

## ***Estados Gerais – Transformar o SNS***

Laboratório de Ideias I

### ***Desafios Emergentes nas Unidades Locais de Saúde (ULS)***

Lançado na Conferência IV - Setúbal – 30 de junho de 2023

#### **Trabalhos e debates entre junho e outubro de 2023**

**Contributos de:** Ana Escoval, António Leuschner, Celeste Gonçalves, Constantino Sakellarides, Carlos Dias, Eunice Carrapiço, Fátima Quitério, Gonçalo Envia, Isabel Gonçalves, João Marques, João Rodrigues, José Carlos Santos, Luísa Carvalho, M. Augusta Sousa, Manuel Lopes, Mirieme Ferreira, Nuno Jacinto, Patrícia Barbosa, Paula Broeiro, Pedro Maciel Barbosa, Rui Monteiro, Teresa Luciano, Victor Ramos **... mantêm-se aberto a novos contributos.**

#### **Sessão pública em Setúbal - 30 de junho de 2023**

**Moderador:** Victor Ramos (FSNS)

- António Taveira Gomes – ULS Matosinhos
- Isabel Gonçalves – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)
- Alexandre Tomás – AceS Almada-Seixal
- Eunice Carrapiço – AceS Lisboa Norte

*“Trabalho em curso ...”*

**Versão de outubro de 2023**

Esta página foi deixada propositadamente em branco

"Work in progress"

## Índice

<b>Nota prévia</b> .....	Pág. 05
<b>Notas-síntese - <i>webinar</i></b> realizado no dia 16.06.2023 .....	Pág. 06

### Desafios - Perguntas - Contributos

#### **I - Missão e Propósitos das ULS**

Pergunta 1 – Como definir a missão e propósitos de uma ULS e o alinhamento com o PNS 2030? .....	Pág. 11
--	---------

#### **II - Análise estratégica**

Pergunta 2 – ULS: que vantagens, riscos e oportunidades? .....	Pág. 15
--	---------

#### **III - Critérios de sucesso**

Pergunta 3 – Como medir e aferir progressos e sucesso? .....	Pág. 20
--	---------

#### **IV - Indicadores de desempenho e resultados**

Pergunta 4 – Como escolher os indicadores adequados? .....	Pág.21
--	--------

#### **V - Governação e liderança clínica e em saúde**

Pergunta 5 – Como desenvolver competências gerais e específicas? .....	Pág. 23
--	---------

Pergunta 6 – Como garantir governação integrada, centrada nas pessoas, para resultados? .....	Pág. 25
---	---------

#### **VI - Gestão estratégica de recursos humanos, com envolvimento dos profissionais**

Pergunta 7 – Medidas prioritárias e estratégias a adotar? .....	Pág. 28
---	---------

Pergunta 8 – Como assegurar motivação, participação e envolvimento dos profissionais? .....	Pág. 30
---	---------

#### **VII - Promover a saúde – Reduzir cargas de doença e de incapacidade – Reduzir gastos evitáveis e cuidados desnecessários**

Pergunta 9 – Como maximizar: promoção da saúde e prevenir doenças e incapacidades evitáveis? .....	Pág. 31
--	---------

#### **VIII - Integração e continuidade de cuidados**

Pergunta 10 – Como assegurar a integração e a continuidade de cuidados? .....	Pág. 34
---	---------

#### **IX - Participação social, literacia e capacitação das pessoas e da comunidade**

Pergunta 11 – Como promover a participação social no desenvolvimento das ULS? .....	Pág. 39
---	---------

#### **X - Contratualização de desempenho para resultados de saúde e bem-estar**

Pergunta 12 – Como contratualizar a “produção” de resultados de saúde e bem-estar? .....	Pág. 40
--	---------

#### **XI - Investimento, financiamento e pagamento aos prestadores, visando resultados**

Pergunta 13 – Como alinhar investimento, financiamento e pagamentos com objetivos de saúde? .....	Pág. 42
---	---------

#### **XII - Sistema de informação ao serviço da Saúde e das pessoas**

Pergunta 14 – Quais os requisitos de um sistema de informação ao serviço da Saúde e das pessoas? ....	Pág. 44
---	---------

#### **XIII – Gestão da mudança e evolução organizacional**

Pergunta 15 – Como conduzir a mudança e atingir um estágio organizacional inovador e melhor? .....	Pág. 47
--	---------

<b>ANEXOS</b> .....	Pág. 52
---------------------	---------

Esta página foi deixada propositadamente em branco

"Work in progress"

A expressão “modelo ULS” pode conduzir a equívocos de interpretação. Existem diferentes concepções sobre o que é uma unidade local de saúde (ULS). A cada uma delas corresponde um modo de ver específico, com sentido de missão, propósitos e metas que podem diferir conforme a visão adotada, ou até sem existência explícita. Também as arquiteturas organizacional e funcional bem como os dispositivos de governação, de liderança e de participação dos vários atores envolvidos podem diferir muito consoante o “modelo” visionado. Cada concepção alternativa implicará um quadro próprio de objetivos, estrutura, direitos, deveres e responsabilidades das partes interessadas e tenderá a produzir efeitos/**resultados** diferentes.

A simples constituição formal de unidades locais de saúde (ULS) através de um processo burocrático-administrativo de integração vertical de centros de saúde com hospitais, com nomeação de um conselho de administração comum pode deixar tudo na mesma. As várias experiências de ULS constituídas nas últimas duas décadas evidenciaram resultados contraditórios. Seguir processos idênticos pode atrasar a concretização das transformações estratégicas, estruturais e funcionais de que o SNS necessita com urgência.

Cenários plausíveis - que requerem uma boa caracterização das respetivas **situações de partida**:

A – Agravamento da dominância do paradigma centrado na doença, no hospital e na medicalização, com fragilização dos cuidados de saúde primários e enfraquecimento da cultura e práticas de prevenção e de promoção da saúde – com resultados piores que os anteriores à constituição da ULS;

B - Manutenção dos modos de ser e das culturas organizacionais e práticas enraizadas – com resultados idênticos aos anteriores à constituição da ULS;

C – Centragem na saúde, nas pessoas, na população e na integração e continuidade de cuidados. Os cuidados de proximidade são a base da ULS. A prevenção e a promoção da saúde são os focos de investimento prioritário – parte considerável da anterior atividade hospitalar passa a ser feita na comunidade em estreita colaboração com os cuidados de saúde primários, com processos de melhoria contínua da qualidade – com resultados melhores que os anteriores à constituição da ULS.

O presente texto aponta à viabilização do cenário C. Resulta de contributos individuais e de grupo de profissionais e académicos conhecedores das diversas realidades e dificuldades inerentes ao SNS. Será ainda necessário alargar o âmbito da auscultação aos utentes e suas organizações e aos cidadãos, através de seus representantes autárquicos e de organizações sociais. Este processo está em curso através dos “*Estados Gerais – Transformar para Salvar o SNS*”. Já foram realizadas três conferências desde o início de 2023: 11 de fevereiro no Porto; 1 de abril, em Évora; 12 de maio, em Coimbra. Um dos focos essenciais da próxima conferência (30 de junho, em Setúbal) estará nas perspetivas e nos contributos organizados neste texto.

## **Webinar - dia 16.06.2023**

### **Notas-síntese**

#### **Participantes**

*Ana Escoval, António Leuschner, Constantino Sakellarides, Carlos Dias, Eunice Carrapiço, Fátima Quitério, Gonçalo Envia, Isabel Gonçalves, João Marques, João Rodrigues, José Carlos Santos, Luísa Carvalho, M. Augusta Sousa, Mirieme Ferreira, Nuno Jacinto, Patrícia Barbosa, Paula Broeiro, Rui Monteiro, Teresa Luciano, Victor Ramos.*

#### **Introdução**

A fusão de organizações com tradições e culturas organizacionais diferentes (Anexo I), sob uma administração única não garante, por si, ganhos de saúde e bem-estar para as pessoas. As evidências nacionais e internacionais sobre processos de mudança em sistemas sociais complexos e abertos, com profissionais com autonomia técnica e elevada qualificação científica, apontam noutro sentido. Apontam para laboriosos processos educacionais, comunicacionais e transformativos, com transparência e envolvimento de todos os interessados: os utentes e doentes, como for possível em cada local; as autarquias, cujo poder emana democraticamente dos cidadãos; os profissionais das organizações-alvo; os líderes das equipas, unidades e serviços; e os dirigentes intermédios – para que todos possam ser aliados e agentes impulsionadores da mudança necessária. Das intervenções e debate resumem-se a seguir aspetos mais relevantes.

#### **Pessoas – utilizadores | doentes | famílias**

- Desenvolver métodos e instrumentos que permitam o seu posicionamento efetivo no centro da ULS: processo clínico integrado único; plano integrado de cuidados – PIC (componente integrante do anterior; “*comprehensive patient summary*” (componente decorrente dos anteriores).
- Generalização e automatização (aproveitando a transição digital) da recolha sistemática de “PREM”s e “PROMs”<sup>1</sup> – a) abreviadamente após contacto com os serviços ou por episódio definido de cuidados; b) mais detalhadamente, com periodicidade aceitável, em função da estratificação de risco (aproximadamente 10 % dos utilizadores, os com maiores necessidades e riscos).
- Promover programas e atividades para reforço da literacia e capacitação das pessoas para proteger e promover a sua saúde e a dos seus próximos, bem como a gestão pessoal do seu plano de cuidados (com o apoio da sua equipa de saúde dedicada).

---

<sup>1</sup> PREM – *Patient Reported Experience Measures*; PROM – *Patient Reported Outcomes Measures*  
Estados Gerais – Transformar o SNS – Lab.de Ideias I – ULS\_ Desafios Emergentes - v. 9\_2023.10.30

## **Pessoas – profissionais de saúde**

- Reconhecimento, respeito e recompensa do seu esforço e contributo diários – através de condições físicas dignas e de ambiente organizacional humanizado e motivador – papel dos dirigentes.
- Sistema de carreiras profissionais competitivo com ambientes de trabalho noutros setores, que ofereçam oportunidades e estímulo à sua evolução/desenvolvimento profissional contínuo ao longo do seu percurso profissional.
  - Combinação equilibrada de atrativos e incentivos materiais e imateriais – as remunerações não sendo o principal fator de satisfação, estão a ser um desastroso fator de insatisfação.
- Oportunidades de formação, participação em projetos e atividades de investigação, inovação e serviço à comunidade, como parte dos atrativos já mencionados.

## **População e participação social / cívica**

- Apoio e aprofundamento de formas e práticas de participação social / cívica a vários níveis, através de órgãos formais e modalidades informais – papel decisivo das autarquias locais e das organizações da comunidade.

## **Planeamento estratégico da saúde**

- Desenvolver o planeamento estratégico em saúde, aproveitando ao máximo as competências de saúde pública e respetivas equipas que sejam as sedeadas nos serviços de saúde da ULS como nos serviços das autarquias (veterinários, por exemplo), ambiente, etc. – numa perspetiva de “Uma Só Saúde” / “One Health”.
- Desenvolver e levar a sério as estratégias e Planos Locais de Saúde, enquadrados, inspirados e orientados no Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030).
- Monitorizar e avaliar sistematicamente o desempenho e resultados de cada ULS. É absolutamente indispensável ter para cada ULS a medição da respetiva **situação de partida** – que inclua não só a fotografia do “momento de partida”, com um quadro de indicadores quantitativos e qualitativos e, sempre que possível, as tendências dos principais macro indicadores de saúde (última década ou duas décadas, se possível) – um valor superior ao do ponto de partida pode representar um ganho, se a tendência for ascendente, desde que a inclinação da curva seja atenuada.

## **Sistema de informação – arquitetura e funcionalidades**

- Sistema integrado, unificado, centrado na Pessoa e orientado para facilitar a governação em saúde (pessoal, clínica, populacional; organizacional; política).
- Acautelar o bom aproveitamento da verba prevista no PRR, para que não aconteça uma oportunidade perdida.

## **Telessaúde e telemedicina**

– Aproveitar as potencialidades desta área em acelerado desenvolvimento para aproximar os cuidados de saúde das pessoas e dos doentes e melhorar o controle das suas situações de saúde, prevenir descompensações, melhorar controle de doenças, evitar deslocamentos, gastos e sofrimentos desnecessários, entre outras vantagens – evitando potenciais desvantagens e riscos do seu uso inapropriado.

## **Qualidade dos dirigentes**

– Desenvolver formação organizada, inicial e contínua, dos dirigentes, com avaliação de competências de liderança colaborativa e gestão da mudança – em parceria com instituições e centros do sistema científico e acadêmico do ensino superior.

- Implementar avaliação regular dos elementos com funções dirigentes e/ou de coordenação clínica / técnico-científica de instituições, unidades e serviços.

- Incorporar explicitamente na nomeação de elementos com funções e responsabilidades de direção e coordenação clínica/técnico-científica (instituições, serviços, unidades) a consulta/avaliação pelos profissionais com quem interagem quotidianamente.

## **Promoção da saúde – estratégias intersectoriais e abordagem “One Health”**

- Redesenhar a estrutura e as dinâmicas de participação e envolvimento

- A promoção da saúde da respetiva população deve ser missão / propósito *major* de cada ULS, com projetos, indicadores e avaliação sistemática, tendo por referência enquadradora o PNS 2030.

- “Saúde em todas as políticas” ^ “Saúde para todas as políticas” – (WHO-EOHSP, 2023).

## **Reorganização interna dos serviços que promova: autonomia, confiança, responsabilização**

- Aprofundar e desenvolver a lógica e dinâmicas organizacionais das unidades de saúde familiar (USF) dos centros de saúde, bem como dos centros de responsabilidade integrada (CRI) nos hospitais, vigiando as suas desvantagens e perversidades potenciais.

- Alargar essas lógica e dinâmicas a toda a organização, adaptadas às circunstâncias e características específicas dos restantes serviços e unidades prestadoras de cuidados nas ULS.

## **Cuidados de proximidade**

– Enfoque na reorganização e transformação do modelo de cuidados.

- Centrar a organização, o funcionamento e as estratégias de cuidados nos **cuidados de saúde primários** / centros de saúde e suas unidades funcionais.

- Promover enlances funcionais entre os diversos tipos de cuidados incentivando o entrosamento e contributos de diversas profissões e disciplinas nos “Percurso Assistenciais Integrados”.



- Será desejável que uma fração de atos profissionais, habitualmente realizados de modo concentrado no hospital, sejam oferecidos na comunidade em cada fase e momento em que sejam requeridas e praticáveis essas competências específicas — **equipas multidisciplinares descentralizadas, abertas e dinâmicas** que possam operar nos e a partir dos centros de saúde.

- Desenvolver a oferta de cuidados no domicílio, quando apropriado, interligando equipas e contributos (hospital, CSP, cuidados continuados integrados, cuidados paliativos) evitando redundâncias, duplicação (por vezes quadruplicação) de equipas desligadas, referidas a um mesmo contexto e pessoa.

### Integração e continuidade de cuidados

- Alinhamento com: percursos assistenciais integrados; modelo de financiamento compreensivo baseado nas necessidades de saúde; sistema de informação integrado que promova e facilite a integração de cuidados

- Pilares propostos pela IFIC (International Foundation for Integrated Care)<sup>2</sup>.

### Cultura de avaliação, transparência e “accountability”

- Prestação de contas a todos os níveis

- Contratualização integrada e não espartilhada, orientada por necessidades de saúde e para obtenção de objetivos traduzíveis e avaliáveis em termos de ganhos em saúde



Figura 1 – Diagrama-síntese de algumas das ideias apresentadas e analisadas

<sup>2</sup> <https://integratedcarefoundation.org/nine-pillars-of-integrated-care>

## Desafios - Perguntas - Contributos

Contributos de:

Carlos Dias

Celeste Gonçalves

Eunice Carrapiço

Fátima Quitério

Isabel Gonçalves

João Marques

João Rodrigues

Luísa Carvalho

Manuel Lopes

Nuno Jacinto

Pedro Maciel Barbosa

Teresa Machado Luciano

Victor Ramos

Em Portugal, o direito à proteção da saúde constitui, desde 1976, um direito fundamental, constitucionalmente consagrado. O SNS tem sido o garante desse direito desde 1979.

