

**Estados Gerais – Transformar o SNS**

Laboratório de Ideias V

***O renascer do Centro de Saúde – uma necessidade?***

Realizado por ocasião da Conferência VI dos “Estados Gerais – Transformar o SNS”

**Auditório João Lobo Antunes – Edifício Egas Moniz**

**Faculdade de Medicina de Lisboa**

17 de janeiro de 2024

*Trabalhos em curso ...*

**Coordenação**

M. Augusta Sousa; Mirieme Ferreira; Patrícia Barbosa, Rui Monteiro; Victor Ramos

**Contributos recebidos**

*Alexandra Fernandes (Seixal); Ana Cristina Dias (Almada); Ana Sardinha (Porto); Bernardo Vilas Boas (Porto); Celeste Gonçalves (Almada); Constantino Sakellarides (Oeiras); Eunice Carrapiço (Lisboa); Fernanda Santos (Santiago do Cacém); Gonçalo Envia (Sintra); Isabel Gonçalves (Sesimbra); Jaime Correia de Sousa (Porto); José Mendes Nunes (Almeirim); Luísa Carvalho (Amadora); Manuela Castanheira (Vila Pouca de Aguiar); Maria João Lopes (Guarda); Miguel Cabral (Maia); Nuno Jacinto (Évora); Pedro Maciel Barbosa (Matosinhos); Patrícia Martins (Barreiro); Rui Monteiro (Setúbal); Sofia Leal (Porto); Tiago de Barros Mendes (Portel); .....*

## ÍNDICE

Notas prévias .....	Pág. 03
---------------------	---------

### Perguntas e Contributos iniciais

#### I - Missão e propósitos

Pergunta 1 – Quais as Missão e propósitos dos centros de saúde organizados em ULS? .....	Pág. 08
--	---------

#### II - Organização e coordenação funcional

Pergunta 2 – Como assegurar coordenação funcional local das unidades de saúde nas ULS? .....	Pág. 11
--	---------

#### III – Cultura organizacional

Pergunta 3 – Como compatibilizar as culturas organizacionais distintas presentes nas ULS? .....	Pág. 15
---	---------

#### IV – Proximidade e diversidade de cuidados

Pergunta 4 – Quais os cuidados de saúde a disponibilizar ao nível dos centros de saúde? .....	Pág. 17
---	---------

#### V – Participação da comunidade

Pergunta 5 – Como assegurar a participação efetiva da comunidade a nível local? .....	Pág. 24
---	---------

#### VI – Liderança colaborativa para a conectividade organizacional

Pergunta 6 – Como promover inteligência distribuída e liderança integradora nos c. de saúde? .....	Pág. 27
--	---------

#### VII - Prioridades

Pergunta 7 – Quais as prioridades a ter em conta na afetação e utilização dos recursos nas ULS? .....	Pág. 29
---	---------

#### VIII – Contratualização e avaliação de desempenhos

Pergunta 8 – Como concretizar a contratualização, como instrumento de governação clínica e de saúde a nível local - no âmbito ULS e no nível mais próximo de cada comunidade local? .....	Pág. 31
---	---------

#### IX – Modelos de cuidados e equidade

Pergunta 9 – Como adequar os modelos de cuidados nas ULS às necessidades das pessoas e comunidades nos seus contextos próximos e assegurar equidade – qual o papel do centro de saúde? .....	Pág. 33
--	---------

#### X – Governação em saúde a nível de uma comunidade local

Pergunta 10 – Que competências de governação em saúde serão mais necessárias? .....	Pág. 36
---	---------

Síntese do Encontro - <i>Webinar</i> – 10 de janeiro de 2024 .....	Pág. 39
--	---------

### ANEXOS

Anexo I – Interface colaborativa entre subculturas sociotécnicas distintas? .....	Pág. 43
---	---------

Anexo II – Uma perspetiva da <i>governação clínica e de saúde</i> .....	Pág. 44
---	---------

### ***Laboratório de ideias – O que é?***

O conceito “*laboratório de ideias*” visa a produção livre e independente de ideias e de propostas inovadoras sobre algo de interesse comum, a partir de uma diversidade de saberes, perspetivas e experiências. Apoiar-se no método interrogativo, através de *perguntas*, e visa suscitar novos modos de ver e linhas inovadoras de intervenção ou de investigação.

A finalidade é suscitar partilha, confronto, inter-relação e combinação de ideias, num trabalho colaborativo e evolutivo. As próprias perguntas podem ser reformuladas e aprimoradas. Ao mesmo tempo, perspetivam-se modos de levar à prática as ideias produzidas pelo trabalho coletivo.

O “Laboratório de Ideias V – *O renascer do Centro de Saúde – uma necessidade?*” foi promovido no âmbito da VI Conferência “Estados Gerais – Transformar o SNS”, no Grande Auditório João Lobo Antunes – Edifício Egas Moniz, da Faculdade de Medicina de Lisboa, a 17 de janeiro de 2024. Os seus trabalhos continuam ao longo de 2024.

---

### ***A ideia de centro de saúde***

O conceito de “*centro de saúde*” como serviço de proximidade marcou um ponto de viragem no modo de ver e de atuar em saúde. Foi lançado em Portugal na reforma de 1971, como um dos pilares para melhorar a saúde da população. Foi uma inovação visionária. Antecedeu o movimento internacional dos cuidados de saúde primários da OMS, lançado em 1977/1978.

A designação “*centro de saúde*” é forte, simples e clara. Apreende-se e exprime-se muito facilmente. Tem enorme riqueza semântica. Suscita várias conotações positivas:

*Serviço próximo, acessível e disponível que reúne e coordena um conjunto diversificado e bem organizado de profissionais, competências e meios. Tem capacidade para responder à grande maioria das necessidades de cuidados de saúde do dia-a-dia de cada pessoa, família e, ao mesmo tempo, cuida da população na sua comunidade local, como um todo.*

Os centros de saúde designados de “primeira geração” (1971-1983), dedicaram-se essencialmente a atividades preventivas e foram dinamizados por médicos e enfermeiros de saúde pública.

