acesso, a adequação, a qualidade técnica, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à população (Nunes *et al.*, 2012). O conjunto de fenómenos sociodemográficos e científicos (alterações como o envelhecimento da população, a mudança epidemiológica, a evolução do perfil dos consumidores, os avanços científicos no tratamento da doença, o nível da rapidez

na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, a exigência do nível de qualidade assistencial), que exige uma adaptação da resposta fornecida pelas organizações de Saúde tem sido o principal influenciador da Integração Vertical (Lopes *et al.*, 2014).

As ULS constituem, assim, a integração de cuidados de natureza vertical numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão diferentes níveis de cuidados com vista a aumentar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo os de proximidade, melhorar os padrões de qualidade, otimizar a capacidade instalada, promover a satisfação dos utentes e almejar ganhos económicos e em saúde. Neste artigo procura-se analisar o modelo organizacional das ULS e os ganhos

>>



em saúde decorrentes da integração dos diferentes níveis de cuidados, compreender os processos de integração de cuidados de saúde e fatores envolvidos e analisar a integração de cuidados de saúde em Portugal, de acordo com a opinião dos entrevistados.

MÉTODO

As ULS que integram o estudo são cinco das oito ao nível do território Português (ULS Alto Minho, ULS Matosinhos, ULS Guarda, ULS Castelo Branco e ULS Nordeste) de matrizes distintas tanto socio-demográficas como geográficas.

Amostras muito específicas requerem informantes com características muito homogêneas, o que pode conduzir a amostras de menor dimensão. Como resultado, essa homogeneidade pode dar acesso a informação interessante de forma concentrada (Rego, Cunha & Meyer, 2018).

Procedeu-se por isso à realização de entrevistas estruturadas com informadores privilegiados, entre os elementos que constituem os conselhos de administração das ULS em estudo: presidentes dos conselhos de administração (4), vogal do conselho de administração (1), diretora clínica para a área hospitalar (1), diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários (1) e diretor de enfermagem (1). O guião da entrevista foi estruturado em oito dimensões: dimensão I – modelo organizacional das ULS e impactos da sua dinâmica de gestão; dimensão II – modelo de financiamento; dimensão III – sistemas de informação; dimensão IV – gestão dos recursos humanos e materiais; dimensão V – dinâmica gestão/integração/interligação aos vários níveis de prestadores de cuidados; dimensão VI – integração dos intervenientes locais (municípios e redes sociais); dimensão VII – criação/transferência de conhecimentos; dimensão VIII – as ULS constituem um modelo de futuro.

RESULTADOS

Foram colocadas oito questões aos entrevistados, visando aferir ideias marcantes no domínio da perceção e realidade deste modelo organizacional – ULS. As várias respostas foram analisadas com recurso à análise de conteúdo e agrupadas



As ULS constituem, assim, a integração de cuidados de natureza vertical numa única entidade e sob a alçada de uma mesma gestão diferentes níveis de cuidados com vista a aumentar o acesso aos serviços de saúde, sobretudo os de proximidade, melhorar os padrões de qualidade, otimizar a capacidade instalada, promover a satisfação dos utentes e almejar ganhos económicos e em saúde

de acordo com as dimensões precedentemente estruturados. Em seguida resumem-se os principais resultados que contribuem para dar resposta aos objetivos previamente delineados deste estudo.

DIMENSÃO I: MODELO ORGANIZACIONAL DAS ULS E IMPACTOS DA SUA DINÂMICA DE GESTÃO

Todos os entrevistados são unânimes em defender que este modelo organizacional aporta claras vantagens, divergindo apenas na enumeração das mesmas, bem como na sua hierarquização. Duas vantagens destacam-se em relação às demais, primeira: o facto de o órgão de gestão ser único; segunda, e mais focada pelos entrevistados, a integração de cuidados, resultante de uma única estrutura que agrega pelo menos dois níveis de cuidados, os cuidados de saúde primários e os

hospitalares. Contudo, é de salientar que estas duas vantagens, para todos os entrevistados, a de um órgão de gestão de topo único e a integração e interligação de cuidados são realidades concomitantes, ou seja, uma conduz inevitavelmente à outra. Mas se a integração de cuidados se apresenta como um dos maiores benefícios deste modelo organizativo, um dos entrevistados reforça que almejar este princípio na prática diária é algo mais complexo, difícil de atingir, mas possível. Um outro entrevistado aventa que a integração dos cuidados se produziu, mas as alterações a nível legislativo que eram necessárias, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, não acompanharam este processo, ou seja, os cuidados de saúde primários continuam a deter a mesma filosofia dos cuidados de saúde primários do resto do país.