Quase cinco décadas volvidas, o perfil demográfico e epidemiológico alterou-se (envelhecimento e comorbilidades). As necessidades das populações em matéria de acesso e respostas em saúde, são cada vez maiores, mais exigentes e complexas. Ao mesmo tempo, mantêm-se atuais os desafios do humanismo, da universalidade e da proximidade. Para continuar a cumprir o seu desiderato, o SNS deve evoluir, o mais possível, em paralelo e ao ritmo dos avanços da sociedade.

Este panorama reforça a urgência de uma gestão integrada dos recursos existentes, numa perspetiva organizacional, mas também assistencial, com o funcionamento do SNS em rede, criando as condições necessárias para a integração dos cuidados e a simplificação dos processos, melhorando o acesso aos cuidados de saúde, bem como aumentando a participação dos utentes e das comunidades. As ULS surgem, precisamente, como forma de resposta a esta necessidade, com um enorme potencial de melhoria de resultados em saúde, com diminuição de tempos de espera.

Contributo de Teresa Machado Luciano

## I - Missão e Propósitos das ULS

### **Breve enquadramento**

O mandato constitucional do SNS e das suas instituições é garantir a proteção e a promoção da saúde e bem-estar de todos os cidadãos. A arquitetura organizacional e os dispositivos de governação, gestão e liderança devem visar aquele mandato. O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do SNS, preconiza a reorganização das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde em unidades locais de saúde, E.P.E.

### Pergunta 1

***Quais são a missão e os propósitos concretos das ULS, designadamente tendo em conta uma visão estratégica alinhada com o Plano Nacional de Saúde 2030?***

### **Missão das unidades locais de saúde (ULS)**

A missão das ULS é a de promover e gerir de forma planeada e programada a oferta organizada de cuidados de saúde públicos ao longo de todo o ciclo de vida de cada pessoa residente e presente na sua área de influência, desde a conceção até à morte. Para concretizar essa missão cada ULS contratualiza com o Ministério um plano plurianual de saúde, realizado com base no diagnóstico da situação de saúde e bem-estar da população residente na sua área de influência.

Na análise epidemiológica do estado de saúde, funcionalidade e bem-estar da população residente, incluindo os determinantes de saúde ao nível individual, comunitário e ambiental. Desse plano devem fazer parte além do diagnóstico da situação de saúde a avaliação do risco de doença, a oferta de cuidados necessária para responder às necessidades reais de saúde da população. Devem ainda ser incluídos no diagnóstico da situação as organizações dos sectores social, privado e da comunidade civil, que possam contribuir para a rede de cuidados disponíveis para a população.

Contributo de Carlos Dias

### **Modo de ver e de perspetivar a missão das ULS**

A designação “**Unidade Local de Saúde**” pode ser literalmente interpretada como:

- ⇒ “**Unidade**” – unir; interligar/conectar serviços distintos que devem concorrer para um fim comum, antes segmentados, fragmentados e desligados entre si; integrar organizações com características estruturais diversas numa única organização complexa sem anular o que de melhor existe ou pode existir nas organizações integradas. Ter em atenção que o todo tanto pode resultar **maior** ou **menor** do que a soma das partes, consoante as formas de fazer essa integração e as sofisticadas e complexas competências necessárias para governar o “todo” – adaptando-o ao contexto e visando sempre, no horizonte, a missão e os seus propósitos;

- ⇒ **“Local”** – inserção numa população / comunidade específica da qual faz parte integrante e é por ela participada, em linha com o *“pensar e agir, global e local”*.
- ⇒ **“Saúde”** – a missão-chave é contribuir para alcançar níveis concretos de saúde e bem-estar para as pessoas e a comunidade, superando o enfoque restrito nas doenças. Fá-lo-á através de intervenções planeadas e organizadas para proteger e promover a saúde, com os recursos de que dispõem e/ou colaborando com parceiros de outros setores para atingir essa finalidade.

A “produção” de uma ULS é, sobretudo, medida em ganhos em saúde e bem-estar, medidos por um conjunto compreensivo e equilibrado de indicadores quantitativos e qualitativos, a partir dos “pontos de partida” considerados ao longo do percurso da sua existência – medida-chave da qualidade e sucesso da sua governação. A produção e contagem de “atos” de saúde, sendo importante, é uma medida concorrente que deve ser permanentemente escrutinada pela sua adequação, necessidade, efetividade, segurança e eficiência – e se poderiam ou não ser evitados ou deixar de ser feitos. Isto é, prosseguir como lema *“Prestar cuidados com a máxima qualidade, na mínima quantidade, apenas a necessária e segura”*.

Contributo de Victor Ramos

### **Missão e propósitos das ULS – alinhamento com o PNS 2030**

O PNS 2030 tem como finalidade a saúde sustentável, ou seja, melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, sem deixar ninguém para trás, sem comprometer a saúde das gerações futuras, e preservando o planeta, segundo uma abordagem multisectorial e multinível. Como? Através de 5 desígnios e respetivos objetivos estratégicos, conforme esquema do Anexo 1.

Assim, a missão e os propósitos concretos das ULS<sup>3</sup> deveriam refletir isso mesmo, ou seja:

- assegurar, em resposta às necessidades de saúde da população (correntes ou emergentes), cuidados integrados<sup>4</sup> de proteção e promoção da saúde e prevenção da doença e da incapacidade em todo o ciclo de vida, centrados na pessoa e de base populacional, a continuidade de cuidados, bem como a preparação e resposta a emergências de saúde pública (*preparedness*);
- considerar a sustentabilidade (de acordo com o modelo inglês/NHS e do desenvolvimento sustentável (Figura 2) (Anexo 3);
- incluir a equidade, nomeadamente, o planeamento e alocação de recursos de acordo com o princípio do “universalismo proporcional” (*proportionate universalism*<sup>5</sup>), “não deixando

---

<sup>3</sup> Em anexo (anexo 2) podem ser encontrados, a título de exemplo, a missão e objetivos da ULS de Matosinhos E.P.E..

<sup>4</sup> Inclui também a abordagem “One Health” e a abordagem integrada das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

<sup>5</sup> “Proportionate universalism is the resourcing and delivering of universal services at a scale and intensity proportionate to the degree of need. Services are therefore universally available, not only for the most disadvantaged, and are able to respond to the level of presenting need.” (Marmot, 2010)

<https://health-inequalities.eu/glossary/proportionate-universalism/>

ninguém para trás”, nem esquecendo os problemas de saúde do passado (atualmente já controlados);

- assegurar a participação e o compromisso dos parceiros, demais partes interessadas e as pessoas em geral, em processos co-criativos, no planeamento, desenho e prestação dos cuidados de saúde<sup>6</sup>, essencial para garantir que as ULS desenvolvem e melhoram os serviços e reduzem as desigualdades, pela partilha das perspetivas e experiências das pessoas que servem;
- Assumem responsabilidades nas áreas da investigação, da formação contínua e da saúde e bem-estar dos seus profissionais.

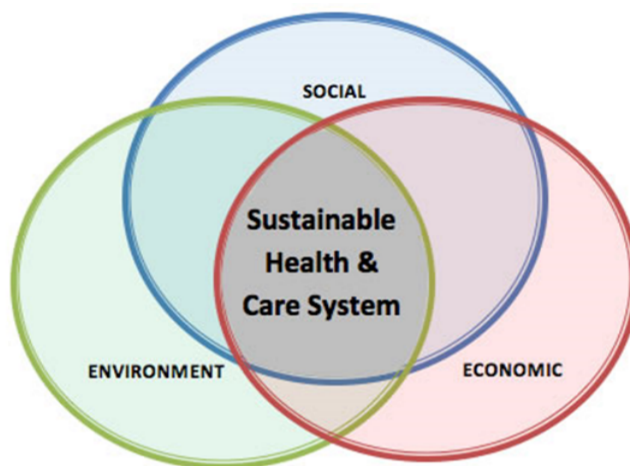


Figura 2 – Modelo “Sustainable Health and Care System”

A nova arquitetura do SNS sob a forma de ULS poderá constituir uma excelente oportunidade de alinhamento dos diferentes tipos de planeamento (estratégico em saúde, estratégico da gestão e operativo ou tático-operativo) e respetivos produtos, ao nível local, e destes com o recém-aprovado Plano Nacional de Saúde 2030 e respetivo processo de implementação, com as devidas implicações no(s) processo(s) de contratualização, financiamento e alocação de recursos a esse nível. Também isto deveria ficar claramente expresso na missão e propósitos das ULS.

Contributo de Fátima Quitério

### **O PNS 2030 como instrumento inspirador e enquadrador da ação das ULS**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) parte de três pressupostos:

- O valor social da saúde enquanto objetivo major na vida das pessoas;
- O papel central da Saúde, como “ponto de partida” e “ponto de chegada”, para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030;
- O planeamento estratégico em saúde de base populacional, enquanto instrumento metodológico

<sup>6</sup> Começando pela identificação conjunta das necessidades de saúde da população no âmbito do processo de construção do Plano Local de Saúde (PLS), e prolongando-se pelo compromisso com a operacionalização das estratégias de intervenção através de ações específicas (dentro e fora do sector da saúde) a serem executadas no âmbito da implementação do PLS.

**Missão da ULS:** abordagem integrada (CSP, CH, CR, CP) das necessidades de saúde da população, considerando os problemas de saúde e os determinantes identificados no Plano Local de Saúde.

**Propósitos da ULS (ter como objetivo):**

- Promover a saúde e o bem-estar; a prevenção de doença (e das várias combinações de morbilidade múltipla); e a prevenção de complicações, incluindo incapacidades e dependência;
- Promover a igualdade e a equidade no acesso a cuidados em saúde e bem-estar (física, mental e social) - o recurso é disponibilizado de forma adaptada de forma a produzir resultados semelhantes; os resultados sofrem o menor impacto possível das características pessoais, sociais, económicas, demográficas.
- Assegurar abordagens integradas, multidisciplinares e multisectoriais, envolvendo todos os níveis de cuidados e recurso da comunidade, centrados em cada pessoa, grupos específicos ou na comunidade.

Contributo de Isabel Gonçalves

### **Breve enquadramento**

Há defensores e detratores do “modelo ULS”. Mas, adianta pouco esgrimir com argumentos opinativos. Importa antes recolher e analisar dados e informação disponíveis, evidência objetiva, combinar ângulos de apreciação e perspetivar caminhos a prosseguir.

### Pergunta 2

***Quais as vantagens e desvantagens, bem como riscos e oportunidades (potenciais ou já observados), e como maximizar vantagens e oportunidades e reduzir desvantagens e riscos?***

### **Vantagens, riscos e oportunidades**

A principal vantagem/opportunidade poderá ser a de que a integração dos diferentes tipos de cuidados/serviços de saúde e dos órgãos de gestão possa criar uma visão e propósitos comuns orientados para “fora” da organização em si, para a saúde, aproximar profissionais, tornar a comunicação mais fluida e permitir respostas mais atempadas. Assim, na prática esta integração poderá promover uma maior integração de cuidados centrada nas pessoas – o que não ocorre apenas pela criação da ULS.

O principal desafio/ameaça pode ser a satelização e redução de investimento nos cuidados de saúde primários em favor dos cuidados hospitalares e em desfavor da eficiência global do conjunto, numa ótica de produzir saúde. Sem formação, competências e uma cultura organizacional adequada um conselho de administração será relutante em fazer hoje investimentos que podem só dar retorno (em termos de ganhos em saúde, bem-estar populacional e também económicos) três ou quatro conselhos de administração à sua frente ...

Contributo de Eunice Carrapiço

### **Maximizar vantagens e oportunidades e reduzir desvantagens e riscos**

***Vantagens*** - Considerando o modelo da integração vertical de cuidados de saúde:

- Melhoria na comunicação e na coordenação de cuidados (integração)
- O conceito de integração vertical de cuidados de saúde pressupõem promover a continuidade dos cuidados entre os prestadores de cuidados de saúde dos diferentes níveis de prestação;
- Melhor utilização dos cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares. Uma prática mais eficiente no que respeita à referenciação hospitalar.
- Reduzir a fragmentação dos cuidados e as consequências negativas que isso implica, especialmente para os utentes mais idosos ou com múltiplas patologias crónicas, cujas trajetórias de doença requerem frequentemente o contato com vários profissionais de saúde ao nível de diferentes níveis de prestação de cuidados.

- Melhor relação custo- eficiência.

- Potencial para diminuir custos e aumentar a eficiência. Os cuidados de saúde primários desempenham um papel ativo de promoção da saúde e prevenção da doença, visando evitar doenças e/ou prevenir complicações que venham a determinar maiores custos.

### **Desvantagens**

Considerando a situação das ULS existentes, a realidade concreta é ainda, genericamente, dominada por desvantagens relativamente à efetivação da integração e continuidade de cuidados centrada nas pessoas e nos seus percursos de cuidados.

Admitindo que possa ser conseguido com sucesso o modelo da integração vertical de cuidados de saúde tais desvantagens poderão desaparecer,

### **Riscos (potenciais ou já observados) do modelo ULS atual (modelo “1.0”):**

- A contratualização não é feita de forma integrada, em simultâneo - cuidados primários, hospitalares e outros tipos de cuidados (continuados integrados e paliativos). A contratualização dos cuidados de saúde primários é feita pelos ACES diretamente com as ARS;
- O financiamento é desfavorável à promoção da saúde, às estratégias preventivas (internamentos e procedimentos evitáveis, redução da morbimortalidade evitável e tratável) bem como à integração de cuidados;
- O modelo de financiamento por capitação (habitantes inscritos) traz contingências, uma vez que colide com fluxos de utentes e com o nível de complexidade dos doentes tratados em cada hospital. Por outro lado, nem todos os hospitais têm todas as especialidades médicas para todas as respostas necessárias para a população que servem;
- O modelo atual de financiamento promove uma cultura hospitalocêntrica, baseado em GDH (internamentos hospitalares) e em episódios de urgência, o que aponta, de certo modo, em sentido contrário da missão e propósitos preventivos e de promoção da saúde;
- Bases de dados diferente nos ACES e Hospitais e multiplicidade de sistemas e aplicações sem interoperabilidade e, por isso, incomunicáveis;
- A incomunicabilidade entre sistemas de informação e respetivas aplicações que suportam CSP e hospitalares promove a fragmentação de cuidados, riscos para os doentes, por vezes graves, desperdícios diversos de recursos (incluindo tempo de profissionais altamente qualificados), desgaste e “*burnout*” profissional, entre outros.

Em 2015 a ERS, realizou um estudo sobre o desempenho das ULS, entre 2011 e 2013, visando avaliar a qualidade dos serviços, a eficiência, o desempenho financeiro e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde verificando-se que nas ULS, relativamente às entidades não-ULS:

- O tempo médio de internamento até à alta (em dias) foi superior;
- O número de cirurgias em ambulatório em percentagem do total de cirurgias foi mais baixo;
- Não existiram ganhos ao nível da coordenação entre Cuidados de Saúde Primários e Hospital, com redução de hospitalizações desnecessárias. A única ULS a revelar melhores resultados nesta área foi a do Baixo Alentejo;



- Os tempos de resposta face ao tempo máximo de resposta garantida previsto na legislação, para agendamento e realização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), consultas de especialidade, cirurgias programadas, não foi cumprido;
- A métrica segurança do doente apresenta resultados pouco satisfatórios;
- A excelência clínica e de instalações não se destaca;
- As queixas e reclamações dos doentes são equivalentes à dos hospitais.
- Apresentam um menor rácio de profissionais de saúde nos hospitais de ULS.

#### ***Como maximizar vantagens e oportunidades e reduzir desvantagens e riscos no modelo ULS “1.0”?***

- Criar plataformas de informação de dados clínicos que acompanham o utente ao longo do ciclo/percurso de cuidados, que permitam monitorizar resultados, ganhos em saúde, e custos ao longo de toda a cadeia. Apostar no Processo clínico eletrónico único (PCEU)
- Promover com meios estruturais e processos organizacionais concretos a comunicação entre os profissionais CSP e CH, assim como a confiança mútua
- Ajustar o modelo de contratualização e financiamento tornando-os coerentes com a missão e propósitos essenciais das ULS.