*“Não era uma edificação habitada por profissionais à espera dos seus utentes. Era uma organização que pensava e atuava para a melhorar a saúde de uma comunidade.”*

*“Em Portugal, depois de várias tentativas infrutíferas, a criação de uma rede de centros de saúde no país foi decidida em 1971, pela visão e insistência de três personalidades com competências complementares - um político, um estudioso e um empreendedor: O Ministro Baltazar Rebelo de Sousa, político, o Secretário de Estado Francisco Gonçalves Ferreira, estudioso, e o Diretor-Geral de Saúde Arnaldo Sampaio, empreendedor. Da natureza deste trio notável há que notar que dois deles foram progenitores de dois presidentes da República Portuguesa, Marcelo Rebelo de Sousa e Jorge Sampaio. O terceiro não teve filhos.” ..... “O desenvolvimento dos centros de saúde iniciou-se de facto no início da década de 70, com o entusiasmo de uma geração pioneira, mas com uma limitação importante. É que, ao contrário do que a legislação previa, não se conseguiu, no decurso dessa década, a integração dos serviços dependentes da Direcção-Geral de Saúde com os cuidados curativos dos postos médicos das Caixas de Previdência. “*

In: Sakellarides C. *Carta aberta ao meu Centro de Saúde I – a ideia do centro de saúde.*

Diário de Notícias “on-line” de 4.11.2023

Em 1982/1983, os cerca de 300 centros de saúde foram integrados com os mais de 2000 postos médicos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. Na mesma altura, foram criadas a carreira médica de clínica geral e a figura do médico de família. Ocorreram mudanças, nem sempre positivas, com distorção da cultura organizacional positiva e proativa dos anteriores centros de saúde. O modelo burocrático da organização e da direcção destes “centros de saúde de 2.ª geração”, sem qualquer tipo de autonomia, e com trabalho profissional isolado, predominantemente passivo-reactivo, produzia resultados aquém dos desejados e causava insatisfação nos profissionais. Em 1996/1997 foram iniciadas experiências de reorganização em pequenas equipas multiprofissionais (“Projetos Alfa” e “Grupos em Regime Remuneratório Experimental”), com a finalidade de melhorar a organização e o impacto dos centros de saúde na saúde e bem-estar das pessoas e da população. Seguiu-se um período de estagnação (1999-2005). Entre 2006 e 2010, a reorganização dos centros de saúde em equipas multiprofissionais teve um impulso considerável com a ação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários entre 2005 e 2010. Após 2010 seguiu-se uma travagem, coincidindo com a intervenção de ajustamento financeiro da “troika”. Após o final desta intervenção a travagem prosseguiu. A reforma dos cuidados de saúde primários ficou a meio do caminho.

*“O governo publicou legislação destinada à reorganização dos centros de saúde para acolher as inovações acima enumeradas - os “centros de saúde de 3.ª geração” (1999). Previa-se a constituição de unidades funcionais, como as de saúde familiar, cuidados na comunidade, saúde pública e de “outras especialidades”. Para além da administração, incluíam uma direcção e um conselho técnico de coordenação. O centro de saúde era dotado de autonomia administrativa e financeira. Para esse fim, em certas circunstâncias, os centros de saúde podiam associar-se para assegurar serviços de utilização comum.” ..... “Entre muitos outros aspetos relevantes, interessa particularmente referir aqui a intenção de reforçar a “governança/direcção clínica e de saúde” nos centros de saúde. Com esta pretendia-se favorecer o teu funcionamento como um todo, buscando a melhoria dos níveis de saúde na comunidade que servias, equilibrando a tendência centrífuga das unidades funcionais contratualizadas.”*

In: Sakellarides C. *Carta aberta ao meu Centro de Saúde II – transformação imperfeita.*  
Diário de Notícias “on-line” de 5.11.2023

A ausência de autonomia para a gestão de recursos nos centros de saúde manteve-se. O argumento oficial era que os 360 centros de saúde, não tinham escala suficiente para a gestão eficiente de recursos humanos, materiais e financeiros. Por isso, os centros de saúde foram agregados em 70 e a seguir em 50 agrupamentos de centros de saúde (ACeS). Era um número equivalente ao dos hospitais com órgãos próprios de administração, mas a autonomia de gestão nunca aconteceu.

*“- Foste agrupado (“desaparecido”) em descomunais ACeS (Agrupamentos de Centros de Saúde), sem sentido. A título exemplificativo: um mesmo ACeS engloba núcleos urbanos extensos, como por exemplo Oeiras, Paço de Arcos, Algés, Alcântara e Campo de Ourique (em Lisboa); um outro, como o do Baixo Mondego, inclui 53 unidades funcionais, dispersas geograficamente por 9 concelhos; no interior do país, como em Trás-os-Montes, um ACeS abrange todos os concelhos de um distrito... e assim por diante. Nesta escala, perde-se o sentido de proximidade, desvanece-se a própria ideia de “centro de saúde” e da sua comunidade. E a governação clínica e de saúde deixa de ser efetivamente viável, desaparecendo, assim, o seu efeito integrador em relação às suas unidades funcionais. Apaga-se, também, o foco na qualidade dos cuidados e nos resultados do conjunto das tuas ações na comunidade que serves.”*

In: Sakellarides C. *Carta aberta ao meu Centro de Saúde II – transformação imperfeita.*  
Diário de Notícias “on-line” de 5.11.2023

Por sua vez, a reorganização de cada centro de saúde em equipas/unidades com autonomia técnica e organizativa exigia uma coordenação funcional dinâmica para evitar o seu isolamento, alheamento e distanciamento das restantes unidades do seu centro de saúde, agora sem identidade real. Sem esta coordenação perdeu-se o potencial colaborativo inicialmente previsto.

Os conselhos clínicos e de saúde dos ACeS raramente conseguiram assegurar alinhamento e orientação de todas as suas unidades funcionais para finalidades e objetivos comuns. Era-lhes quase impossível abranger o elevado número e dispersão de equipas/unidades funcionais do agrupamento. Faltou-lhes apoio e reconhecimento oficial (nunca foram cumpridas as disposições e os pagamentos previstos legalmente). Faltou-lhes enquadramento estratégico consistente e formação adequada para as suas funções. Na generalidade, foi-se assistindo ao enquistamento das equipas/unidades funcionais dos ACeS como ilhas desligadas entre si e do todo. Os centros de saúde tornaram-se entidades virtuais, devido à sua agregação para fins de uma autonomia de gestão de recursos que nunca aconteceu.

## E agora?

Com a reorganização quase total dos serviços assistenciais do SNS em unidades locais de saúde (ULS), os agrupamentos de centros de saúde foram integrados em “centros hospitalares”, conforme palavras do próprio diploma legal:

*“Centro Hospitalar X ....., com integração do Agrupamento de Centros de Saúde Y ....., passando a designar-se Unidade Local de Saúde Z .....”*

In: Decreto-lei n.º 102/2023, de 7/11.