DIMENSÃO II: MODELO DE FINANCIAMENTO

Este modelo de financiamento é referido por 25% dos entrevistados como um modelo de financiamento per capita que integra, além do número de habitantes, variáveis como o status socioeconómico e a escolaridade, em que estas variáveis muito mais altas desvalorizam o valor per capita, no princípio de que as pessoas mais instruídas precisassem menos de cuidados de saúde. Muitas das cinco ULS em estudo, três concretamente, situam-se no interior do país, e tal como referem 60% dos entrevistados, não há critérios de reforço nomeadamente nas despesas de contexto, porque é completamente diferente uma ULS no litoral do país, ou os custos resultantes de se situar no interior, com baixa densidade populacional associada a uma significativa dispersão geográfica. Temos, portanto, para a totalidade dos entrevistados, uma questão clara e inequívoca de subfinanciamento relevante. Salientando os modelos de produção, 50% dos entrevistados chamam a atenção para a ausência de incentivos à produção, ou seja, o modelo mais adequado seria aquele que tivesse uma base per capita e uma componente de produção hospitalar, podendo ter associado como ganho a motivação por parte dos profissionais em cumprir os

objetivos, aliciando-os com incentivos. Mas 25% dos entrevistados defendem que o modelo deveria ser o de criação de valor, o que tem resultados efetivos para as pessoas, monitorizado por indicadores de saúde de morbilidade e de longevidade, diminuindo bastante a mortalidade evitável, antes dos 60 anos, por exemplo. Produzir o que não cria um valor acrescentado para a pessoa, nem no presente nem no futuro, é altamente questionável.

DIMENSÃO III: SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os sistemas de informação constituem uma das principais áreas fomentadas pela criação das ULS, uma das chaves deste processo. Esta perceção é unânime. Os sistemas de informação estão a ser amplamente usados no apoio à saúde da população e nas atividades decorrentes do trabalho produzido pelos profissionais, estando intimamente relacionados com a prevenção e promoção de saúde, controlo de doenças, vigilância e monitorização do estado de saúde das populações que se servem. Para 60% dos entrevistados o foco tem de passar indubitavelmente pelo processo clínico eletrónico único. A

criatividade local para explorar ou maximizar as mais-valias deste modelo integrativo pode gerar um benefício macro que vai além da sua ULS per si. Assim o sistema, potencializado pela integração dos vários níveis de cuidados, pode coadjuvar o profissional de saúde para a realização do seu trabalho, com incremento na qualidade dos seus cuidados, por via de uma monitorização e de uma informação mais atualizada dos doentes que estão sob a sua responsabilidade.

DIMENSÃO IV: GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A totalidade dos entrevistados salientam o enorme desafio que consubstancia a gestão dos recursos humanos numa ULS, justamente pelo repto de interligar profissionais dos vários níveis de cuidados na prossecução de um objetivo, de uma meta comum, pois há sempre – por vezes latente, em outros momentos mais premente – o sentimento nos profissionais de não se sentirem totalmente imbuídos de uma unidade de saúde com um modelo de integração vertical dos cuidados, com uma matriz organizativa de interligação. 60% dos

entrevistados focam também o pendora na questão da autonomia financeira, mais concretamente na possibilidade de recrutar profissionais de saúde. Portanto, sem autonomia é muito difícil gerir recursos humanos e sem capacidade financeira para os poder recrutar também é complicado. Sem autonomia para uma política de incentivos torna-se também difícil abordar com mais proficiência a gestão de recursos humanos.

DIMENSÃO V: DINÂMICA GESTÃO/ INTEGRAÇÃO/INTERLIGAÇÃO AOS VÁRIOS NÍVEIS DE PRESTADORES DE CUIDADOS

Relativamente à dimensão de integração e interligação dos vários níveis de prestadores de cuidados, 72% dos entrevistados definem objetivamente a existência de uma barreira invisível entre os diferentes níveis de cuidados, pese embora tenha de ser lentamente destruída. Objetivam os mesmos entrevistados que essas barreiras residem essencialmente nos próprios profissionais. É necessária uma cultura de sistema em que toda a gente diga a mesma coisa. Esta interação ainda não existe e é evidente na

>>



percepção manifestada pelos oito entrevistados, sendo necessário cultivá-la. As políticas do conselho de administração têm de ser integradoras, pretendendo-se que sejam extensíveis a todas as unidades fomentando a coesão e a unidade.

DIMENSÃO VI: INTEGRAÇÃO DOS INTERVENIENTES LOCAIS (MUNICÍPIOS E REDES SOCIAIS)

72% dos inquiridos expõem certezas acerca das mais-valias geradas pela presença de um vogal no conselho de administração nomeado pelas comunidades intermunicipais (CIM) e que é o elo de articulação funcional. Contudo, 37% dos entrevistados salientam que não excluem a comunicação estreita e permanente entre o presidente do conselho de administração (CA) e os vários presidentes de câmara do distrito a que pertence a ULS. Um entrevistado não responde com convicção plena face à mais-valia da integração de um vogal designado pelas áreas metropolitanas pelo conjunto de municípios. Suporta esta afirmação em vários domínios, desde o currículo às características pessoais, que são determinantes para poder aportar know-how e benefícios, independentemente da questão da sua nomeação pela CIM e efetiva representação da mesma no CA.