#### ***Oportunidades de um modelo ULS 2.0:***

- Contratualização de atividades de prevenção e promoção da saúde
- O modelo ULS apresenta um modelo de organização facilitador de respostas à grande parte das componentes definidas para a agenda de valor (Porter e Lee, 2013), numa abordagem *Value-Based Health Care*. Nesta abordagem pretende-se controlar custos maximizando resultados, devendo as organizações basear-se em seis pontos fulcrais: (1) organizar os cuidados de saúde em torno de unidades integradas de prestação de cuidados de saúde para condições de saúde específicas; (2) definir as métricas de resultados em saúde (3) definir as métricas de Custo; (4) definir pacotes de serviços a prestar a cada doente em cada condição de saúde, assim como definir preços de cada pacote de serviços; (5) integrar os cuidados de saúde (6) criar plataformas de informação de dados clínicos que acompanham o utente ao longo do ciclo de cuidados, que permitam monitorizar resultados, ganhos em saúde, e custos.

Contributo de Isabel Gonçalves

#### ***A vantagem do modelo ULS deve tornar-se visível nos percursos das pessoas***

As ULS devem promover a articulação entre os diferentes tipos de cuidados de saúde. A vantagem potencial óbvia é, desde logo, a proximidade entre a administração da ULS, as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, de cuidados hospitalares e as unidades prestadoras dos restantes tipos de cuidados, no SNS. Esta proximidade deverá aumentar a eficiência das decisões com efeitos nos prestadores e nos utilizadores dos cuidados. Colocando o cidadão no centro do sistema, a vantagem do modelo ULS deve tornar-se visível na maior fluidez da circulação dos doentes pelos diversos tipos de cuidados, incluindo os cuidados continuados e os paliativos.

Das questões remanescentes merecem especial atenção a relação da ULS com o sistema de saúde nacional, já existente, e com os sistemas locais de saúde, ainda incipientes. Nesta última questão

haverá que cuidar da correspondência entre as áreas administrativas das ULS, ACES e as áreas administrativas oficiais (NUTS 2, NUTS 3).

Esta correspondência facilita a utilização de denominadores populacionais que sirvam o diagnóstico da situação de saúde e a avaliação do impacto populacional do trabalho da ULS, para além dos indicadores de resultados dos cuidados de saúde, aplicados a denominadores de utilizadores de cuidados de saúde. Resta, ainda, conhecer a relação entre os limites geográficos e populacionais das ULS e das entidades de descentralização e desenvolvimento regional (CCDR?).

Contributo de Carlos Dias

<b>EIXOS ESTRATÉGICOS   OPORTUNIDADES</b>	<b>OBJETIVOS A CUMPRIR</b>
<b>Articulação interpares</b>	Melhorar a relação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde
<b>Liderança e Gestão</b>	a) Promover um modelo de gestão participativa
	b) Melhorar a integração dos cuidados de saúde
	c) Garantir participação efetiva e real dos CSP nos processos de decisão
<b>Financiamento</b>	a) Assegurar uma adequada capitação, que não tenha em conta apenas a população residente na área geográfica definida, mas sim toda aquela que será servida pela ULS (nomeadamente a nível hospitalar), e que tenha em conta a respetiva carga de doença e outros fatores sociodemográficos
	b) Garantir que o orçamento dos CSP é adequado às suas necessidades e que é respeitado na sua execução, não podendo ser sacrificado em favor de necessidades externas
<b>Autonomia e Equidade dos CSP</b>	a.) Garantir um maior equilíbrio de forças entre Hospital e CSP no CA da ULS
	b.) Promover uma cultura organizacional com foco na integração de cuidados e na transdisciplinaridade
<b>Gestão de Recursos Humanos</b>	a) Definir a nível regulamentar (e contratual) o âmbito de atuação dos profissionais dos CSP
	b) Promover uma verdadeira autonomia e flexibilidade na contratação dos profissionais e na definição dos horários de trabalho
	c) Manter um regime de assiduidade flexível e ajustado às necessidades dos serviços
<b>Acesso a MCDT's</b>	a) Manter o regime convencionado vigente para realização de MCDT's solicitados pelos CSP, alargando-o aos colegas dos CS
	b) Possibilitar que os CSP possam solicitar a realização de MCDT's no Hospital, quando e se houver capacidade de resposta em tempo útil
<b>Referenciação hospitalar</b>	Regulamentar o processo de referenciação intra e extra-hospitalar

Contributo de Nuno Jacinto

## **Superar a desconexa quadruplicação de cuidados de saúde no domicílio**

As ULS configuram um ecossistema organizacional com potencial de desenvolvimento de respostas assistenciais modernas, tais como a denominada resposta domiciliária ou de proximidade diferenciada. Constitui um modelo organizativo que permite incluir no mesmo ambiente de governação em saúde e clínica a resposta domiciliária dos quatro eixos de cuidados do SNS:

- i) Rede de Cuidados de Saúde Primários – cuidados no domicílio pelas equipas USF/UCSP);
- ii) Rede Hospitalar – cuidados de hospitalização domiciliária;
- iii) Rede Nacional de Cuidados Continuados – por equipas desejavelmente multiprofissionais de cuidados continuados integrados, integradas nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- iv) Rede Nacional de Cuidados Paliativos – através das ECSCP - Equipas Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

A estas quatro respostas assistenciais mais comuns, acrescem em vários locais do país projetos de cuidados específicos para doentes crónicos complexos ou sobreutilizadores dos serviços de urgência.

O desafio do envelhecimento, do isolamento familiar e social, da multimorbilidade conduziu a mudanças adaptativas dentro do SNS, no sentido, de facilitar a gestão do percurso das pessoas junto das suas casas, comunidades e contextos. De facto, entre 2006 e 2018 foram criadas três respostas de proximidade diferenciadas distintas, no entanto, fragmentadas, fechadas sobre si próprias numa espécie de novelo de modelos de cuidados com fronteiras ambíguas e, em muitos casos, desligados entre si. A este cenário juridicamente pesado e organicamente confuso, acresce que cada uma das soluções tem profissionais não partilhados, coordenação, indicadores e modelos de contratualização separados, viaturas, espaços e materiais próprios e sistemas de informação distintos.

As ULS podem ser uma janela de oportunidade para desenhar um modelo de governação em saúde com coordenação comum e centralizada, associada a um modelo de governação clínica diferenciado, flexível e adaptado. Os quatro níveis de cuidados (cuidados de saúde primários, hospitalares, cuidados continuados integrados e cuidados paliativos), têm de definir entre si o circuito da pessoa com necessidades de saúde que não são passíveis de ter resposta em cuidados primários, e que, simultaneamente, não necessitam de uma hospitalização.

O exemplo da ULS Matosinhos em que uma equipa coordenadora integra os vários projetos, entre a equipa intra-hospitalar e as equipas comunitárias permite atualmente cuidar diariamente de mais de 200 pessoas em cuidados de proximidade diferenciados. Este exemplo deveria ser discutido quanto ao seu potencial de replicação, após mais de uma década de experiência e resultados avaliados. O modelo define uma equipa multidisciplinar disponível dentro do hospital e em cada centro de saúde, em permanente articulação facilitada por acesso a telefone de serviço a todos os profissionais da instituição, com reuniões semanais de discussão de planos individuais de cuidados, com mais de 18 viaturas ao dispor, e com definição de critérios de entrada e alta e de referenciação.

Quando se definem modelos de futuro, perder a oportunidade de transformar o modelo de cuidados domiciliários e de proximidade seria uma perda inestimável. A definição dos cuidados de saúde primários como o ecossistema organizativo dos cuidados, a construção de uma taxonomia e sistemas de informação comum para toda a resposta assistencial de proximidade, o desenvolvimento de um circuito do doente coerente e eficaz, são oportunidades que as ULS podem permitir alcançar.

Contributo de Pedro Maciel Barbosa

### III - Critérios de sucesso

#### **Breve enquadramento**

A reorganização do SNS em ULS requer monitorização continuada através de um “*tableau de bord*” com uma componente comum a todas as ULS e uma componente específica relacionada com o contexto e circunstâncias particulares de cada uma. Exige-se ainda avaliação regular dos progressos conseguidos, a partir da **situação de partida**. Isto é, dos ganhos em saúde conseguidos, objetivados por indicadores, quer dos impactos humanos experienciados pelos utentes e pelos profissionais.

#### Pergunta 3

#### **Como medir e aferir os progressos e o sucesso de uma ULS na ótica da sua missão e propósitos?**

##### **Medir e aferir progressos e sucesso**

- Agrupar as ULS de acordo com as suas características: dimensão (área geográfica, densidade populacional, número de utentes, UF existentes, serviços integrados, recursos)
- Transparência dos resultados e ganhos em saúde
- *Benchmarking por* subgrupos comparáveis
- Rácios de profissionais ajustados às necessidades
- Transparência dos critérios para atribuição dos valores por capitação

Contributo de Isabel Gonçalves

##### **Incluir lentes que permitam identificar desigualdades e iniquidades**

A medição dos progressos e do sucesso de uma ULS (e de caminho, também do conjunto nacional de ULS) deve ter uma abordagem epidemiológica e com duas bases: a base populacional e a base institucional. Os denominadores populacionais deverão ser utilizados para o diagnóstico da situação de saúde da população e para a monitorização e a avaliação do impacto da atividade planeada e programada da ULS. Os denominadores institucionais, devem servir para monitorizar e apoiar a gestão dos serviços prestadores de cuidados, e para a monitorização dos resultados e serviços prestados, assim como para a avaliação dos efeitos (serviços), entre os utilizadores.

As experiências de financiamento e de gestão e avaliação já disponíveis no país, devem permitir aplicá-las ao conjunto das ULS em funcionamento no país. A repetição da extensão incompleta do modelo ULS ao território nacional, permitindo que em simultâneo uns territórios e populações estejam afetos ao modelo ULS, enquanto outros territórios e outras populações se mantêm afetos ao modelo de organização e de gestão já existente, ou a outro, não parece ter vantagens.

Muito provavelmente, essa opção pela coexistência de sistemas de organização diferentes não será bem entendida nem pelos profissionais, nem pelas populações, e não encontra, na minha opinião, vantagens se colocada ao nível da experimentação, dado que essa fase já foi realizada com algumas populações e serviços a funcionar no modelo ULS há vários anos.

A referida medição e a posterior avaliação, devem incluir lentes que permitam identificar desigualdades e iniquidades, de género, de idade (idadismo de idosos e de jovens), sociais (minorias, imigrantes, sem abrigo, institucionalizados, jovens), económicas (desempregados, jovens à procura de primeiro emprego, desempregados de longa duração).

## IV - Indicadores de desempenho e resultados

### **Breve enquadramento**

Os critérios de sucesso requerem escolhas criteriosas de indicadores e, por vezes, construção de novos indicadores para objetivar esse sucesso.

Na base deste processo haverá que ter em conta métricas de:

- acesso, utilização e equidade;
- integração e continuidade de cuidados;
- morbimortalidade populacional evitável e tratável;
- qualidade de vida relacionada com a saúde;
- ganhos de eficiência - dependem de escolhas criteriosas de cuidados com custo-efetividade comprovada, redução de internamentos e outros cuidados a jusante, devido a intervenções custo-efetivas e à redução de intervenções desnecessárias ou danosas, menor desperdício de recursos, incluindo tempo de gestos inúteis, etc. (ver recomendações “Choosing Wisely”).

Nota: existe evidência de serem especialmente valorizados pelos doentes e pela sociedade aspetos como: *acesso atempado; experiência pessoal com os cuidados* (“PREM”); *resultados percecionados* (“PROM”), por exemplo.

### Pergunta 4

**Que princípios e “regras de ouro” devem orientar a escolha dos indicadores para aferir com transparência o sucesso do desempenho de uma ULS?**

#### **“Regras de ouro”**

- Foco nos utentes
- Reforço dos cuidados de saúde primários e da promoção da saúde
- Investir na capacidade resolutive dos cuidados de saúde primários: organização, processos, procedimentos e instrumentos (*testes point of care*)
- Proximidade assistencial
- Integração de cuidados
- Trabalho em rede com a comunidade (mapeamento de respostas sociais existentes)

#### **Métricas que permitam avaliar:**

- Acesso percecionado e medido na perspetiva do prestador e do utilizador
- Métricas de morbimortalidade populacional evitável e tratável,
- Medidas de qualidade de vida relacionada com a saúde
- Qualidade das prescrições
- Redução de internamentos evitáveis
- Redução de readmissões em 30 dias
- Internalização de MCDT – partilha de informação pelo processo clínico eletrónico único, evitando duplicação de exames, perdas de tempo e desperdício de recursos e custos (para o SNS e para os doentes)

- Medidas de atividades preventivas e de promoção da saúde comprovadamente custo-efetivas
- Atividades específicas de prevenção da doença comprovadamente custo-efetivas
- Atividades de diagnóstico precoce
- Atividades de prevenção de complicações – agudizações / exacerbações de doenças respiratórias crônicas; descompensação de insuficiência cardíaca; descompensação aguda e complicações tardias da *diabetes mellitus*, entre muitas outras
- PREM (*patient reported experience measures*) - experiência pessoal
- PROM (*patient reported outcomes measures*) - resultados percebidos

Contributo de Isabel Gonçalves

### **Pensar e medir a saúde da população total abrangida por cada ULS**

Os indicadores nas áreas acima definidas, serão principalmente calculados sobre os denominadores de utilizadores activos dos cuidados de saúde públicos, procurando informação que sirva a eficiência óptima da gestão da ULS.

No entanto, para promover um sistema de prestação de cuidados acessível a todos os residentes e presentes na área territorial da ULS, será igualmente importante poder dispor de informação sobre outros grupos da população: os que não utilizam os serviços de saúde públicos; os que utilizam serviços de saúde privados; e os que não utilizam nenhuns serviços de saúde.

Na procura da cobertura completa da população residente e da população presente, é importante que a informação clínica de cada cidadão seja acessível a todos os serviços prestadores de cuidados primários, hospitalares, terciários (continuados e paliativos), sejam públicos, privados ou sociais.

Este acesso decorre igualmente da necessidade de promover o acesso à informação clínica de cada cidadão residente e presente numa determinada região.

No entanto, para se alinhar com a verdadeira visão e missão do sistema de saúde consagrado na constituição, as ULS deverão adicionar à população de utilizadores dos serviços de saúde (qualquer que seja o sector de atividade), a subpopulação de não utilizadores dos serviços de saúde (qualquer que seja o sector de actividade). A soma dessa população de não utilizadores de qualquer serviço de saúde permite que o diagnóstico de situação de saúde da população total se aproxime da população presente na área territorial à qual a ULS atende e inclui os utentes não activos, e o subgrupo dos não residentes e não inscritos nos serviços públicos e os utilizadores dos serviços não públicos. Para este denominador populacional, a informação gerada durante outros contactos das pessoas presentes numa determinada área geográfica como, por exemplo, os contactos com registos oficiais geridos pelo Instituto dos Registos e Notariado.

Assim, a ULS deverá procurar incluir no seu painel de monitorização e avaliação, indicadores de base populacional que incluam todos os residentes assim como os não residentes na área territorial da ULS. A ligação de vários registos permitirá este objetivo, como acontece, por exemplo, com as atividades censitárias decenais e, provavelmente, com as atividades fiscalizadoras económicas e atividades da segurança social.

Contributo de Carlos Dias

### **Breve enquadramento**

Colocar sob uma administração comum organizações diversas, com estruturas e culturas organizacionais distintas, sem mudar modos de ver, de agir e culturas organizacionais anteriores, dificilmente levará a mudanças relevantes. Será necessário um novo modelo de governação e desenvolver competências específicas de governação, gestão e liderança em saúde. É de salientar que a missão da Direção Executiva do SNS, IP (DE-SNS) inclui “o alinhamento da governação clínica e de saúde” no todo organizacional unificado das ULS.