*Das ULS, substituindo as 5 Administrações de Saúde Regionais, espera-se que tragam capacidade de decisão, em matéria de gestão dos recursos dos serviços de saúde, para mais próximo das pessoas. Mas não há que confundir um nível de administração efetiva mais descentralizada e periférica, com as dinâmicas de proteção/promoção de saúde verdadeiramente locais, próximas das pessoas e das suas circunstâncias. Este é o teu território, meu caro centro de saúde.*

*Por isso vejo nas ULS do futuro um conjunto de verdadeiros centros de saúde, reconstituídos segundo o critério insubstituível de proximidade. Só desta forma teremos, também, hospitais capazes de desempenhar melhor o papel que lhes compete.*

*Quero o meu centro de saúde de volta.*

In: Sakellarides C. Carta aberta ao meu Centro de Saúde III – e agora?  
Diário de Notícias “on-line” de 5.11.2023

1971-1983	1983-1996	1996-2008	2008- 2023	2024 - ???
<b>1.<sup>a</sup> Geração de Centros de Saúde</b>	<b>2.<sup>a</sup> Geração de Centros de Saúde</b>	<b>3.<sup>a</sup> Geração de Centros de Saúde</b>	<b>ACES - estrutura para permitir autonomia de gestão dos CSP</b>	<b>Centros de Saúde em ULS</b>
Ênfase na saúde pública, preventiva e comunitária	360 centros de saúde integram mais de 2000 postos médicos dos SMS + nova carreira de clínica geral com médicos de família desligados entre si	(Re)organização em equipas / unidades	(nunca concretizada)	<b>Retrocesso ou avanço para uma 4.<sup>a</sup> geração?</b>
Cuidados “curativos” ficam de fora		(Projectos Alfa, grupos RRE, 1. <sup>a</sup> tentativa 3. <sup>a</sup> geração, greve 2003, Reforma 2005 e Missão CSP)	“... ficar a meio do caminho”	
Organização em redes de equipas		Organização em redes de equipas		
<b>Marcos:</b>	<b>Marcos:</b>	<b>Marcos</b>	<b>Marcos:</b>	<b>Marcos:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dec-lei n.º 413/1971</li> <li>• Abril de 1974</li> <li>• Serviço Médico à Periferia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Despacho normativo n.º 97/1983</li> <li>• Lei de bases da Saúde 1990</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docs do Projecto Alfa (1995/96)</li> <li>• RRE</li> <li>• Missão CSP</li> <li>• Dec-lei n.º 298/2007</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dec-lei n.º 28/2008</li> <li>• Relatório Mundial da Saúde – 2008 “CSP - Agora, mais do que nunca”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lei de Bases da Saúde 2019</li> <li>• Novo Estatuto do SNS (2022)</li> <li>• Generalização das ULS no continente - 2023</li> </ul>

Figura 1 – Meio século de vida dos centros de saúde em Portugal – mudanças organizacionais desde a sua criação em 1971

Na presente situação surge como necessidade urgente recuperar o conceito e a entidade **centro de saúde** e refletir sobre qual deverá ser o seu posicionamento e a sua missão no contexto das ULS e, em especial, a sua ligação e participação pelas comunidades locais e seus órgãos de soberania (freguesias e municípios).

A figura abaixo representa um “mapa de ideias” com aspetos suscetíveis de serem equacionados e necessariamente interligados, numa reorganização com contornos mais complexos do que possa aparentar à primeira vista.

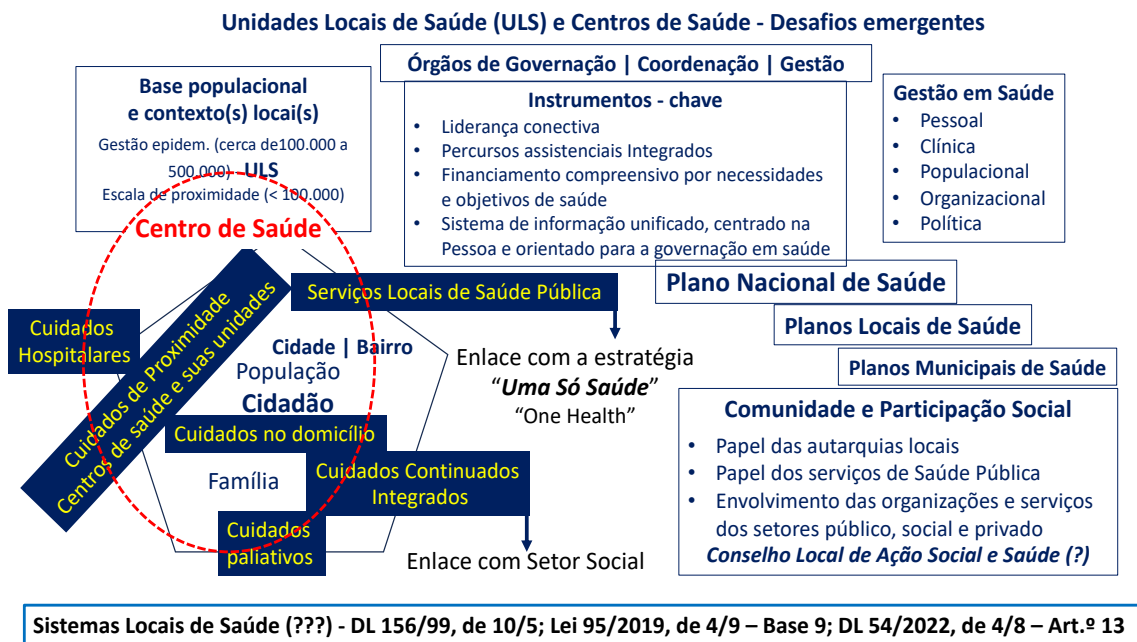


Figura 2 – O renascer do centro de saúde – uma necessidade?

## Perguntas-guia e contributos iniciais

### I - Missão e propósitos da entidade “centro de saúde”, em contexto ULS

*Breve enquadramento* – A estrutura hierárquica-burocrática nos “centros de saúde de segunda geração” começou a ser substituída a partir de 1996/1997 por uma estrutura descentralizada baseada numa rede de equipas de diversos tipos. Falava-se então em evoluir para os “centros de saúde de terceira geração”. As inovações desta mudança foram: generalizar o trabalho em equipa multiprofissional; promover a autonomia técnica e organizacional das equipas; assegurar processos de responsabilização e prestação de contas. Esta transformação teve um impulso considerável entre 2006 e 2010, com a *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, mas ficou a meio caminho.<sup>1</sup>

Numa tentativa de conseguir autonomia de gestão de recursos para os cuidados de saúde primários, equivalente à dos hospitais, os centros de saúde foram agrupados em ACeS (2008-2009). A finalidade deste processo agregativo era atingir escala suficiente para permitir autonomia de gestão – para atingir uma escala populacional de cerca de 100.000 a 500.000 habitantes. Sobreveio a crise financeira e, posteriormente, a intervenção da “troika”. A autonomia de gestão dos CSP nunca foi concretizada. A lógica dos centros de saúde, magistralmente definida em 1971, tende a perder-se.<sup>2</sup>

#### **Pergunta 1 – Quais a Missão e propósitos dos centros de saúde organizados em ULS?**

– Como atualizar de modo claro, sucinto, preciso e impactante a missão e os propósitos dos centros de saúde de cada ULS, na sua ligação a uma comunidade local?

#### **Prefiro a designação de Centro de Saúde e de Bem Estar (CSeBE)**

Prefiro a designação de Centro de Saúde e de Bem Estar (CSeBE). O objetivo da mudança de nome é apenas de descentrar da ideia de que a missão dos cuidados de saúde seja o de prestar cuidados de saúde e de doença, para se deslocar para o grande objetivo de defender e gerar BEM ESTAR (entendido genericamente como **qualidade de vida**) embora, muitas vezes, tenham que prestar cuidados de saúde (consultas, cirurgias, tratamentos, etc.)