DIMENSÃO VII: CRIAÇÃO/TRANSFERÊNCIA DE CONHECIMENTOS

O modelo de ULS é facilitador, mas não determinante, é a opinião transversal aos oito entrevistados em relação ao potencial de criação de conhecimento neste modelo de integração vertical de cuidados que concretizam as ULS.

Um dos entrevistados deixou patente que quando a ULS estiver a funcionar com outro nível de performance esta será uma área muito beneficiada, ou seja ainda há um enorme potencial no domínio da produção do conhecimento e da investigação no que diz respeito às ULS, primeiro endogenamente, por meio da consolidação do seu modelo organizativo, e posteriormente o melhorar e desenvolver a articulação com os centros de investigação, mais propriamente o ensino superior e as empresas.



A integração de cuidados de saúde visa alcançar maior acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos em saúde e em eficiência

DIMENSÃO VIII: AS ULS CONSTITUEM UM MODELO DE FUTURO

100% dos entrevistados são concomitantes nas suas observações e respostas face à questão se as ULS se revestem como um modelo que perspetiva o futuro. Afirmam que são um modelo de futuro para algumas áreas, embora não sejam aplicáveis a todo o país por vários motivos. Aduzem que são necessárias outras estratégias e políticas para desenvolver e tornar as ULS num modelo com capacidade de resistir, renovar-se e vitalizar-se no tempo. Constituem-se como um modelo com mais-valias sem dúvida, mas é crucial maior financiamento e outro modelo de cálculo desse mesmo financiamento, maior autonomia e legislação própria enquadrada com este modelo organizativo.

CONCLUSÃO

Surgem como vantagens óbvias deste modelo de integração a unificação dos órgãos de gestão dos vários níveis de cuidados e a integração vertical desses mesmos níveis, revertendo essa mais-valia



a nível funcional direto e de estrutura. Aporta de imediato vantagens no domínio económico, mas também um conhecimento que se pode denominar por eclético, um conhecimento global de toda a população do distrito que serve. Contudo, salienta-se que não são só vantagens, e deve destacar-se o problema que se prende com a articulação funcional, apontado por todos os entrevistados. Conclui-se também que a economia de escala se constitui como o maior ganho na integração vertical de cuidados. No que concerne ao modelo de financiamento conclui-se, indubitavelmente, que está longe de ser o adequado, por manifesto subfinanciamento, em que algumas ULS é ainda exacerbado pelas variáveis de contexto, como a dispersão geográfica, por exemplo. Pode também concluir-se que os sistemas de informação numa perspetiva de partilha pelos vários níveis de integração da prestação de cuidados foi a área em que mais se desenvolveu, embora não tão desejável como o exetável. Outra conclusão que se deduz é a mais-valia evidente que a integração dos intervenientes locais



Surgem como vantagens óbvias deste modelo de integração a unificação dos órgãos de gestão dos vários níveis de cuidados e a integração vertical desses mesmos níveis, revertendo essa mais-valia a nível funcional direto e de estrutura

(municípios e redes sociais do concelho), constitui significativa importância através da inclusão de um vogal que representa os municípios no CA. Visando dar maior empoderamento ao utente/doente no que respeita à gestão da sua saúde/doença, conclui-se que este é o modelo que serve de base para incrementar esse propósito porque este modelo é aquele que permite, sem ínfima dúvida, ter o doente no centro do sistema.

Em relação à dinâmica gestão/integração/interligação dos vários níveis de prestadores de cuidados, apurou-se a dificuldade de operacionalizar essa gestão/interligação, redundando muitas das dificuldades nos entraves protagonizados pelos próprios profissionais que constituem as ULS, de simples atos administrativos até ao sentimento de pertença apenas à unidade em que trabalha e não um sentimento com uma perspetiva macro, ou seja, sentir-se um profissional que desempenha funções numa entidade que aglutina várias unidades.

As ULS constituem-se como um modelo organizativo e administrativo com perspetivas de se consolidarem, embora haja relutância que se ampara no que os vários intervenientes que gizam e determinam o seu futuro – Ministério da Saúde, por exemplo – ambicionem na definição deste modelo de governação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kodner, D., & Kyriacou, C. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, pp. 1-19.
- Lopes, H., Carlos, J. S., Rodrigues, M., Mestre, R., Santana, R., Matias, T., & Ribeiro, V. (2014). Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, C., Correia, C., Ribeiro, C., Santos, C., Marquês, L., Barbosa, M., & Ramos, V. (2012). Interligação e integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Rego, A., Cunha, M. P., & Meyer, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *RGPLP*, vol.17, n.2, pp.43-57. ISSN 1645- 4464.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático: 7, 29-56.