### Pergunta 5

**Como desenvolver competências gerais e específicas e boas práticas de governação e liderança clínica capazes de criar uma cultura organizacional de missão e propósito em cada ULS?**

**A Governação Clínica e em Saúde deve, numa abordagem global, assentar em três pilares:**

1. **Pessoas e população:** o enfoque na pessoa e seu bem-estar (pessoas, famílias, comunidade; grupos com necessidades especiais). Reconhece também a importância da valorização dos profissionais e o seu desenvolvimento profissional. São necessárias estratégias de capacitação, de motivação e de envolvimento. Instrumentos: Avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais.
2. **Propósito:** o envolvimento de todos, a todos os níveis, de forma efetiva, eficiente com equidade, para o mesmo fim - os resultados/ganhos em saúde. Envolvimento dos profissionais na gestão clínica (ser conhecedor dos impactos conseguidos, da despesa, dos indicadores, por exemplo). Envolvimento dos utentes no processo de cuidados. Instrumentos: Avaliação de resultados e de ganhos em saúde.
3. **Processos:** orientação para resultados/ ganhos em saúde. Instituir e desenvolver uma cultura de avaliação (desempenho individual/ equipas e de UF) e de melhoria contínua.

O desenvolvimento de boas práticas de governação e liderança clínica e em saúde capazes de criar ou desenvolver a cultura organizacional no sentido do propósito e missão da ULS, apenas será possível com direções clínicas e de saúde / conselhos clínicos e de saúde CCS, com tempo dedicado.

Estes órgãos, sendo robustos e dispo de necessárias competências, em desenvolvimento a atualização contínuos, permitem otimizar a atividade das equipas multiprofissionais e os diversos tipos de unidades e centros assistenciais no que respeita aos cuidados prestados aos doentes e, de um modo geral, às pessoas, famílias e comunidade, mediante:

- avaliação da efetividade dos cuidados de saúde prestados, usando a contratualização como ferramenta de compromisso e de governação em saúde;

- fornecimento de orientações técnicas e protocolos que orientem e facilitem o cumprimento dos programas nacionais; orientações clínicas relativas à qualidade da prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- definição de estratégias que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- proposta de auditorias externas que visem a garantia do cumprimento das orientações e protocolos;
- promoção do desenvolvimento profissional contínuo, que deve passar a ser o fulcro central para o desenvolvimento de carreiras profissionais dinâmicas e estimulantes e da avaliação regular da satisfação dos profissionais, com ações consequentes.

Contributo de Isabel Gonçalves

### **Governança, liderança e cultura organizacional**

Dentro das características organizacionais necessárias quer à captação e fixação de profissionais, quer à maior eficiência dos serviços, quer ao aumento da qualidade dos cuidados, é importante que a governação e liderança tenham presente a cultura da organização não como algo abstrato, mas como um fator e uma necessidade que contribui decisivamente para a prestação da organização. Como aspetos a incluir destacam-se:

1. A preocupação explícita com o equilíbrio entre a vida profissional e a pessoal e a vida familiar, demonstrada no dia a dia da vida profissional de cada trabalhador, através de mecanismos e instrumentos do conhecimento de todos, trabalhadores e gestores.
2. A preocupação explícita e transparente com as questões de género, prevenindo e corrigindo situações de discriminação no local de trabalho, no acesso a formação, cargos de chefia, entre outros.
3. A publicitação do plano anual de combate e prevenção dos riscos de corrupção e infrações conexas.
4. O maior conhecimento e comunicação entre as diversas unidades durante os processos de prestação de cuidados. Por exemplo newsletter institucional.
5. A maior partilha de conhecimentos científicos e de práticas existentes nas diferentes unidades da ULS, que sendo partilhadas em ambiente técnico e científico, possam resultar em momentos de reflexão e apropriação de soluções para questões de organização, gestão e prática profissional. Por exemplo conferência anual com vários momentos que permitam a participação de todos os profissionais.
6. A participação em mecanismos e momentos que permitam a interação e partilha entre as várias ULS que operam no país.

Contributo de Carlos Dias



## Pergunta 6

***Como “desenhar” e assegurar uma governação integrada em saúde (clínica, populacional e organizacional), centrada nas pessoas e orientada para obter resultados em saúde?***

### **Princípios e requisitos para uma governação integrada em saúde**

Considera-se que uma governação integrada em saúde, inspirada no modelo da “governance for health” (“whole of government and whole of society”), para que “funcione”, terá que ter como seu principal instrumento o planeamento estratégico em saúde, de base populacional, e seus produtos (os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde), que, obedecendo a um modelo lógico, permite “ligar” tudo e não perpetuar abordagens desintegradas da saúde, do sistema de saúde e da prestação de cuidados<sup>7</sup>; a necessidades destas abordagens integradas constitui uma das recomendações do PNS 2030.

Outro instrumento fundamental de uma governação integrada em saúde é o sistema de informação de saúde<sup>8</sup>, cujo modelo terá que ser substancialmente diferente do atualmente existente, ou seja, um modelo que permita uma “leitura” lógica e integrada do desempenho do sistema de saúde e da prestação de cuidados, inserida na abordagem global do desempenho da sociedade e seus atores na obtenção de melhor saúde e bem-estar, e que se procura sintetizar nas figuras abaixo (Figuras 3 e 4). Nestas figuras falta introduzir os aspetos específicos relacionados com um sistema de saúde/uma prestação de cuidados de saúde sustentáveis, referidos na resposta à pergunta 1. Nos “inputs and processes” dá-se, apenas, exemplos do sistema de saúde, mas teriam que ser incluídos os “inputs” dos diferentes sectores (nomeadamente, o social, o económico e o ambiental) e das pessoas. A necessidade premente de mudança e de investimento num novo modelo de SIS constitui uma das recomendações do PNS 2030.

Contributo de Fátima Quitéria

---

<sup>7</sup> Conforme o descrito com maior detalhe na secção 2 do documento “Governação clínica e de saúde nos CSP: algumas perguntas e respostas” (acessível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Paginas/default.aspx>) - apesar de se referir especificamente aos CSP, facilmente será extrapolável para o contexto de uma ULS.

<sup>8</sup> Conforme o modelo que foi proposto em 2017, num trabalho da então Comissão da Reforma Nacional da Saúde Pública, com a colaboração do Grupo Técnico Nacional para a Governação Clínica e de Saúde, (acessível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Modelo%20Sistema%20Informa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Comunica%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20SICS.pdf>).

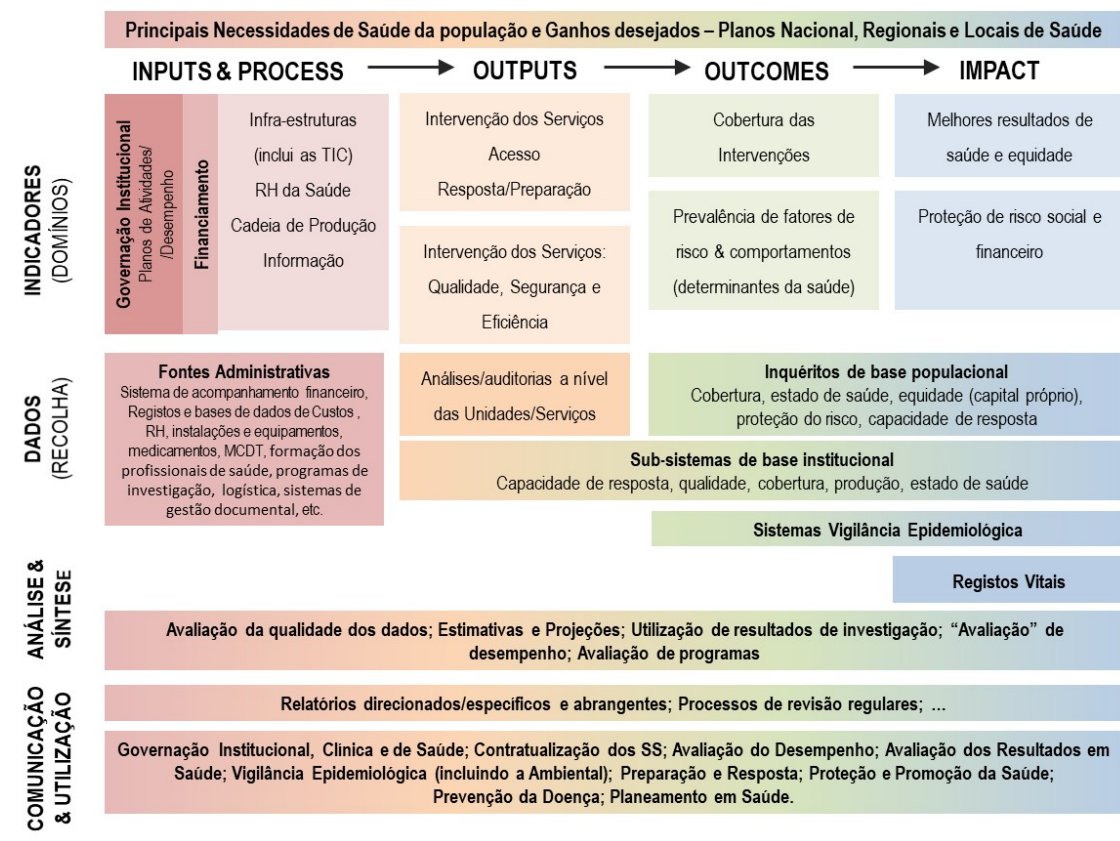


Figura 3 – Modelo de um SIS (Sistema de Informação de Saúde), baseado no modelo lógico da cadeia de resultados em saúde (WHO)

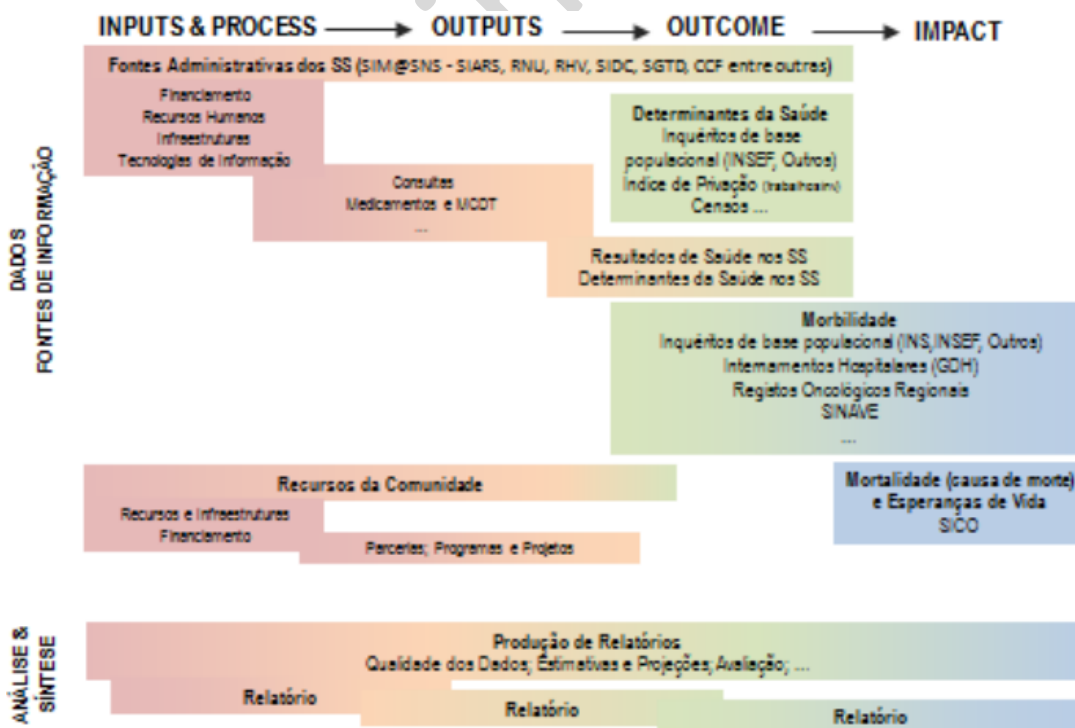


Figura 4 – Dados e fontes de informação do SIS

## **Formação de dirigentes sobre governação em saúde – clínica e populacional**

Sugere-se a implementação de um programa nacional para a qualificação e formação específica dos profissionais com responsabilidades nos vários níveis da ULS, com funções de coordenação/direção técnica-clínica institucional, de serviços, de centros, de unidades, de equipas multiprofissionais – com o envolvimento de instituições académicas que desenvolvam investigação específica e estejam dispostas a envolver-se num processo de cocriação de conhecimento nestes domínios.

Contributo de Victor Ramos

## **Informação para a governação integrada em saúde**

A governação integrada parece ter já bons exemplos a nível dos ACES permitindo que as unidades de prestação individual (UCSP, USF, UCSC) e as unidades de prestação populacional (Unidade de Saúde Pública) possam interagir e contribuir durante o ciclo de planeamento, prestação e avaliação.

Importará reforçar e consolidar a interação a este nível (ACES e ULS) e acrescentar a estes níveis o nível nacional com instrumentos para o diagnóstico da situação de saúde nacional e para o planeamento a nível nacional. O atual plano nacional de saúde integra já este espírito e prevê instrumentos participativos e instrumentos epidemiológicos que permitem obter conhecimento epidemiológico sobre a saúde da população (Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico – INSEF).

Ao estender o modelo ULS a todo o Continente (desejavelmente também às Regiões Autónomas), o segundo INSEF (o primeiro realizou-se em 2015) poderá colaborar com as ULS em todo o processo:

- a) No planeamento da informação a recolher; b) na implementação logística da recolha de dados;
- c) na utilização dos dados para análise integrada que permita ter a granularidade dos indicadores ao nível das ULS e dos ACES; d) na promoção da utilização dos dados obtidos em processos de investigação que responda a agendas de investigação a nível Nacional e a nível infranacional; e) na promoção do processo de colaboração entre as estruturas do sector da saúde e as estruturas do sector da investigação e ensino superior, como os Centros Académicos Clínicos.

O exemplo e a prova de conceito já feita e publicada pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge com o INSEF 2015, podem servir de base a este eixo do Observatório Nacional de Saúde previsto na Lei Orgânica do INSA e na proposta de Reforma da Saúde Pública.

Importa, igualmente, recuperar a articulação ao nível local e infranacional, entre os serviços do Ministério da Saúde e os serviços ligados a outros Ministérios, numa perspetiva de saúde em todas as políticas (neste caso, todas as políticas na saúde). A articulação e partilha de informação entre as unidades de saúde e as unidades e serviços dos Ministérios do Trabalho e da Segurança Social, da Educação, das Finanças, entre outros, permitirão completar o quadro epidemiológico da população em questão, agilizar intervenções necessárias, ao nível individual e populacional, e avaliação do impacto das diferentes políticas numa perspetiva de diminuição das desigualdades e iniquidades.

Contributo de Carlos Dias

## VI - Gestão estratégica de recursos humanos, com envolvimento dos profissionais

### **Breve enquadramento**

A grande redução na formação médica pré-graduada nos anos 80 e 90 (com efeitos três a quatro décadas depois), bem como causas adicionais ocorridas nos últimos vinte anos, levaram à situação crítica atual. De entre as causas adicionais destacam-se:

- ⇒ Estímulo objetivo às aposentações antecipadas, no início deste século;
- ⇒ Degradação das condições de trabalho e das retribuições no SNS;
- ⇒ Bloqueio do desenvolvimento das carreiras profissionais;
- ⇒ Emigração continuada de médicos e enfermeiros em busca de melhores condições de trabalho e de melhores recompensas oferecidas noutros países;
- ⇒ Saída do SNS de profissionais muito qualificados e experientes e fraca atração de jovens;
- ⇒ Incompreensão de que um sistema inteligente e compreensivo de carreiras profissionais no SNS, com retribuições justas, será um poderoso instrumento de desenvolvimento profissional contínuo, com atração dos melhores profissionais para o serviço público.

Tem sido avançada como potencialidade das ULS o facto de terem mais autonomia para a gestão adequada de recursos humanos.

### Pergunta 7

***Quais as dimensões prioritárias a ter em conta e que medidas estratégicas devem ser adotadas para motivar, reter e atrair profissionais nas ULS?***

### **Necessidade de abordagens multidimensionais e intersectoriais**

As dimensões estratégicas terão que estar integradas com medidas noutros sectores, como a educação e o trabalho, que permitam aos médicos e outros profissionais de saúde, perspetivar a relocação para áreas do país com a sua família, ou em que perspetivem a construção de vida pessoal e familiar com qualidade e possibilidade de acesso a serviços e bens relevantes. Assim, além da revalorização remuneratória e de apoio à instalação em áreas mais remotas, as medidas deverão apoiar igualmente a relocação e continuidade profissional e educativa da família, o acesso a formação profissional contínua e em serviço.