Investir na integração clínica dos cuidados hospitalares, continuados e primários. O que implica partilha de registos clínicos e comunicação em todos os sentidos entre todos os níveis de cuidados.

É a **integração vertical**. Sublinho que apenas falo da integração clínica e não da integração administrativa. As ULS asseguram a integração administrativa, mas nada afeta a integração clínica.

Nos cuidados primários exige-se a integração clínica de todas as instituições e profissionais saúde que a nível local se dedicam à criação de bem estar da respetiva população: centros de saúde<sup>3</sup>, farmácias, lares, ONGs, serviços domiciliários, segurança social, estabelecimentos de ensino, bibliotecas, associações culturais e desportivas, associações de doentes, etc. É a **integração horizontal**. Ao conjunto de todas as instituições que contribuem, cada uma a seu modo, para a qualidade de vida das populações passo a designar de *instituições locais*. Sublinho, esta integração nada tem a ver com integração administrativa apenas são condenadas a colaborar entre si para um

<sup>1</sup> Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Meio Caminho Andado*. Relatório de Primavera de 2018.

<sup>2</sup> Justo C. Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro – Um preâmbulo para a eternidade – A grande contribuição de Gonçalves Ferreira em Portugal. In: Livro de Homenagem a Francisco António Gonçalves Ferreira. Lisboa, 1995: 299-302.

<sup>3</sup> Por simplificação de linguagem falo apenas de centros de saúde que inclui todas as unidades de saúde resultantes da reestruturação de 3ª geração.



objetivo que é o denominador comum de todas: *preservar e, se possível, aumentar a qualidade de vida das pessoas que servem*. Se na integração vertical se procura não haver descontinuidades nas transições entre os diferentes níveis de cuidados (hospitalares-continuados-primários) na integração horizontal procura-se evitar qualquer falta na completude da vida do doente, que não existam dimensões da sua vida que sejam ignoradas. Ao nível local a entidade que está em melhores condições de garantir que todos colaborem entre si, para o bem da população local, será a autarquia. A autarquia tem autoridade (ou pelo menos ascendente) sobre todas as instituições locais e deve criar condições para que todas as necessidades das populações sejam satisfeitas sem sobreposições e muito menos “faltas” ou “falhas”. A autarquia deve funcionar como catalisadora da colaboração entre todas as instituições locais, instituir canais de comunicação entre todos, garantir que todos comunicam com todos e que nenhuma instituição seja excluída, mas, mais importante, que nenhum cidadão que se encontre na autarquia seja esquecido ou excluído.

Contributo de José Mendes Nunes

### **O Centro de Saúde - organização do SNS responsável pela saúde da comunidade local**

Embora, por princípio, considere que o modelo ULS (designadamente como tem sido implementado) tem mais riscos do que vantagens, dou o benefício da dúvida, admitindo que possa evoluir como uma organização inovadora, que saiba articular com os outros domínios previstos nos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que respeite a importância e cultura própria de cada nível de cuidados (primários, secundários, continuados e paliativos), o que requer autonomia e investimentos próprios e adequados, e ainda como um fator de dinamização da integração de cuidados de saúde.

Nesta perspetiva, considero que a reinvenção dos Centros de Saúde poderá ter um papel fundamental, desde que corresponda às definições, e seja realizada nas condições expostas, nesta e nas respostas seguintes.

O Centro de Saúde deve ser a organização pública, do SNS (Serviço Nacional de Saúde), responsável pela saúde da comunidade local, entendendo esta como uma população com características socioculturais comuns, a viver num território de características geodemografias também comuns e com uma dimensão facilitadora de atividades e intervenções de proximidade (dimensão territorial essa que variará conforme a realidade concreta, por exemplo, variável conforme se trate de um meio urbano, suburbano ou rural, do litoral ou do interior).

O Centro de Saúde deve ter como missão, a governação clínica e de saúde, ao nível da respetiva população e território. O seu propósito deve ser o de contribuir, facilitar e alcançar ganhos em saúde, para e com as pessoas, as famílias e a comunidade, envolvendo todos os atores e todas as atividades sociais, económicas e culturais, públicas e privadas, que possam de qualquer forma influenciar a saúde da população.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

### **Os centros de saúde como promotores de comunidades mais saudáveis e resilientes**

Os centros de saúde das Unidades Locais de Saúde (ULS) desempenham um papel essencial na promoção da saúde comunitária. Com a missão de prestar cuidados holísticos, enfatizando a promoção, prevenção e bem-estar a longo prazo. Os propósitos incluem a promoção ativa da saúde, acessibilidade aos cuidados, integração de serviços, gestão de doenças crónicas, envolvimento comunitário e resposta ágil a desafios de saúde locais. Essa aliança dinâmica visa garantir que os centros de saúde sejam promotores de comunidades mais saudáveis e resilientes.

Contributo de Patrícia Martins

**O Centro de Saúde deve ter como missão a promoção da saúde, a prestação de cuidados primários abrangentes para indivíduos, mas também famílias e comunidades**

O Centro de Saúde deve ter como missão a promoção da saúde, a prestação de cuidados primários abrangentes para indivíduos, mas também famílias e comunidades.

O Centro de Saúde deve ter a capacidade de inovar, de gerar conhecimento e formação, de desenvolver investigação incluindo a investigação translacional. O intercâmbio deveria ser obrigatório e periódico a nível nacional e eventualmente internacional.

Contributo de Manuela Castanheira

**A missão e propósitos dos centros de saúde devem ser a referência de um caminho a percorrer**

Num contexto ULS, a missão e propósitos dos centros de saúde devem convergir, progressivamente, para um patamar (de saúde e bem-estar) que congregue toda a prestação de cuidados de saúde (com qualidade e segurança) que sejam possíveis fora do contexto hospitalar, com a participação de especialidades hospitalares. Sendo uma visão maximalista e difícil de concretizar, é, contudo, a que mais potencia o valor da proximidade/acessibilidade (da natureza e da ideia de centro de saúde) e, nesse sentido, a referência de um caminho a percorrer.

A outra vertente desta missão e propósitos é reduzir a necessidade de cuidados evitáveis através da promoção da saúde e da prevenção da doença, onde os municípios e as organizações da comunidade devem ter uma ação preponderante.

Contributo de Rui Monteiro

---

## II – Organização e coordenação funcional

---

*Breve enquadramento* – Como resolver o processo centrífugo de autoisolamento das equipas/unidades funcionais em “ilhas”, com fraca ou nenhuma cooperação entre si, por ausência de uma coordenação técnica próxima e eficaz – numa escala populacional de referência < 100.000 habitantes, e com uma visão integrada das determinantes sociais locais e das necessidades de saúde dessa população no seu conjunto.