Dentro das características organizacionais necessárias quer à captação e fixação de profissionais, quer à maior eficiência dos serviços, quer ao aumento da qualidade dos cuidados, é importante que a cultura organizacional desenvolva diversos eixos:

1. O maior conhecimento e comunicação entre as diversas unidades durante os processos de prestação de cuidados. Por exemplo *newsletter* institucional.
2. A maior partilha de conhecimentos científicos e de práticas existentes nas diferentes unidades da ULS, que sendo partilhadas em ambiente técnico e científico, possam resultar em momentos de reflexão e apropriação de soluções para questões de organização, gestão

e prática profissional. Por exemplo conferência anual com vários momentos que permitam a participação de todos os profissionais.

3. Facilitação de períodos de formação, custeada pela ULS e sem prejuízo dos tempos de férias. Por exemplo: a) estágios de curta e média duração noutros serviços da mesma ULS, ou de outra ULS com finalidade eminentemente prática e de treino; b) Formação em ambiente académico, para aumento das capacidades técnicas e científicas com aplicação na prática profissional; c) formação avançadas em instituições nacionais ou internacionais que permitam saltos científicos e técnicos nos cuidados prestados pela ULS.
4. Assegurar que essas atividades terão repercussão curricular e ligação a processos de inovação e aumento da qualidade dos cuidados prestados.
5. Implementar instrumentos e momentos que permitam a interação e partilha entre as várias ULS do país.

Contributo de Carlos Dias

### Importância da autonomia de gestão

Numa ULS é crucial a autonomia para a gestão mais adequada de recursos humanos.

Contratar e alocar os profissionais em rácios adequados e necessários para além de médicos e enfermeiros, como sejam administrativos, assistentes operacionais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas, podologistas, optometristas, assistentes sociais. Só assim poderemos falar de cuidados integrais.

Valorizar as competências dos especialistas na enfermagem, promover o *skill mix*.

No que respeita a medidas genéricas:

- ⇒ Estímulo à manutenção da atividade após a aposentação. Processo deverá ser mais célere (atualmente demora 2 a 3 meses);
- ⇒ Aposta na generalização da USF Modelo B;
- ⇒ Aposta nos CRI;
- ⇒ Valorizar as carreiras profissionais;
- ⇒ Promover o desenvolvimento profissional;
- ⇒ Facilidade no processo de contratação de profissionais
- ⇒ Bolsa de recrutamento para atestados de longa duração e ausências não programadas

Contributo de Isabel Gonçalves

### Cuidar da qualidade do ambiente de trabalho e de vida dos profissionais

- Atrair os profissionais de saúde com condições de trabalho e **perspetivas de futuro** que se coadunem com as correntes expectativas pessoais e profissionais.
- Capacitar os profissionais ao desempenho da sua profissão em instalações modernas, adaptadas, com equipamento adequado, com os recursos necessários ao desempenho da sua profissão de forma que se **orgulhem de pertencer aos serviços públicos de saúde**.
- Evoluir os registos clínicos com componentes de história relacional e clínica, integrando as variadas profissões, histórico dos contactos nos mais diversos âmbitos (administrativo,

hospitalar, SNS 24, INEM, enfermagem, optometria, saúde pública, resultados MCDT, medicina privada, etc.) tornando o paciente no centro da informação e permitindo a real continuidade dos cuidados. A real **continuidade dos cuidados prestados** tem de assentar na organização e não nos profissionais individualmente.

- Oferecer **condições individuais de trabalho**, nos serviços públicos, adaptadas a um mundo móvel, em permanente mutação e inovação, e melhores que os dos serviços privados.
- Permitir às diversas profissões de saúde a sua cabal prestação de cuidados no seu âmbito específico. O acréscimo dos ratios e das competências de diversos profissionais, traduz-se em valia em cuidados de saúde primários, permite o acréscimo na **qualidade e quantidade dos cuidados prestados**. Entre essas profissões encontram-se optometristas, audiometristas, psicólogos, fisioterapeutas, fisioterapeutas ocupacionais, higienistas orais, médicos de medicina dentária, farmacêuticos, dietistas, professores de atividade física, médicos de diversas especialidades como a oftalmologia, otorrinolaringologistas, pediatria de desenvolvimento, estomatologistas, fisiatras, saúde pública. Estas profissões, entre outras, devem **trabalhar em rede** com múltiplos pontos de entrada e não obrigatoriamente no mesmo local físico.
- Recentrar os cuidados primários de saúde em cuidados de **literacia, promoção, prevenção**, baseados em equipas multidisciplinares.
- Reequacionar modelos inovadores que permitam o **direito ao acesso a cuidados de saúde de acordo com a equidade**, necessidade, competências, capacidades instaladas, e de acordo com a literacia da população. Só desta forma é que os serviços colocados ao dispor das populações não são esgotados em respostas sem mais-valia em saúde.
- Remover da prática assistencial nos serviços públicos procedimentos ligados a **aspetos não clínicos** (atestados, certificados, baixas, comprovativos, entre outros). Muitos estes aspetos são resquícios de uma filosofia do século passado que podem e devem ser ultrapassadas através da informática. Da prática assistencial do médico de família deve ser retirado, finalmente, o papel de constrangimento de entrada no SNS, o ónus de fazer tudo aquilo que os outros não querem fazer, e o dever de certificar tudo aquilo que as pessoas podem ou não podem fazer.

Contributo de Luísa Carvalho

## Pergunta 8

***Como assegurar motivação, participação e envolvimento dos profissionais na gestão clínica e de saúde nos vários níveis (instituição / departamentos / CRI / serviços / equipas), nas ULS?***

### **Liderança conjunta de projetos**

Uma das formas de envolver e motivar os profissionais pode ser a de liderarem projetos conjuntos entre CSP, hospitais e outros, nas ULS. Isto é, serem os serviços envolvidos a construírem as "fichas de projeto". Estes projetos devem depois ter acesso a um investimento/pagamento diferenciado aproveitando ou partindo, por exemplo, dos modelos já existentes (Carteira adicional nos CSP e CRI no hospital).

Contributo de Eunice Carrapiço

## VII - Promover a saúde – Reduzir cargas de doença e de incapacidade – Reduzir gastos evitáveis e cuidados desnecessários

### **Breve enquadramento**

Uma das vantagens *major* das unidades locais de saúde é a sua orientação populacional - dimensão LOCAL com população > 10<sup>5</sup>, que permite abordagem e monitorização epidemiológica, bem como promover **saúde e bem-estar** na população. Esta abordagem difere da “produtividade” centrada na contagem de atos, independentemente da sua adequação, necessidade (ou desnecessidade), efetividade e segurança. A promoção da saúde e a prevenção: primária, secundária, terciária e quaternária - requerem estratégias e ações intersectoriais locais, onde os municípios e as organizações da comunidade têm uma ação preponderante, inspirados e alinhados com as macro estratégias e recomendações do PNS 2030.

### Pergunta 9

***Como maximizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades evitáveis na população abrangida por cada ULS?***

### **Plano Local de Saúde e Unidade de Saúde Pública – motores deste processo**

Uma das dimensões de que se fala muito e se tem feito pouco é área da promoção da saúde. As ULS poderão ser uma oportunidade para organizar e desenvolver uma das componentes que esta área deverá ter, relacionada com melhor acesso aos serviços, vigilância de saúde e prevenção de doenças.

No que se relaciona às dimensões de ter mais saúde, mais bem-estar, mais felicidade, a questão da intersectorialidade é fundamental porque os sectores sociais, económico, educação, habitação, ambiente, entre outros, têm um grande impacto na saúde. O conceito da *Saúde em Todas as Políticas* aplica-se desde o nível nacional até ao nível local.

O Plano Local de Saúde e a Unidade de Saúde Pública são os motores deste processo. Há experiências interessantes em ULS no Alentejo que têm uma aproximação em aspetos organizativos e de atividades relativas a este processo. São passos fundamentais a dar no sentido da governança em saúde local:

- a) Criar uma estrutura de coordenação, representada pelos líderes dos setores principais da comunidade, incluindo a saúde, com o objetivo de criar e implementar uma estratégia de promoção da saúde;
- b) Criar um sistema de diagnóstico contínuo iterativo, por ciclos curtos, da situação de saúde e bem-estar, envolvendo todos os parceiros, incluindo as diferentes dimensões sectoriais;
- c) Definir as prioridades de intervenção e nas quais existe capacidade de mudança
  - As recomendações internacionais apontam como prioridade máxima diminuir desigualdades (“Close the gap”). Ou seja, os mais pobres, os desalojados, os iletrados, os desempregados, os mais idosos, etc., porque são os que têm pior saúde e qualidade de vida.
  - Cada setor deve dedicar-se em especial à sua parte. Os serviços de saúde, por sua vez, acompanham, monitorizam através de indicadores de processo e de resultado que deverão

conter também as ações dos diferentes setores. Por sua vez a eles cabe assegurar melhor acesso, e avaliar as diferentes intervenções.

- A dimensão relacionada com os comportamentos e estilos de vida saudáveis é fundamental, na promoção de saúde, mas não exclusiva dos serviços de saúde. Esta área pode contribuir com 40-50% de impacto na saúde: quer a nível nacional com políticas de incentivo a melhoria da educação e cultura, quer a nível local com a criação de condições facilitadoras de estilos de vida saudáveis, investindo também fortemente na educação para a saúde.
- Como conclusão: a) trabalhar de uma forma Integrada os diferentes determinantes da saúde; dar especial importância às desigualdades em saúde; avaliar, medir, acompanhar, melhorar e capacitar as pessoas para serem os "donos" da sua saúde, no sentido de tomarem as opções certas para melhoria do seu bem-estar

Contributo de Celeste Gonçalves

### **Papel dos órgãos de governação clínica e da Saúde**

As ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças devem ser promovidas e coordenadas pelo dispositivo de governação clínica e da Saúde do departamento de CSP da ULS, que envolverá sempre a Unidade de Saúde Pública neste processo. Devem ter um financiamento próprio, protegido, que aparece como rubrica do orçamento global da ULS e cujo valor não poderá ser movimentado para outra rubrica caso não seja utilizado no curto prazo imediato.

Contributo de Eunice Carrapiço

### **Envolvimento dos vários tipos de unidades multiprofissionais**

Essa maximização deverá incluir além das unidades prestadoras de cuidados aos indivíduos e famílias, as unidades prestadoras de cuidados de âmbito populacional. As normas nacionais e as orientações clínicas nacionais devem merecer não apenas a atenção dos profissionais e das direções clínicas para que sejam conhecidas e implementadas ao nível local, mas também para que sejam debatidas e alvo de análise crítica quanto à exequibilidade da sua implementação, com vista a adaptações locais eventualmente necessárias. As USP, designadamente, devem articular com o PNS e com os programas nacionais prioritários, para a sua implementação local. Esta relação mais próxima, devem merecer ao nível nacional de atenção quanto à sua vertente eminentemente clínica e tecnológica, que alguns programas revelam, focados principalmente no plano da prevenção secundária (diagnóstico e controlo clínico) e não tanto no desenho e implementação de intervenções de prevenção primária em que a promoção da saúde merece maior desenvolvimento.

Também os prestadores de saúde e de serviços sociais que estão instalados no território da ULS, assim como as partes interessadas nos restantes sectores (educação, sector produtivo, etc.), terão que ser chamados mais intensamente a participar nos processos de cocriação de planos locais de saúde, em especial naqueles determinantes que contribuem para a equidade e para a prevenção da doença e para a promoção da saúde e do bem-estar.

Contributo de Carlos Dias

### **Métodos e instrumentos complementares**

- Plano de atividade da ULS definido de acordo com o Plano Local de Saúde com uma abordagem integrada e integral, em rede com a comunidade e município.



- Definição de planos assistenciais integrados para os problemas mais prevalentes, que englobem a intervenção primária, secundária e terciária.
- Definição de métricas que permitam uma monitorização de resultados desde a prevenção, tratamento e reabilitação ou manutenção (paliativos).
- Integração informática dos CSP - unidades de saúde pública (USP), unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados na comunidade (UCC) - com as equipas especializadas multiprofissionais de cuidados hospitalares, com as equipas e unidades diversas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e com as equipas de cuidados paliativos (equipas intra-hospitalares e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) de forma a permitir, facilitar e promover a integração de cuidados centrada em cada pessoa.
- Sistemas informáticos interoperáveis e integrados que permitam definir o plano individual de cuidados, partilhado por todos os profissionais envolvidos (quem faz o quê e onde).

Contributo de Isabel Gonçalves

### “Cada contacto conta”

Os serviços de saúde da ULS e seus profissionais como agentes promotores da saúde e prevenção da doença e incapacidade individual/grupos de pessoas (“cada contacto conta”<sup>9</sup>), com especial atenção aos grupos mais vulneráveis: a promoção da saúde não é, apenas, responsabilidade dos serviços de saúde pública ou dos CSP, mas deve ser transversal a todos os tipos de cuidados presentes numa ULS, transformando cada contacto numa oportunidade de promover saúde.

O serviço de saúde pública da ULS, coordenador da estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença da ULS, de base populacional (operacionalizada por diferentes programas/projetos/ações não enquadradas num programa ou projeto), prioriza as bolsas da população identificadas como social/economicamente mais vulneráveis: a estratégia de promoção da saúde e prevenção da doença da ULS deve estar alinhada, não só com as orientações estratégicas e recomendações do PNS 2030, como também com as necessidades de saúde locais identificadas no Plano Local de Saúde (PLS), em conjunto com os diferentes *stakeholders*, tomando em consideração as iniquidades em saúde; a/as autarquia/as da área de influência da ULS terá/terão um papel fundamental na liderança/congregação dos esforços/ações dos diferentes *stakeholders* locais, no âmbito da implementação do PLS, em articulação com a implementação do PNS 2030, devendo o seu plano ou estratégia municipal de saúde<sup>10</sup> refletir isso mesmo.

A promoção da literacia em saúde, tanto no que diz respeito à “navegação” das pessoas no sistema de saúde, como à promoção da saúde e prevenção da doença e incapacidade, quer também à capacitação dos próprios profissionais de saúde, é um instrumento fundamental, que deverá estar subjacente a todas as ações referidas nos pontos anteriores.

<sup>9</sup> <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/making-every-contact-count/>

<sup>10</sup> Deverá ser melhor clarificada a natureza e conteúdo dos planos ou estratégias municipais de saúde, cujo foco não deverá ser o diagnóstico da situação de saúde, responsabilidade do serviço de saúde pública da ULS (que deve ter os recursos e acesso à informação adequados), num processo cocriativo com todas as partes interessadas (incluindo as autarquias), mas sim a operacionalização das estratégias e recomendações emanadas do PLS e decorrentes das necessidades locais de saúde identificadas, enquadradas pelas estratégias e recomendações do PNS 2030.

## VIII - Integração e continuidade de cuidados

### **Breve enquadramento**

Um problema comum a vários sistemas de saúde, incluindo Portugal, é o da segmentação e fragmentação dos diferentes tipos de cuidados, até numa mesma organização de saúde. Paralelamente, a transição demográfica e epidemiológica, com aumento da esperança de vida e da multimorbilidade crónica e incapacidades, criaram necessidades às quais o modelo dominante de cuidados não responde adequadamente.

Entre críticos e apoiantes da generalização do “modelo” USF destacam-se:

- a) os que acusam as ULS existentes de manterem os problemas de desintegração, fragmentação e descontinuidade de cuidados, idênticos e até piores que na parte “não-ULS” do SNS, com satelização dos cuidados primários relativamente a um “hospitalocentrismo” que distorce prioridades, atrofia a linha da frente do SNS e compromete a eficiência de toda a organização;
- b) os que visionam potencialidades e possibilidades nas futuras ULS para rápidos avanços na integração e continuidade de cuidados, ainda que requerendo investimento e mudanças de cultura organizacional, governação e liderança a vários níveis.

### Pergunta 10

***Como garantir a integração e continuidade de cuidados aproveitando as potenciais vantagens que a constituição de ULS pode proporcionar?***

#### **As ULS enquanto sistema integrado, transparente e humanizado**

Acredito que as ULS têm obrigatoriamente de ser um sistema integrado, transparente e humanizado assente em 3 pilares:

1. Um único sistema de informação;
2. Investigação e inovação;
3. Urgências referenciadas.

#### **1. Um único sistema de informação**

Um sistema único de informação que permita a integração clínica, a integração financeira e a integração a nível administrativo, por exemplo, com criação de algoritmos para otimização de agendamentos, é uma peça determinante para o bom funcionamento de uma verdadeira ULS. Com este sistema integrado poderemos evoluir para a existência de “gestores dos doentes”, com coordenação multidisciplinar, envolvendo os vários níveis de cuidados, numa lógica em que se trata dos doentes e não das doenças, de forma a que o sistema deixe de ser tão hospitalocêntrico.

O funcionamento em rede, que a criação da ULS vem oficializar, é indutor, por si só, desta integração, importando, contudo, incentivá-la e trabalhá-la, desde logo, com elaboração de protocolos clínicos e constante monitorização e avaliação. (Já em curso na ULS Almada –Seixal)

## **2. Investigação e Inovação**

Para que haja uma verdadeira integração de cuidados e respostas, nos diferentes níveis de cuidados de saúde – primários, hospitalares e continuados/paliativos - a inovação tem de ser palavra de ordem, bem como a investigação, com ganhos para todos: doentes, profissionais, sociedade e economia.

Temos de aproveitar os ventos da mudança para envolver de facto, ou reforçar o envolvimento, de todos aqueles que possam contribuir para uma melhor resposta aos nossos utentes/doentes: desde o poder local, às associações de doentes, às farmácias e demais instituições do setor social e privado. Inovar também com o envolvimento dos utentes na promoção da literacia em saúde. Os utentes devem ser munidos de ferramentas que lhes permitam, por um lado, tomar decisões informadas, evitando, por exemplo, idas desnecessárias às urgências ou internamentos, e, por outro lado, gerir a sua própria doença.

## **3. Urgência referenciada**

Hoje qualquer doença súbita precipita utentes para as urgências. Com a ULS e a integração de cuidados o objetivo passa por atender os casos urgentes com a máxima prontidão e eficácia. Há muito para fazer nesta matéria, no entanto nós já temos projetos em desenvolvimento, como o GRHU (grupo de resolução dos *high users*), que nos mostram que há caminhos alternativos e inovadores por onde apostar, com resultados positivos em termos de prestação dos melhores cuidados aos nossos utentes.

No caso da futura ULS Almada-Seixal, embora os desafios também sejam imensos, as duas instituições – o Hospital Garcia de Orta, E.P.E., e o ACES Almada/Seixal – há muito que trabalham num modelo informal de integração de cuidados, o que facilitará o processo. Antes da ULS já exista um Manual de Integração de Cuidados que agora sairá reforçado. Através deste modelo organizacional, almeja-se a obtenção de uma visão integral do doente, baseada no ciclo de vida e das suas diferentes necessidades de saúde.

A vantagem competitiva da ULS de Almada/Seixal será a efetiva integração de cuidados ao longo do Ciclo de Vida, resultante da interceção dos 4 eixos estratégicos: Centralidade no Utente; Valorização dos Profissionais; Investigação, Inovação e Transformação digital; e Eficiência e Sustentabilidade.

Uma ULS Almada Seixal integrada, transparente e Humanizada.

Contributo de Teresa Machado Luciano

## **Alguns requisitos-chave**

- ✓ A cultura organizacional não está centrada no hospital, nem nos cuidados de saúde primários (CSP), mas na pessoa/comunidade e suas necessidades de saúde

- ✓ Fortes e competentes lideranças intermédias
- ✓ Processos assistenciais integrados (orientadores da integração de cuidados)
- ✓ Cuidados continuados e paliativos integrados nos CSP (cuidados de proximidade)
- ✓ Definição de protocolos de referência / interligação (elaboração conjunta pelos tipos de cuidados envolvidos)
- ✓ Consultas descentralizadas e consultadoria de especialidades hospitalares para prevenir listas de espera por consultas hospitalares
- ✓ Valorização dos profissionais. Autonomia para contratação recursos humanos, para além de médicos, pois são necessárias outras competências profissionais

### **Princípios norteadores**

- ✓ Sistemas locais de saúde (SLS), previstos no Estatuto do SNS - «estruturas de participação e desenvolvimento da colaboração das instituições que, numa determinada área geográfica, realizam atividades que contribuem para a melhoria da saúde das populações e para a redução das desigualdades em saúde», e que «visam contribuir para a obtenção de ganhos em saúde da população numa lógica de proximidade e trabalho em rede, de integração de cuidados e de foco na melhoria do bem-estar das pessoas».
- ✓ Trabalho em rede com a comunidade (mapeamento de respostas sociais existentes), de forma a atenuar os internamentos sociais.

Contributo de Isabel Gonçalves

### **A integração e continuidade de cuidados requer a transformação do modelo de cuidados**

Tomando como referência o Estatuto das Unidades Locais de Saúde (ULS) (Anexo III ao Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro), nada é dito que contribua para a resposta à pergunta colocada. Todavia o DL nº 207/99, de 9 de junho, que cria a primeira ULS, refere que esta reorganização do sistema de saúde surge em resposta às “exigências cada vez maiores das populações em matéria de acesso e satisfação das suas necessidades de saúde” e permite criar “condições de integração dos cuidados, coletivizando os problemas que cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos”.

Por sua vez a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) afirma que as ULS são “uma concretização de integração de cuidados de natureza vertical [...]. Assim, da organização dos distintos prestadores surge uma entidade única, responsável pelo estado de saúde de uma determinada população e tem como objetivo criar, através de uma prestação e gestão integrada de todos os serviços e níveis de cuidados, uma via para melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados hospitalares e, eventualmente, com outros cuidados, designadamente cuidados continuados, por intermédio de um processo de integração vertical desses diferentes níveis de cuidados”.

Apesar disso, a mesma ERS, em estudo por si desenvolvido, conclui que:

- O grau de proximidade dos CSP à população é idêntico;
- O acesso a cirurgias não teve diferenças significativas;
- O tempo médio de internamento é superior nas ULS;

- O número de internamentos por *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) foi superior nas ULS (com exceção do Baixo Alentejo);

Mas nada nos diz acerca da integração e continuidade de cuidados, denunciando uma opção por não estudar estas dimensões ou então uma ausência de métricas para o fazer.

Face ao exposto, entendemos que a “efetiva integração e continuidade de cuidados” só se poderá alcançar através da adoção de novos modelos de cuidados. Propomos por isso o “modelo de cuidados transprofissional” com base nos seguintes princípios fundamentais:

- Cuidados centrados na pessoa e sua família – Autocuidado
- Cuidados de proximidade - Domiciliação
- Cuidados integrados e que garantam as diversas continuidades.

Este modelo de cuidados desenvolver-se-ia de acordo com o proposto na figura abaixo.

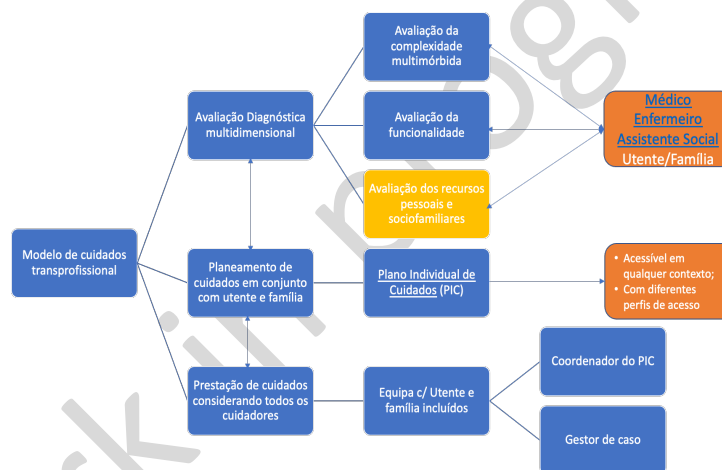


Figura 5 – “Modelo de cuidados transprofissional”

Este novo modelo concretizar-se-ia através do Plano Individual de Cuidados (PIC), entendido como um instrumento centrado na pessoa, que se constitui como um espaço de diálogo entre todos os cuidadores<sup>11</sup> e que apoia e facilita a gestão dos percursos e a integração de cuidados.

O PIC seria o instrumento onde todos os cuidadores explicitariam as suas intervenções terapêuticas, independentemente do nível de cuidados em que se localizassem, obrigando assim a que todos soubessem que intervenção cada um prescreve. Estaria acessível em qualquer contexto a todos os cuidadores, sabendo cada um o que precisa fazer em cada momento. Exigiria que fosse criada a figura de coordenador do PIC e/ou de gestor de caso. Estariam assim criadas condições para cumprir os três princípios atrás referidos.

Tal alteração é exigente e coloca grandes desafios, pelo que se deveria iniciar pelos doentes com multimorbilidade e dependência porque estes precisam:

<sup>11</sup> Nesta aceção o primeiro e mais importante cuidador é o utente/doente enquanto responsável pelo autocuidado. Todos os outros prestam cuidados por delegação deste e apenas quando o mesmo não pode ou não sabe. Neste contexto, o diálogo entre cuidadores deve refletir esta lógica.

- ser compreendidos na sua integralidade e complexidade;
- de uma intervenção integrada e em continuidade;
- de uma intervenção em contexto que inclua o próprio doente e os seus cuidadores.

Para o efeito, o sistema de informação em saúde deve dispor de capacidades analíticas que permitam identificar este grupo de doentes e escaloná-los de acordo com o nível de risco (de agudização e/ou de dependência). Relativamente aos mesmos deverá ser adotada uma atitude proativa por parte dos serviços, primeiro na elaboração do PIC, segundo acionando todos os meios para responder às complexas necessidades identificadas. Provavelmente, alguns desses meios estarão fora do SNS, pelo que o conceito de integração inclui, pelo menos, as respostas sociais.

Este modelo obriga a profundas alterações no funcionamento dos serviços, de modo a responderem aos desafios atrás referidos e de entre os quais destacamos:

- atribuição da centralidade ao utente/família e suas necessidades complexas;
- a relação horizontal entre os diversos profissionais e níveis de cuidados;
- integração na equipa de novos profissionais, nomeadamente, o farmacêutico (reconciliação terapêutica);
- desenvolvimento de novas métricas centradas nos resultados em saúde;
- assumir como primeiro local de cuidados a casa da pessoa;

Todavia, este modelo não depende de nenhuma alteração legislativa e/ou diretiva ministerial, vai ao encontro das complexas necessidades do grupo populacional que mais consome cuidados de saúde e pode ser facilitado pelo modelo de ULS verdadeiramente focado numa resposta integrada. Este modelo pode ser alargado a toda a população.

Contributo de Manuel Lopes

### **Papel decisivo do sistema de informação**

O sistema de informação é um instrumento decisivo para garantir a integração e continuidade de cuidados. O registo dos atos e das decisões tomadas durante um processo de cuidados por qualquer profissional nele envolvido, conjugados com o encaminhamento automático dos casos que dele necessitem, permitirá seguir os roteiros dos utentes e identificar momentos e pontos de constrangimento.

O registo do percurso de cada utente entre os níveis de cuidados, realizados nas unidades de cuidados de saúde primários e nas unidades hospitalares, assim como entre os prestadores públicos e os prestadores não públicos, constitui uma fonte de informação necessária à auditoria dos serviços, processos e de todo o sistema, ferramenta que as reformas do sistema de saúde não devem abdicar.

Ao basear todo o processo de cuidados no registo no sistema de informação, incluindo o registo de eventuais alterações dos registos, contribuirá igualmente para uma maior transparência e para a identificação de situações de iniquidade, favorecimento, corrupção e outras infrações conexas. Esta utilização deverá ser igualmente aplicada ao nível nacional nas entidades que contribuem para Serviço Nacional de Saúde e para as suas interações com os níveis infranacionais.

Contributo de Carlos Dias

## IX - Participação social e literacia e capacitação das pessoas e da comunidade

### **Breve enquadramento**

A Constituição determina que o SNS tenha uma gestão descentralizada e participada. Por outro lado, as necessidades de saúde atuais requerem a transformação dos modelos de cuidados. Para acrescentar qualidade de vida aos anos que a esperança de vida permite viver haverá que atender: à componente de proteção social; às determinantes socioeconómicas, comerciais e ambientais; à literacia e capacitação das pessoas. Nesta perspetiva, serão indispensáveis: participação das autarquias; participação de organizações locais de vários setores; participação dos utentes - com o envolvimento de todos logo desde o início das transformações a fazer. Este processo participativo poderá levar a que, em alguns contextos, possam emergir *sistemas locais de saúde* referidos em vários diplomas legais, desde 1999.

### Pergunta 11

***Como promover a participação social no desenvolvimento das ULS (autarquias e organizações de comunidade) e, paralelamente, promover a literacia em saúde e a capacitação das pessoas na gestão pessoal da sua saúde?***

#### **Conselhos Locais de Saúde**

A participação e envolvimento dos atores comunitários e autárquicos pode concretizar-se em Concelhos Locais de Saúde e deve fazer parte do processo de cocriação dos planos locais de saúde, na sequência e decorrendo do Plano Nacional de Saúde.

A sua participação pode utilizar momentos e modelos pré-definidos, por exemplo assembleias municipais, como registo das questões, contributos e decisões tomadas, de modo a permitir o rastreamento dos processos e sua avaliação, aumentando a responsabilização e assunção de responsabilidades.

O objetivo será sempre a melhoria de processo e instrumentos de modo a aumentar a eficiência do sistema e melhorar o impacto na saúde de doentes e da população.

Contributo de Carlos Dias

#### **Planos Locais de Saúde**

Os Planos Locais de Saúde que têm como modelo lógico o planeamento estratégico em saúde (de base populacional), têm demonstrado ser um excelente instrumento de participação social, quer no contexto do processo da sua elaboração, quer no da sua implementação, existindo várias experiências/exemplos documentados. A atual reorganização do SNS em ULS poderá ser uma oportunidade para alavancar e impulsionar estes processos a este nível, tal como o recomendado pelo PNS 2030.

Contributo de Fátima Quitério

### Alguns requisitos-chave

- ✓ Envolvimento das comissões de utentes e das associações de doentes da área de abrangência
- ✓ Programas de literacia desenhados em função das necessidades das populações
- ✓ Alinhamento da informação a divulgar CSP- CH – municípios e autarquias (reuniões periódicas).  
Intervenções conjuntas
- ✓ Mapeamento dos recursos da comunidade em conjunto com municípios e autarquias

Contributo de Isabel Gonçalves

## X - Contratualização de desempenho para resultados de saúde e bem-estar

### Breve enquadramento

O conceito de “unidade” inerente às ULS é justificado pela dedicação a uma população com dimensão, contexto, características e necessidades de saúde e sociais específicas. Assim, o compromisso do conjunto heterogéneo de serviços com culturas organizacionais distintas, deve atender quer à unidade de foco e propósitos comuns, quer à heterogeneidade de meios.

Assim, será decisivo atender às precedências entre prioridades e oportunidades de intervenção, em função da sequência e magnitude de impactos previstos. Daqui decorre a conceção de uma contratualização integrada, coerente e atempada, visando resultados comuns. Contratualização que é guiada por precedências de efeitos, de montante a jusante, no “processo de produção” de saúde e bem-estar, evitando a amálgama anacrónica de lógicas e perspetivas desligadas e contraditórias entre si, entre: promoção da saúde; cuidados primários; e cuidados secundários e terciários.

### Pergunta 12

***Como deve ser planeada, preparada e concretizada a contratualização de desempenho para resultados de saúde e bem-estar nas ULS?***

### Contratualização conjunta

A contratualização deve ser conjunta (o que não acontece atualmente) e devem existir linhas de financiamento separadas, para evitar o efeito “roubo” do mais gastador sobre o mais frágil.

Contributo de Eunice Carrapiço

### Necessidade de fundamentação epidemiológica

Todos os processos de planeamento e contratualização devem ter base epidemiológica, resultante de processos de recolha de dados que não utilizem apenas os registos eletrónicos clínicos dos serviços públicos, uma vez que a ser assim, estarão excluídos os não utilizadores e os utilizadores de



serviços privados, além de que os dados relativos a determinantes sociais e económicos podem não estar atualizados nem completos.