### **Pergunta 2 – Como assegurar a coordenação funcional das diversas unidades que integram cada centro de saúde, em contexto de ULS?**

– *Qual a organização e modo de coordenação das suas diversas unidades funcionais para que os centros de saúde cumpram a sua missão na melhoria da saúde da comunidade*

#### **Autonomia organizacional com coordenação das várias unidades**

Dar a máxima autonomia organizacional de cada unidade<sup>4</sup>, coordenadas por profissionais escolhidos pelos elementos da respetiva unidade, sendo que a autarquia e o conselho clínico devem também ter direito a um voto cada um.

Promover a comunicação e encontros entres todas as unidades e profissionais de saúde da ULS de modo a que todos conheçam o que podem dar e fazer para que todos tenham sucesso. Colaboração deve ser incentivada, a competição desincentivada<sup>5</sup>.

A ULS contrata consultores de MGF para os hospitais que terão a função de:

1. monitorar a qualidade das referências e dos retornos para os cuidados de saúde primários.
2. Coordenar a elaboração e implementação de normas clínicas transmurais.
3. Identificar as necessidades formativas de modo a aumentar a resolubilidade dos problemas de saúde nos CSP e melhorar a qualidade global dos serviços de saúde prestados.

Contributo de José Mendes Nunes

#### **A coordenação dos centros de saúde deve emergir das respetivas unidades funcionais**

Saliento que estão em curso significativas mudanças na organização do SNS, com grande impacto nos profissionais de saúde e que são sentidas principalmente como ameaças, sendo previsível que tenham uma duração prolongada e dificultem, ou não, outras e novas mudanças, quer com a criação das ULS e conseqüente extinção das ARS e dos ACES, quer com a revisão do DL das USF.

Assim, a reinvenção dos Centros de Saúde deve ser implementada como uma força e uma oportunidade, face às ameaças e conseqüente insegurança. Deve ser, por isso, gradual, deve ter em consideração a realidade concreta e deve corresponder a necessidades sentidas das unidades funcionais (UF).

---

<sup>4</sup> A **confiança** deve ser o valor base de toda a organização. As hierarquias devem se preocupar em ajudar a que as unidades façam e não tanto em demonstrar que fazem mal.

<sup>5</sup> É preciso ter a consciência que todos os profissionais foram educados na competição, mas os cuidados de saúde só podem ser de qualidade se houver colaboração.

Cada Centro de Saúde deve abranger diversos tipos de unidades funcionais e múltiplos profissionais de saúde, designadamente unidades de saúde familiar (USF), unidade(s) de cuidados na comunidade (UCC), saúde pública, assistência social, psicologia e nutrição, entre outros.

A coordenação dos Centros de Saúde deve nascer das respetivas unidades funcionais, podendo adotar vários modelos, quer mistos, quer rotativos, por decisão das respetivas Coordenações e Conselhos Técnicos.

A sua aceitação pelas equipas, a adesão e possível entusiasmo, dependerão muito de os Centros de Saúde serem reconhecidos como um centro de partilha, de boas práticas, de experiência, de conhecimento, de trabalho conjunto e de cooperação.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

### **O Centro de Saúde como polo de conectividade e de coordenação funcional das diversas unidades de saúde dedicadas a uma comunidade local**

Os centros de saúde, ligados em regra a um concelho, excetuando as grandes áreas metropolitanas e os pequenos concelhos, permitiriam uma coordenação centrada em cada comunidade, nas suas especificidades locais e na adequação de respostas às necessidades concretas da sua população.

Por exemplo, a ULS da Guarda abarca 13 concelhos. Na Guarda, inclui um conjunto de unidades de saúde familiar (USF) e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) com listas de utentes apenas da cidade e, ao mesmo tempo, integra unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) geograficamente distantes entre si, da cidade e do hospital. Estas unidades garantem frequentemente o funcionamento de vários polos de saúde, alguns com serviços de atendimento permanente (SAP) ou serviços de atendimento complementar (SAC) ou serviços de urgência básica (SUB). É praticamente impossível centralizar a coordenação destas unidades e aplicar um único modelo de governação / coordenação a toda esta diversidade. Na minha opinião, qualquer tentativa de tipo comando-controlo para *standardizar* a organização e funcionamento dos cuidados de saúde primários afastar-se-á das reais necessidades de cada comunidade.

Acrescem a isto os factos de a proximidade, a disponibilidade de recursos locais, e as características das autarquias locais e dos parceiros da comunidade serem também diferentes de concelho para concelho. A valorização e o reforço do papel do centro de saúde, enquanto polo de conectividade e de coordenação dos diversos serviços e unidades funcionais dedicados à população de cada comunidade / concelho aproximará o SNS da população, das suas organizações sociais e dos seus órgãos de soberania local (autarquias). Deste modo pode incluir, aproveitar e otimizar os contributos de parceiros valiosos para melhores e mais eficazes intervenções de saúde.

Contributo de Maria João Lopes

### **Requisitos para que os centros de saúde cumpram a sua missão em contexto de ULS:**

- Fomentar uma cultura organizacional com foco na integração de cuidados e na transdisciplinaridade, promovendo a melhoria de qualidade nesta integração dos cuidados de saúde (Saúde Pública, Medicina Geral e Familiar e Especialidades Hospitalares) e pugnando por uma gestão em saúde integrada, traduzida num real acompanhamento do percurso do utente no SNS;
- Garantir participação efetiva e real dos CSP nos processos de decisão, em paridade com os cuidados hospitalares;

- Melhorar a inter-relação e facilitar o contacto entre os profissionais dos diferentes níveis de cuidados de saúde, a nível institucional, com partilha de conhecimentos e procedimentos científicos;
- Criar todas as condições para que exista uma adequada capacidade de resposta para as solicitações quer dos CSP quer do Hospital, sem primazia de um sobre o outro;
- Garantir que os orçamentos dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares são adequados às suas necessidades e que são respeitados na sua execução;
- Contribuir para a regulamentação do processo de referenciação intra e extra-hospitalar, de modo a melhorar o circuito do utente e o cumprimento dos TMRG – garantidos por Lei.

Contributo de Nuno Jacinto

### **Necessidade de ter em conta as circunstâncias e contexto geográfico específico das unidades funcionais.**

#### **Coordenação funcional assente na padronização de procedimentos, consensualizados com participação multiprofissional, e com explicitação de responsabilidades de intervenção**

As estruturas organizacionais prestadores de cuidados de saúde recaem, segundo Mintzberg<sup>6</sup>, na configuração de burocracias profissionais. Concetualmente, são estruturas descentralizadas, tanto na dimensão vertical como na horizontal e, constituídas por profissionais especializados, com autonomia na execução das suas atividades. Atendendo ao seu grau de complexidade, os mecanismos de coordenação funcional mais eficazes consistem na padronização dos procedimentos e no ajustamento mútuo.