Os mecanismos de planeamento e contratualização já em curso entre entidades no Ministério da Saúde deverão ser seguidos por todas as entidades no SNS. Os processos e documentos deverão ser tornados transparentes. A participação e contributos de atores da sociedade civil e de prestadores dos sectores privado e social, deverão igualmente ser transparentes e auditados. Na fase de planeamento a cocriação dos planos nacional e locais de saúde deverão seguir os mesmos procedimentos.

Importa trazer para os processos de planeamento, implementação e avaliação dos serviços e cuidados de saúde, as perspectivas da equidade socioeconómica, de género, e de idade, além da equidade de acesso e de qualidade dos cuidados.

Contributo de Carlos Dias

A contratualização de desempenho para resultados de saúde e bem-estar nas ULS deve decorrer na base dos eixos estruturais no Plano Assistencial da ULS, considerando:

- programas de intervenção de capacitação para participação qualificada dos utentes/comunidade (literacia em saúde, promoção da decisão partilhada, navegação no sistema);
- planos assistenciais integrados baseados nos problemas e necessidades da população (mensuração de resultados e ganhos em saúde). O que conta é o objetivo último - utente acompanhado e não se a consulta é feita em CSP ou no hospital) – por exemplo: o utente com necessidade de controlo de INR deve fazer esse controlo na proximidade (CSP) e não ser necessário deslocar-se ao hospital para garantir o financiamento da consulta hospitalar (neste caso o financiamento deve existir e a valorizar a atividade em CSP);
- Atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- Satisfação dos utentes relativamente a aspetos e dimensões específicas dos cuidados quer recebe e dos resultados obtidos.

A contratualização deve ser única (cuidados de saúde primários e hospitalares) e ser baseada em alguns eixos centrais:

- Foco nos utentes
- Proximidade assistencial
- Acessibilidade
- Otimização de recursos
- Integração de equipas CSP e CH, desenvolvimento da confiança, Planos assistenciais integrados (protocolos de atuação),
- Reforço dos cuidados de saúde primários (aumento da resolutividade dos CSP)
- Integração de cuidados

Deve considerar a adequada combinação de competências profissionais e sua complementaridade (rácios profissionais), pois comprometem os resultados.

Contratualizar a atividade de forma integrada e integral onde sejam valorizados os contributos de outros profissionais para além dos médicos e enfermeiros.

Contributo de Isabel Gonçalves

Uma contratualização de desempenho que não tenha por base as necessidades de saúde locais (ao nível da ULS) e os ganhos em saúde desejados (ou objetivos de saúde), e que não obedeça a um modelo lógico de cadeia de resultados em saúde, não fará a “ligação” necessária entre “inputs”, processos, “outputs” (produção/desempenho dos serviços), “outcomes” (resultados a nível dos determinantes da saúde e dos efeitos das intervenções) e “outreaches” (impacto | resultados em termos da saúde sustentável e bem-estar da população). Há um caminho a percorrer. O PNS 2030 recomenda, nesta ótica, um novo desenvolvimento do(s) modelo(s) de contratualização em vigor.

Contributo de Fátima Quitério

## XI - Investimento, financiamento e pagamento aos prestadores

### **Breve enquadramento**

Investir em bons serviços públicos de saúde é investir no desenvolvimento social e económico de um país. A saúde e bem-estar de todos os cidadãos é fator de atenuação de iniquidades regionais, entre comunidades e entre grupos sociais e famílias. Os modelos de investimento, financiamento e pagamento aos prestadores poderão ter um papel regulador, integrador e de promoção da saúde e da qualidade de cuidados num sistema de saúde, se delineados com esse propósito.

Um SNS reforçado e melhor adaptado às necessidades da população é uma alavanca importante para o desenvolvimento económico e social do país e um fator decisivo para a coesão nacional.

### Pergunta 13

***Quais os princípios e “regras de ouro” a seguir na arquitetura da alocação e gestão de recursos financeiros nas ULS?***

#### **Alguns princípios**

- Financiamento que aposta na: prevenção (custa menos que tratar e reabilitar); gestão da doença (atuar cedo nas causas das doenças é menos oneroso) e na integração de cuidados. Contratualização de atividade específicas de promoção da saúde e prevenção da doença ou de complicações
- O valor capitolacional no financiamento que reflita os custos reais, ajustado às características da população.

- **Financiamento baseado no value-based payments:** centrado na forma como os cuidados são prestados face às necessidades individuais, com *outcomes* padronizados e centrados nos resultados e ganhos em saúde (em valor); a medição dos custos engloba os custos totais do ciclo completo de cuidados associado à condições clínica (que em muitos casos corresponde a situações de multimorbilidade complexa).
- Deve ser pensado um modelo de prestação para as situações para as quais o hospital da ULS não possua determinada especialidade ou tecnologia (contratualização com o setor social ou privado?), de forma a não comprometer a resposta da ULS na sua área de abrangência.
- Financiamento na base de Plano Assistencial da ULS. Este é elaborado considerando o Plano Local de Saúde (problemas e necessidades da população).

Contributo de Isabel Gonçalves

### **Alinhar investimento, financiamento e pagamentos com objetivos de saúde**

O modelo lógico apresentado na figura 2, a propósito do sistema de informação de saúde, mostra como isso poderá ser possível (encontrando-se o investimento e financiamento nos “inputs and processes”). Mas, para isso, temos que ter os instrumentos adequados em funcionamento e devidamente alinhados: de planeamento estratégico em saúde (de base populacional), de planeamento da gestão e de informação de saúde (SIS). Sem eles, esse alinhamento não é possível. A necessidade deste alinhamento constitui uma das recomendações do PNS 2030.

Contributo de Fátima Quitério

### **Necessidade de um sistema de financiamento orientado para ganhos em saúde**

O desenho e implementação eficaz de um *modelo organizativo* de ULS está intimamente dependente do *modelo de financiamento* a ser incorporado. Atualmente, o modelo de financiamento por capitação, acoplado a financiamento variável com base em resultados, não se encontra em utilização, o que merece especial destaque - e preocupação.

Estão a ser criados “planos de negócios” para as futuras ULS que vão passar a operar no SNS: nestes planos, a documentação de ganhos económico-financeiros é calculada pelo impacto da situação atual por novos projetos clínicos (por contenção de gastos ou aumento de rendimentos) - isto é, calcula-se, simplesmente, a diferença entre gastos e despesas, num cenário "sem ULS", para um dado número de anos, e os gastos e as despesas do cenário "com ULS" (somadas e subtraídas dos novos projetos clínicos). A simplicidade desta fórmula de cálculo (simples somas e subtrações) está longe da complexidade - e da necessidade - de um sistema que beneficie bons desempenhos e que, acima de tudo, reflita o risco de doença das diferentes populações. Só um *sistema de financiamento* que tenha em conta essas dimensões conduzirá a uma alocação de recursos financeiros que permita, efetivamente, que as ULS atinjam os objetivos a que se propõem.

Contributo de João Marques

### **Breve enquadramento**

Apesar de avanços tecnológicos pontuais importantes, continua a haver fragmentação, redundâncias, desperdício de milhões de horas de trabalho, desgaste e “burnout” profissional, devidos a anacronismos, obsolescência e disfunções diversas no desgovernado “sistema” de informação da saúde.

A oportunidade criada pelo PRR para um salto estrutural estratégico no sistema de informação da saúde, a nível pessoal, populacional e de gestão epidemiológica pode ser desperdiçada por ausência de visão estratégica e de competências técnicas e tecnológicas para a sua concretização.

O processo clínico eletrónico pessoal integrado é uma peça charneira para a transformação desejada. Sendo controlado pelo cidadão a quem a informação pertence, deve, naturalmente, incluir o plano individual de cuidados continuamente atualizado. É um instrumento estratégico previsto nas Grandes Opções do Plano 2013-2016.

### Pergunta 14

***Quais os requisitos arquiteturais e funcionais de um sistema de informação de saúde inteligente ao serviço das pessoas e das comunidades, para otimizar estados de saúde e de bem-estar?***

#### **Uniformização e interoperabilidade**

Deve existir uma uniformização do sistema de informação, com interoperabilidade entre aplicações especializadas específicas e um processo clínico eletrónico único, propriedade constitucional e legal de cada cidadão, que o controla e que autoriza o acesso, quando assim decidir. Para este processo clínico pessoal e “central” convergem súmulas com informações relevantes geradas em aplicações especializadas necessárias em centros de elevada diferenciação. Os MCDT internalizados devem ter os resultados acessíveis no processo clínico individual sem necessidade de transcrições.

Contributo de Eunice Carrapiço

#### **Arquitetura sistémica e estratégia de desenvolvimento**

O sistema de informação que funciona, mas que deve ser aperfeiçoado e desenvolvido no âmbito do sistema de saúde, do SNS e dos sistemas locais de saúde, devem ter como base:

- a) O registo eletrónico que resulte dos contactos com os serviços e unidades de saúde e com outros serviços, sempre que a oportunidade e contexto assim o permitam.
- b) Resultados de inquéritos de saúde com base populacional implementados em amostras representativas da população nacional, com desagregação infranacional, desejavelmente ao nível da ULS.

O Inquérito Nacional de Saúde por entrevista, realizado quinquenalmente pelo Instituto Nacional de Saúde é uma boa base de trabalho, mas está limitado quanto ao número e tipo de variáveis

utilizadas, harmonizadas com os restantes países europeus, além de apenas permitir desagregação ao nível das NIUTS2.

Já o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em 2015, com a colaboração ativa das Administrações Regionais de Saúde, demonstrou poder produzir com qualidade dados e informação sobre o estado de saúde, doença, incapacidade e determinantes de saúde, incluindo determinantes sociodemográficos e de utilização de cuidados de saúde e de cuidados preventivos. A recolha concomitante de medidas biométricas e amostras de sangue, permitiram validar diagnósticos médicos e alimentar projetos de investigação relevantes para uma agenda de investigação em saúde em Portugal.

O registo eletrónico que resulte dos contactos com os serviços e unidades de saúde e com outros serviços, sempre que a oportunidade e contexto assim o permitam, deve incluir informação que resulte do contacto com serviços e unidades de saúde privadas ou no sector social, que siga a pessoa e possa ser utilizada quando a pessoa utilize serviços e unidades de saúde no sector público. O mesmo deve poder verificar-se em sentido inverso. A experiência resultante da diretiva de cuidados transfronteiriços deve servir para informar os requisitos da arquitetura do sistema dentro do país.

Importa, ainda, diferenciar o direito aos dados e à informação que toda a pessoa dever ter, da qualidade que a informação e os dados fornecidos pelo próprio, pelo profissional de saúde ou recolhido através de processos de inquérito a amostras da população segundo padrões de recolha e qualidade bem definidos.

Assim, qualquer que seja o sistema de informação, importa que o mesmo tenha critérios de qualidade com base em meta-informação, verificável e auditável que a nível interno, quer por entidades independentes. A informação e os dados que sirvam de base ao planeamento, operações e avaliação do sistema nacional de saúde, do serviço nacional de saúde e dos serviços locais de saúde devem ter critérios de qualidade comparáveis e verificáveis, sob pena de não serem corretamente medidos os níveis de saúde e bem-estar da população.

Sendo o sistema de saúde e as suas componentes (SNS e outras) considerada a fonte de exposição mais abrangente a que a população está exposta ao longo do seu ciclo de vida, importa que o impacto do sistema de saúde, (da sua organização e desempenho) seja avaliado também ao nível populacional, e não ao nível institucional (apenas utentes ativos). Assim, importa considerar um sistema de informação de base populacional, epidemiológico, que tenha como base processo de inquérito à população, ou a amostras dela representativas, e que sigam procedimentos registados, verificáveis e auditáveis.

O sistema de informação deve permitir a monitorização, análise e planeamento com perspetivas e preocupações de equidade socioeconómica, de género e de idade. Devem, assim, ser incluídos na recolha de dados, variáveis e escalas de medição destas dimensões que permitam identificar e corrigir desvios à imprescindível equidade e à proteção dos grupos populacionais mais suscetíveis e menos favorecidos e mais frágeis.

Contributo de Carlos Dias

### Alguns requisitos-chave

- Base de dados comum na ULS
- Sistema de informação de saúde centrado no utente e não nas instituições
- Sistema de informação de saúde que permita lidar com uma tripla perspetiva: Individual e personalizada; populacional; de desempenho sistémico
- Na dimensão individual, personalizada, deve permitir uma visão integrada da informação clínica do utente, interoperável, com sistema de apoio na tomada de decisão, com integração de aplicações móveis (uso em contexto domiciliário), com integração de MCDT e resultados laboratoriais (permitindo gerar valor, evitando a duplicação)
- Sistema de informação que evite o erro, como por exemplo interação entre prescrição de medicamentos e com a condição do utente e de medicamentos entre si
- Processo Clínico Eletrónico (PCEU) único, com plano individualizado de cuidados e intervenção multidisciplinar. PCEU que promova e permita a integração de cuidados e cuidados seguros (história clínica com resumo atualizado da situação clínica, alergias e outros alertas, e medicação crónica)
- Sistema de informação que tenha incorporado um sistema de extração e análise de dados para apoio à monitorização de resultados e à melhoria contínua
- Sistema de informação acessível ao utente via interface do SNS, com disponibilização de informação sobre temas de saúde e utilização dos serviços (promoção da literacia em saúde)
- Incorporação da IA adequada no sistema de informação de saúde.

Contributo de Isabel Gonçalves

Ver resposta à pergunta 6, no que diz respeito ao sistema de informação de saúde. A necessidade de um novo modelo de sistema de informação de saúde constitui uma das recomendações do PNS 2030.

Contributo de Fátima Quitério

### **Breve enquadramento**

Um dos problemas identificados nas ULS já existentes é o de ter havido pouca atenção aos delicados e complexos processos de integração de organizações com naturezas e culturas organizacionais muito diferentes. A mera junção de instituições e serviços sob o “comando” de um único órgão de administração não garante, por si, qualquer mudança organizacional relevante.

Haverá que mudar e fazer evoluir modos de ver, estereótipos e culturas organizacionais anteriores, o que requererá aquisição e desenvolvimento de novas competências de governação, gestão e liderança em saúde por parte de um vasto número de líderes e dirigentes locais. Haverá, assim, que assegurar-lhes formação continuada e avaliação regular que combine várias perspetivas: da Direção Executiva do SNS, da Administração Central, dos profissionais, das autarquias e organizações da comunidade e dos utentes (diretamente e/ou através dos seus órgãos de participação nas ULS).

### Pergunta 15

***Como conduzir a mudança e atingir um estágio organizacional inovador e melhor?***

**Como gerir a mudança desejada com atenção à liderança clínica e aos recursos humanos?**

Pergunta 5 – Liderança Clínica

Como desenvolver competências gerais e específicas e boas práticas de governação e liderança clínica capazes de criar uma cultura organizacional de missão e propósito em cada ULS?

Pergunta 7 – Recursos Humanos

Quais as dimensões prioritárias a ter em conta e que medidas estratégicas devem ser adotadas para motivar, reter e atrair profissionais nas ULS?

Dado os desafios vividos, atualmente, pelo SNS, é fulcral dar resposta às questões de liderança e recursos humanos, que, por estarem intimamente relacionadas, merecem uma abordagem conjunta. Os desafios impostos, acelerados pela crise pandémica e a disrupção das cadeias de abastecimento, motivada pelo conflito na Europa, impelem que o SNS responda com *processos significativos de mudança*. Só processos de mudança estruturais – e verdadeiramente transformativos – permitiram que se alcancem cuidados de maior qualidade e mais eficientes, com maiores níveis de satisfação de utentes e profissionais.

Sabemos que mudanças são necessárias, à luz das novas tendências que redefinem os Sistemas de Saúde. Mas não nos devemos esquecer, contudo, que é necessário pensar a mudança como um processo em si, e refletir como a operacionalizar eficazmente. A mudança é complexa, multidimensional e compreende mais que processos e tecnologia, envolvendo valores e cultura

organizacional, a liderança, desempenho e benefícios, bem como a existência de um propósito. A mudança acontece a vários níveis, sendo um dos mais fundamentais o nível dos recursos humanos. De facto, a literatura mais atual, referente a Gestão da Mudança em Saúde, documenta que o fator mais crítico de sucesso para introdução de mudança é, efetivamente, a aceitação e a cooperação dos profissionais de saúde. O acompanhamento das mudanças, focado nos trabalhadores do SNS, é crucial para o sucesso das mesmas.