O modelo Unidade Local de Saúde (ULS) pretende promover a integração dos cuidados de saúde primários (CSP) e dos cuidados hospitalares (CH), desde a sua estrutura orgânica à dinâmica funcional; com um único órgão máximo de decisão estratégica e organizacional e pautada pelo aumento da diversidade dos processos assistenciais.

Face a este aumento da diversidade, a estrutura organizacional deverá passar pela constituição de unidades intermédias de gestão, respeitando a homogeneidade clínica e geográfica das unidades funcionais (UF's). A coordenação funcional, assente na necessária padronização de procedimentos, consubstancia-se no desenho e implementação de Processos Assistenciais Integrados, consensualizados inter pares e com participação multiprofissional, onde se explicitam responsabilidades de intervenção dos vários tipos de serviços, ao longo do percurso do utente no sistema.

Esta mudança na cultura organizacional terá de ser fortemente promovida, incentivada e acompanhada pelo conselho de administração, nunca perdendo de vista o Plano Local de Saúde, as competências complementares dos seus membros e o plano estratégico da ULS construído em parceria com os profissionais.

Por último, identifica-se um dos maiores pontos fortes das ULS, mas, em simultâneo, a sua maior ameaça à coordenação interna: Um único processo de contratualização externa – instrumentalizada pelos Termos de Referência para a Contratualização (de cuidados de saúde no SNS para 2024).

A uniformização da linguagem contratual para avaliação de resultados e a partilha das regras do mesmo jogo são vitais à cooperação e integração. Os Termos de Referência para 2024 se por um lado procuraram inovação na avaliação do nível de integração e compromisso nos cuidados,

<sup>6</sup> MINTZBERG, H. Criando Organizações Eficazes: Estruturas em cinco configurações. Editora Atlas, 2005  
Estados Gerais – Transformar o SNS – Lab.de Ideias V – “Centro de Saúde - 2024” - v. 05\_2024.02.19

procuraram também ser cautelosos mantendo a matriz de avaliação na área dos CSP. Porém, mantiveram também um sistema de incentivos hermético não facilitador da integração de cuidados, mantendo blindagem aos incentivos das UF's e penalizando o financiamento da ULS em caso de incumprimento de objetivos claramente dependentes de uma efetiva integração. Não existindo um claro alinhamento do sistema de incentivos torna-se difícil promover a cooperação em âmbito de ULS.

Acreditando que estamos num processo de melhoria contínua, de redesenho, para o melhor, do Serviço Nacional de Saúde, espera-se que os Termos de Referência para a Contratualização evoluam no sentido de robustecer a coesão dos processos e das equipas.

Contributo de Sofia Leal

### **É particularmente relevante no contexto de ULS restituir vida à ideia do Centro de Saúde**

Na minha interpretação do articulado legal, todo o edifício onde se encontre uma USF ou UCSP ("cada centro de saúde inclui, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta." - art.º 38º, nº 2, DL 52/2022 - já vindo do art.º 2º do 28/2008: "2 - O centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas."). Parece-me sintomático que vários dos contributos recebidos acabem por defender o que me parece ser o papel que o centro de saúde deveria ter sido (mas que realmente não me parece que foi), uma estrutura articulada entre unidades com diferentes serviços, dedicada a uma subpopulação específica do ACES. Estrutura essa que até teria um responsável ("2 - O diretor executivo designa, em cada centro de saúde, um coordenador de unidade funcional como seu representante, quer para contactos com a comunidade, quer para a gestão quotidiana das instalações e equipamentos do centro de saúde." - ainda do 28/2008). Parece-me que a efetiva existência deste representante da gestão poderia ser um apoio intermédio importante, particularmente agora que se fundiram ACES, pelo que níveis intermédios de apoio à gestão poderão ser essenciais nalgumas realidades (mega ULS por exemplo).

Parece-me assim que, tal como é necessário ir beber da ideia inicial dos cerca de 300 centros de saúde (não posso deixar de reparar o número próximo do número de municípios), será também particularmente relevante no contexto de ULS ir ripristinar e dar verdadeira vida à ideia do Centro de Saúde, enquanto estrutura de proximidade e sinérgica dos diferentes serviços e unidades funcionais de uma determinada área geográfica. '

Contributo de Miguel Cabral

### **Há um histórico de dispositivos de coordenação que devem ser analisados, corrigidos e melhorados**

Os intervenientes que podem/devem assegurar a coordenação funcional das diversas equipas/unidades de saúde são conhecidos e já alvo de legislação: (i) a nível do Centro de Saúde, há um(a) coordenador(a) para cada uma das suas diversas unidades funcionais, e (ii) a nível dos ACES, há um Conselho Clínico e de Saúde que coordena o(a)s diferentes coordenadore(a)s. Como todo este dispositivo de coordenação já funciona há vários anos, tem de se começar por corrigir o que mais contribuiu para os disfuncionamentos identificados, seja qual for a sua natureza.

Contributo de Rui Monteiro

---

### III – Culturas organizacionais

---

*Breve enquadramento* – O atual processo de constituição de ULS, sem lideranças competentes e esclarecidas, corre o risco de regressar ao paradigma dominante do século passado: hopistalocêntrico; centrado essencialmente nas doenças e nos cuidados curativos; alheado das determinantes sociais da saúde; perpetuando um modelo paternalista que reage mal à participação e ao empoderamento das pessoas e das comunidades nas decisões e controle sobre a sua saúde e de como a promover e proteger.

#### **Pergunta 3 – Como compatibilizar as várias culturas organizacionais presentes nas ULS?**

– *Como alinhar culturas organizacionais anteriores, tão distintas como as dos: centros de saúde / cuidados de saúde primários; hospitais; cuidados continuados integrados; cuidados paliativos – para obter resultados de saúde e bem-estar, mensuráveis?* (Ver Anexo I)

#### **Promover a comunicação em todos os sentidos**

As culturas são diferentes, para o bem e para o mal. O importante é todos assumirem e respeitarem esse facto. Só a comunicação entre todos pode levar ao combate do desconhecido e ampliar o horizonte cultural de cada unidade muito para além dos limites da unidade. Promover a comunicação em todos os sentidos.

Os cuidados de saúde primários dedicam-se à prevenção e promoção da doença, sendo claro que a prevenção inclui a **prevenção das complicações e agudizações das patologias crónicas**. Os hospitais são para a utilização intensiva da tecnologia (*High Tec*), os continuados para a reabilitação e recuperação que exigem cuidados de contacto intensivo (*High Touch*) e os cuidados primários dedicam-se à prevenção, que inclui o seguimento das doenças crónicas (*High Preventive*). Assim sendo, os CSP não são “a porta de entrada no sistema”, eles **são a “sala de estar” do sistema**. O cidadão está sempre nos CSP e sai dele para situações que exijam tecnologia ou reabilitação, para logo regressarem assim que essas necessidades estejam satisfeitas.