Recentemente, no âmbito da aplicação de um Barómetro que mede a “Cultura organizacional associada à Prestação de Cuidados”, das Instituições do SNS, promovido pela Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH), e que pretendeu medir diferentes dimensões que impactam o trabalho no SNS, foi documentado que os profissionais sentem uma ausência de valorização do trabalho efetuado, falta de oportunidades em influenciar e um desalinhamento entre liderança e equipas operacionais, indiciando uma ausência de liderança próxima.

Pelo supramencionado, o sucesso da mudança recairá numa gestão participada e alargada. Por conseguinte, as ULS, pela capacidade de potenciarem tipologias de trabalho integradas, multidisciplinares e próximas afiguram-se como uma plataforma ideal para promover um modelo de Implementação eficaz da mudança – isto é, um *Modelo de Liderança Transparente, Participativo e Próximo*. Um modelo que permita, simultaneamente, otimizar os ganhos a que as ULS se proponham e, simultaneamente, a fixar e a reter profissionais no SNS. A relação entre o modelo de ULS e boas práticas de Gestão da Mudança é, efetivamente, bidirecional, uma vez que não só as ULS constituem uma plataforma para implementar boas práticas, como as práticas devem constar do modelo de desenho e implementação das ULS

Sabendo que a mudança é fundamental, é importante discutir como a operacionalizar em concreto. De uma maneira global, será expectável que um Processo de Transformação eficaz seja suportado pelo cumprimento de um conjunto de passos:

1. Desenhar um fundamento estruturado para a mudança, que envolva as lideranças das Instituições;
2. Alinhar a estratégia com necessidades e preferências dos trabalhadores – constituição de grupos de trabalho que abranjam as várias categorias profissionais;
3. Alcançar uma compreensão abrangente da necessidade de mudança;
4. Desenhar os *outcomes* futuros – desenho coparticipado pelas lideranças e pelos profissionais;
5. Desenhar os novos modos de trabalho;
6. Preparar a organização (definição dos novos procedimentos, funções, responsabilidades)
7. Capacitar para a mudança – transferência de *know-how* de recursos que possibilitem a mudança;
8. Executar e monitorizar o sucesso da implementação.

Contributo de João Marques



## Estrutura orgânica e governação integrada das ULS, no futuro

Algumas perguntas críticas:

- Irá manter-se o mesmo enquadramento legal (CAPÍTULO IV - Decreto-Lei n.º 52/2022, Estatuto do SNS) com um único Conselho de Administração? Isto é: o conselho de administração da ULS, com o estatuto de E.P.E. é composto por: a) Um presidente; b) Um máximo de cinco vogais executivos, incluindo até dois diretores-clínicos, um enfermeiro-diretor, um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças e um vogal proposto pela Comunidade Intermunicipal, ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do estabelecimento de saúde, E.P.E., em causa.
- Que unidades funcionais a nível dos CSP terá a ULS? Vai ter URAP?
- Como serão enquadrados os serviços de Saúde Pública no âmbito de cada ULS e respetivo contexto sociocomunitário?
- Como se irão estruturar os serviços farmacêuticos?
- Qual será o papel dos utentes na nova ULS? Terão espaço e capacidade efetiva de participação e de influência em algum órgão?

Em entrevista ao Jornal HealthNews (HN), o atual presidente do conselho de administração da ULS de Matosinhos (António Taveira Gomes) referiu: *“a solução ULS” é a que mais tem custado a entender ao Ministério da Saúde, SPMS, ACSS e ARS. “Exige-se resultados tendo em conta a organização, mas todos os sistemas de informação, legislação, contratualização e financiamento, não pensam ULS”.*

Será previsível que a próxima geração de ULS vá mesmo *“pensar ULS”* sobre as referidas temáticas?

Vem-se falando alternada e indistintamente de integração vertical da gestão e de integração de cuidados, como se uma resultasse automaticamente na outra o que, no mínimo, é um equívoco.

- Drucker ensinou-nos que os hospitais são uma das mais complexas organizações em termos gestionários.
- Mintzberg estende este conceito de complexidade à gestão dos sistemas de saúde, identificando-os como uma das mais complexas formas de organização humana.

Uma coisa é identificar necessidades em saúde; outra, bem diferente, é delinear uma arquitetura organizacional e um modelo de governança capazes de responder a essas necessidades. É tempo de abandonar a categorização burocrática clássica dos níveis de gestão – estratégica, intermédia e operacional. Há margem para adotar arquiteturas inovadoras, mais adequadas e integradas nas ULS?

A gestão de proximidade aponta para impactos substanciais no desempenho das organizações, quando comparada com os resultados da gestão burocrática e centralista:

- Que *“exigências”* devem ser colocadas aos decisores políticos em termos da dotação em recursos humanos?
- Como se gerem os recursos humanos onde, simultaneamente, para atividades semelhantes há profissionais do quadro, há o recurso a *outsourcing* e a profissionais sob cadeia de comando externa e diversa? No caso, enquadrados pelas autarquias, nomeadamente, no setor dos assistentes operacionais.

- A futura ULS terá autonomia de generalizar o modelo de USF B? E, irá pagar as USF os incentivos institucionais?
- E, a nível hospitalar terá autonomia para reorganizar o hospital em CRI implementando um sistema retributivo misto que tenha em conta a variável desempenho coletivo?

Quando se fala em **resolutividade de proximidade**, existindo mesmo no PRR alocação de verbas específicas para criar Centros de Diagnóstico Integrado, Gabinetes de Movimentos e Reabilitação, e Gabinetes de Medicina Dentária, pergunta-se o que irá acontecer sobre esta matéria na nova ULS?

- O Plano de negócios tem previsto alguma área de Plano Integrado de Cuidados? Se sim, em que área e que financiamento terá e como será repartido?
- Como vão ser envolvidos os parceiros (ex. profissionais...) que os virão a integrar neste processo de construção da ULS?
- Qual o modelo e enquadramento da contratualização externa?
- E quais serão os termos de referência da contratualização interna?
- Haverá lugar à **contratualização** de volume e tipo de cuidados com dotações orçamentais diferenciadas e pré-definidas para cada área de produção – hospital e CSP - ou um orçamento único e indiferenciado da ULS como um todo?
- Quais os passos já dados no sentido da construção/integração dos Sistemas Locais de Saúde legalmente consagrados?

#### **Em resumo,**

**Com ou sem ULS de “nova geração”**, devemos alimentar a base organizativa que faz a diferença na interface do SNS com os seus utentes, designadamente:

- O reforço e a generalização do modelo USF B que significa: organizações aprendentes e autónomas, inseridas numa rede de cuidados integrados.
- A possibilidade de o modelo de USF ser importado para dentro dos hospitais, criando-se na gestão intermédia centros de responsabilidade integrados (CRI), com gestão autónoma e responsável e incentivos ao desempenho devidamente consensualizados e regulamentados, onde a hierarquia da competência seja restabelecida pela restauração dos valores das carreiras e uma real e definitiva autonomia de gestão hospitalar desanuviando os fantasmas da desconfiança.
- Uma mais completa articulação a nível micro (hospital e CS), centrado nos planos assistenciais integrados dos doentes, generalizando-se a figura das Unidades Coordenadores Funcionais.
- Criação na proximidade dos Centros de Diagnóstico Integrados, Gabinetes de Movimentos e Reabilitação e Gabinetes de Medicina Dentária.
- Possibilidade de avaliação clínica independente, quer de hospitais, quer de ACES.
- Implementação da cogestão ou codeterminação, ou seja, o aprofundamento da representação das partes interessadas nos conselhos de administração e de fiscalização das Unidades de Saúde, incluindo trabalhadores e utentes - tema recente de um debate sobre *corporate governance* que

aconteceu na semana passada na Ordem dos Economistas, onde se falou do sucesso da Alemanha. Por que não replicar em Portugal?

- Modelo de financiamento misto, capitação, necessidades em saúde identificadas e produção, adaptado à realidade de cada área geográfica com linhas de financiamento específicas, sendo uma delas a integração de cuidados.

Recordo que reformar dá trabalho. Exige muita conversação e muitos compromissos entre os diversos participantes. Reunir centros de saúde, hospitais, cuidados continuados, escolas, autarquias, segurança social num mesmo **plano local de saúde** e uma mesma coordenação impõe romper com a tradição e a rotina e passar-se a funcionar num **sistema colaborativo interpares**, em que cada um leva os seus recursos para promover o bem de todos, da comunidade.

Contributo de João Rodrigues

## ANEXO 1

### Quadro I

**Cuidados de saúde primários e hospitalares – como gerir a interface entre culturas sociotécnicas tão distintas?**

	Centros de saúde	Interface	Hospitais
<b>Atitude predominante</b>	<i>Mais relacional</i>	<i>Tecnologias apropriadas</i>	<i>Mais tecnológica</i>
<b>Entrosamento com a comunidade</b>	<i>Mais proximidade</i>	<i>Interligação</i>	<i>Maior distanciamento</i>
<b>Posicionamento sistémico</b>	<i>Linha da frente</i>	<i>Referenciação</i>	<i>Retaguarda</i>
<b>Modo de produção de cuidados</b>	<i>Mais flexível e personalizada</i>	<i>Comunicação</i>	<i>Mais “padronizada”</i>
<b>Carne organizativo</b>	<i>Pequenas equipas multiprofissionais com missões específicas</i>	<i>Cooperação</i>	<i>Polos tecnológicos e equipas especializadas</i>
<b>Ritmo</b>	<i>“Medicina lenta” e cuidados ao longo do tempo e da vida</i>	<i>Continuidade</i>	<i>Intensidade de cuidados por períodos de tempo curtos</i>
<b>Enfoque prioritário</b>	<i>Educação – prevenção capacitação - autonomia</i>	<i>Integração de cuidados</i>	<i>Episódio de cuidados</i>
<b>Abordagem</b>	<i>Pessoa-família- comunidade</i>	<i>Contextualização</i>	<i>Doença(s) – caso clínico</i>
<b>Atitude e ações</b>	<i>Antecipação</i>	<i>Contratualidade</i>	<i>Resposta</i>
<b>Objetivos principais</b>	<i>Promover a saúde da comunidade e de cada pessoa, com seu envolvimento na gestão da sua saúde</i>  <i>Evitar a necessidade de recurso aos hospitais</i>	<i>Complementaridade</i>	<i>Resolução célere de cada episódio de doença</i>  <i>Prestar os cuidados necessários com qualidade, eficiência e segurança e não mais do que esses</i>

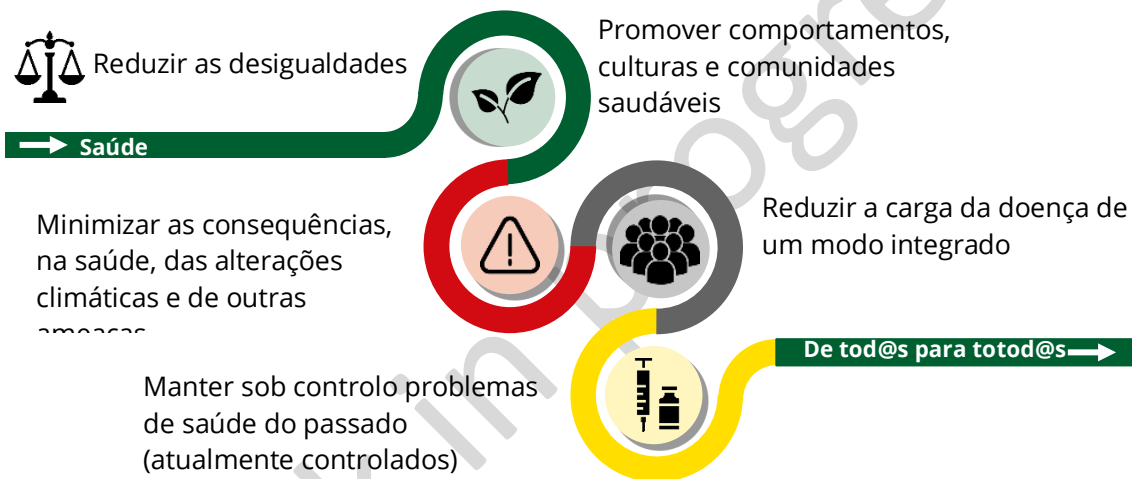
Adaptado do Relatório do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Lisboa, Julho de 2005.

## ANEXO 2

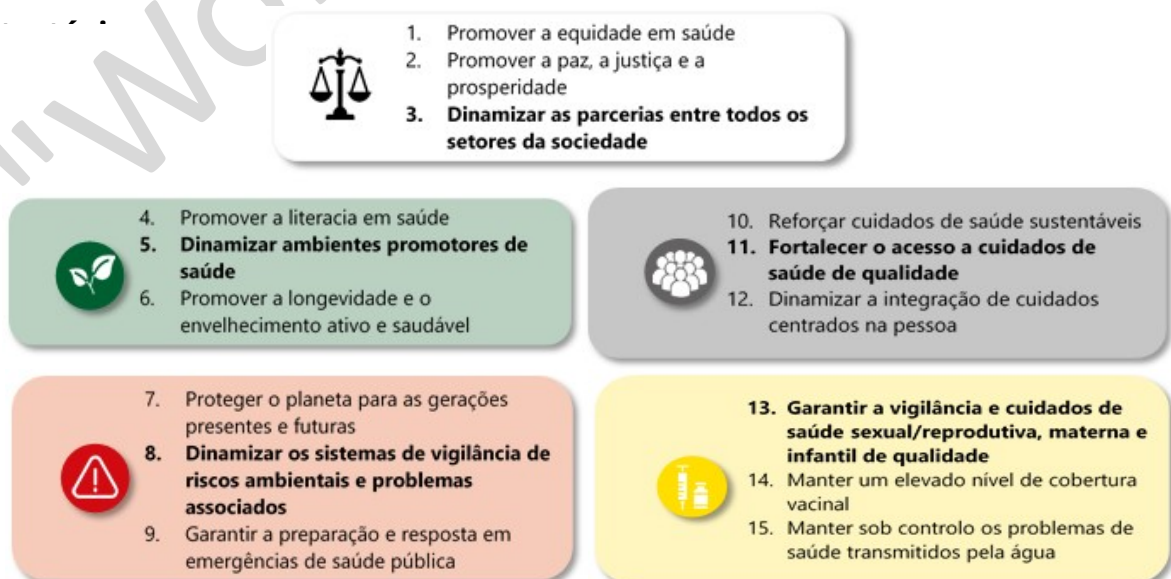
O Plano Nacional de Saúde 2030 tem por finalidade a saúde sustentável,

... melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida,  
sem deixar ninguém para trás,  
sem comprometer a saúde das gerações futuras,  
e preservando o planeta...

... através de 5 desígnios ...



... e 15 objetivos



### **ANEXO 3**

Questões da sustentabilidade segundo duas vertentes (de acordo com o modelo inglês/NHS e do desenvolvimento sustentável), designadamente:

#### **a. Sector da Saúde Sustentável**

Isso envolve tornar o sector mais “verde”, com atenção especial para a energia (uso de energias renováveis, eficiência energética), viagens/transportes, gestão de resíduos, compras, água, adaptação de infraestruturas e edifícios. Isso garante que os recursos (físicos, financeiros e humanos) utilizados no sector sejam:

- Usados de forma eficiente (por exemplo, edifícios bem isolados e que usam menos combustível para aquecer)
- Usados com responsabilidade (por exemplo, os resíduos biológicos são geridos com segurança para proteger a população local).

#### **b. Cuidados de Saúde Sustentáveis**

Isto é um pouco mais amplo (mas mais específico para os cuidados de saúde) do que **(a)** e envolve trabalhar em todo o sistema de saúde e com os parceiros para prestar cuidados de saúde que atendam ao triplo resultado financeiro, ou seja, retorno financeiro, social e ambiental simultâneos do investimento. Inclui a adaptação da forma como prestamos serviços, promoção da saúde, mais prevenção, responsabilidade social corporativa e desenvolvimento de modelos de atendimento mais sustentáveis.