Contributo de José Mendes Nunes

#### **Criar meios concretos de comunicação, elaboração de consensos e protocolos de atuação**

Teoricamente é difícil, para mim, compreender como é tão difícil compatibilizar e alinhar estas diferentes culturas da saúde, quando é claro que todas pertencem, atuam e têm o seu papel no mundo da saúde.

Na prática, as dificuldades estão relacionadas com a distância / distanciamento, o tempo / disponibilidade, o afastamento, a dispersão, a falta de informação, de comunicação e de diálogo, com os consequentes preconceitos e a desconfiança.

Superar a divisão, os muros e a pulverização atuais, entre serviços, organizações e níveis de cuidados, passa por criar meios concretos de troca e partilha de informação, de diálogo, de discussão e elaboração de consensos e de protocolos de atuação, que demonstrem o valor acrescentado da integração de cuidados, para os utentes e para os próprios profissionais.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

### **A participação ativa dos profissionais, a avaliação contínua, o feedback construtivo, e o envolvimento comunitário reforçam o alinhamento cultural**

O desafio de compatibilizar as culturas organizacionais nas Unidades Locais de Saúde (ULS) exige uma abordagem integradora. Compreender as diferenças entre centros de saúde, hospitais, cuidados continuados e paliativos é crucial. A liderança conectiva, a comunicação transparente e a identificação de valores comuns são fundamentais. A integração de equipas multidisciplinares e a uniformização de normas, protocolos e de procedimentos promovem uma cultura integrada. A participação ativa dos profissionais, a avaliação contínua, o feedback construtivo, e o envolvimento comunitário reforçam o alinhamento cultural. Este processo visa alcançar resultados mensuráveis em saúde e bem-estar, assegurando uma abordagem coesa e colaborativa nas ULS.

Contributo de Patrícia Martins

### **A gestão de recursos deve ser balizada em função das “identidades institucionais” distintas**

A gestão de recursos humanos e financeiros deve ser balizada em função da existência de “identidades institucionais” distintas e isso deve ser estabelecido pela Direção executiva do SNS de forma transparente para todas as ULS. Devem existir coordenadores/gestores e líderes clínicos nos Conselhos de Administração das ULS em paridade, eleitos de forma democrática pelos pares por reconhecido mérito em função de candidatura a um cargo com critérios claros, transparentes e lógicos de formação e experiência em detrimento de nomeações. Devem ser remunerados em concordância com a exigência do cargo para que faça sentido a candidatura dos mais aptos e respetiva dedicação exclusiva ao mesmo. Idealmente, muito embora seja difícil, os líderes deveriam manter alguma atividade clínica. A construção de processos de **confiança** interinstitucional ao nível macro e meso, mas também ao nível micro, entre as pessoas que constituem as instituições, assume particular importância nesta fase de mudança e integração. Contribui para a cooperação em detrimento da competição o que poderia ser trabalhado por serviços especializados em mudança comportamental.

Contributo de Manuela Castanheira

### **Identidade e complementaridade das subculturas organizacionais integradas nas ULS**

Os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares têm preocupações e práticas diferentes, e têm uma missão, estruturas organizacionais e funcionais distintas, mas são complementares. O desenvolvimento desta complementaridade, absolutamente essencial a um SNS de qualidade e acessível, pode ser posto em causa pelo peso da “cultura hospitalocêntrica” que as ULS podem agravar. Assim, é por aqui que se deve começar, justamente pelo seu Conselho de Administração (C.A.) através de um programa obrigatório de formação para dirigentes, desenhado pela ENSP. Esta formação deve alargar-se progressivamente a todos os profissionais com lugares de chefia dentro da ULS.

Neste processo de compatibilização, os dois diretores clínicos possíveis que venham a integrar o C.A. da ULS (obrigatoriamente, um com a especialidade de MGF e outro com uma especialidade hospitalar) têm de se assumir como protagonistas principais deste processo, o que deve ser considerado na respetiva seleção/nomeação. Pela sua relevância no sucesso das ULS, este processo deve ser alvo de uma monitorização e avaliação.

Contributo de Rui Monteiro



---

## IV – Proximidade e diversidade de cuidados

---

*Breve enquadramento* – Os problemas, as necessidades de cuidados, as expectativas da população são hoje bastante diferentes e mais complexas das de há décadas atrás. A prevenção e a promoção da saúde, dominam o discurso académico e político como as prioridades a privilegiar. Ainda assim, a percentagem de despesa dedicada a estas componentes é ridiculamente baixa. A inovação tecnológica – tecnologias médicas de diagnóstico e de terapêutica e os avanços da “telesaúde” permitem hoje que o recurso físico aos hospitais possa reduzir-se a um número restrito de situações – com vantagens e benefícios para as pessoas, para a sua saúde e para o ambiente.

### **Pergunta 4 – Quais os cuidados de saúde a disponibilizar ao nível dos centros de saúde?**

*– Como ampliar o leque de intervenções e de respostas na comunidade, incluindo algumas consultas e outros cuidados inadequadamente distantes e pouco acessíveis, concentrados nos hospitais?*

#### **Prestar na comunidade todos os cuidados que aí possam ser executados com qualidade**

Existem atualmente demasiadas situações / procedimentos “estanques” a nível dos cuidados primários e que para muitos profissionais médicos têm de ser feitas mediante um certo “pagamento”, algo de que discordo globalmente.

Apesar de durante muitos anos o meu trajeto profissional ter sido efetuado no âmbito de USF Modelo B (23anos), entendo que devemos passar neste momento para um outro patamar e deixar de pensar apenas em termos financeiros; trabalhar em mesmo em equipa e sobretudo exigir que haja outros profissionais no Centro de Saúde e que sejam verdadeiros parceiros- psicólogo, optometrista, dentista, pedóloga, assistente social, fisioterapeuta etc.

Há 25 anos atrás foi importante e necessário mudar mentalidades, mas o contexto era outro - penso que está chegado o tempo de mudar novamente mentalidades e formas de estar perante as dificuldades que estão neste momento a surgir, e perante o consumismo de cuidados de saúde, para que infelizmente todos nós contribuámos!

Hoje o paradigma é diferente do que era há 40 anos- e é bom que todos entendamos isso e saiamos do pedestal doutoral em que nos colocamos demasiadas vezes

Temos enfermeiros com uma formação excecional (ao contrario do inicio da carreira de MGF onde em muitos locais as enfermeiras eram assistentes operacionais promovidas...) e em muitos locais há falta de médicos de família; assim sendo, torna-se prioritário articular com as autarquias, as farmácias comunitárias, e com outros serviços da comunidade tais como Lares de Idosos, IPSS, Creches Escolas Publicas etc.

Na minha perspetiva é fundamental que os médicos tenham os enfermeiros como seus parceiros na verdadeira acessão da palavra ( não só em teoria), e na prática as doenças crónicas desde que controladas , podem e devem ser vigiadas por esses profissionais de saúde ( sem ter medo que a autoridade médica seja posta em causa); quando a situação se descontrolar ambos os profissionais devem reunir-se, avaliando o problema e perceber como podem em parceria ser eficazes no seu devido controle, ou até pedindo ajuda e opinião a outros colegas mas sempre lado a lado.

Situação idêntica se aplica à vigilância de grávidas e crianças saudáveis, sendo que assim pode ficar bastante mais tempo ao médico para fazer consultas do dia e em situação de doença aguda, e para procedimentos que só a ele competem.

Tendo trabalhado em contexto de ULS (ULS de Matosinhos) vejo vantagem em alguns serviços básicos que podem estar centrados nos cuidados primários:

- Serviço de Imagiologia - Radiologia básica - para situações agudas como eventuais suspeitas de fratura, pneumonias, pneumotórax

- Análises básicas - um simples Hemograma. VS, PCR, Glicemia e Urina (bacteriológico) -

Esses exames ficam disponíveis no sistema para ambos - cuidados primários e cuidados hospitalares - de onde se percebe as enormes mais valias que daí advêm:

- A orientação para o SU quando necessário será muito melhor documentada e mais correta e adequada

- Menos gastos e menos perda de tempo, visto que o paciente já vai orientado com hipótese diagnóstica e com exames complementares efetuados.

Apenas uma nota da minha experiência de trabalho em ULS - na minha USF tínhamos imagiologia, mas mesmo assim colegas do Serviço de Urgência muitas vezes repetiam os exames ???? coisa que nunca percebi, visto que inclusive os pacientes levavam SEMPRE carta!!!- algo a melhorar nesta articulação com os serviços Hospitalares.

**Atos de Pequena - Cirurgia** na minha perspetiva deveria ser SEMPRE efetuado no Centro de Saúde

- devem obviamente os Centros de Saúde ser dotados de material adequado para:

- Suturas

- Extração de pequenos pólipos

- Extração de quistos sebáceos

- Drenagem de abscessos

- Extração de unhas quando necessário etc.

**Aplicação de Implanon e introdução de DIU** - são procedimentos que também na minha perspetiva devem ser efetuados no Centro de Saúde, e caso possa existir um ecógrafo também o entendo como uma mais valia, e que nos pode ajudar bastante –

Em algumas situações entendo que a **TELEMEDICINA** pode ser uma mais valia - nomeadamente na área da dermatologia - mas sempre efetuada presencialmente com o utente e não enviando fotos (isso discordo e confesso que nunca tirei nenhuma foto com o meu telemóvel a pacientes - acho isso altamente incorreto, e muito pouco ético).

Embora seja muito controverso, eu sou apologista de que no centro de saúde possamos estabilizar fraturas desde que estejam alinhadas (vantagem de ter imagiologia - após aplicação do material - talas - a visualização por imagiologia pode ser observada em tempo real com o colega ortopedista do Hospital - isto no contexto de ULS).

Entendo que no atual contexto e dificuldades que atravessa o SNS, devemos pensar em deixar de ter “listas do médico” - o centro de saúde deve ser responsável pela população que lhe está adstrita, e os profissionais devem organizar-se COM AUTONOMIA da forma que entenderem, incluindo contratação de profissionais.

Os resultados devem ser obrigatoriamente avaliados pela tutela, e as auditorias devem decorrer de forma sistemática e com efeito “de surpresa “do tipo “doente mistério”.

Não precisamos de ser TODOS a saber TUDO a nível de procedimentos - temos de ser capazes de voltar a ter força anímica para juntar esforços no sentido do verdadeiro trabalho de equipa, e perceber na equipa quem está mais vocacionado para o quê, ou aquele que se sente mais à vontade em determinadas áreas (caso da pequena cirurgia por exemplo, ecografias básicas)!

Não esquecer a importância de ter uma agenda médica disponível, para que outros profissionais com quem trabalhamos possam facilmente e quando entenderem necessário agendar uma consulta.

**NOTA** - o contexto de ULS não funciona em todo o Portugal da mesma forma. A ULS de Matosinhos tem a vantagem de ser um Hospital - Pedro Hispano - de proximidade com quatro centros de saúde abrangendo todo o concelho de Matosinhos!

Em locais com centros de saúde onde tudo é muito distante, e onde sejam muitos, custa-me acreditar que essa estrutura possa ter bons resultados.

Contributo de Ana Sardinha

### **Aumentar a capacidade resolutiva das equipas das várias unidades funcionais do Centro de Saúde**

Os médicos de família devem aumentar a sua resolubilidade executando muitos procedimentos como ecografias, colocação de implantes e DIU, pequena cirurgia, incluindo excisão de sinais suspeitos com garantia de exame anatomopatológico, IVG, etc.

Claro, isto exige que a maioria das tarefas que tem atualmente sejam transferidas e ou delegadas noutros profissionais e, até, nos doentes cuja autonomia e empoderamento devem ser incentivados.

As unidades de saúde dos CSP devem incluir outros profissionais de saúde a trabalhar em equipa transdisciplinar, abandonando o paradigma das atuais USF de multidisciplinaridade resumida a enfermeiro-administrativo-médico<sup>7</sup>.

Exemplos de profissionais a integrar: psicólogos, optometristas<sup>8</sup>, nutricionistas, podologistas, assistente social, cardiopneumologistas, etc.

Enfim, os princípios devem ser:

1. Tudo o que pode ser tratado pelo cidadão ou seus cuidadores não deve ser feito profissionais;
2. Tudo o que pode ser feito por outros profissionais que não os da saúde deve por eles ser feito;
3. Tudo o que pode ser feito pela enfermagem não deve ser feito pelo médico;
4. Tudo o que pode ser feito pelo médico de família não deve ser feito pelo médico hospitalar.

Note-se que se for feita a transferência de tarefas noutro tipo de profissionais com as competências para as realizar as listas de utentes podem ser redimensionadas. É imprescindível alterar o rácio médico: enfermeiro de 1:1 para 1:>2. Além disso as listas podem estar afetas à equipa da unidade e não ao estritamente a um médico. Assim, aumenta a possibilidade de escolha do cidadão, a acessibilidade atempada aos cuidados necessários e o enriquecimento de perspetivas e de competências mobilizáveis em apoio de cada pessoa, em cada situação e momento.

Mas penso que não devem ser definidos modelos para generalizar. Importante fazer experiências devidamente avaliadas externamente.

---

<sup>7</sup> A que jocosamente chamo de “Santíssima Trindade das UFS”.

<sup>8</sup> O optometrista é o exemplo em que todos ganham com a sua existência: o MF não tem de estar a fazer consultas para referenciar para Oftalmologia, o Oftalmologista não tem de ter doentes que desperdiçam a sua diferenciação técnica e os doentes teriam um técnico que cuidaria da saúde da visão.

**IMPORTANTE:** a população precisa de cuidados de saúde, embora alguns deles sejam médicos, mas há muito mais cuidado de saúde para além do médico.

Hoje existe um leque de profissionais de saúde altamente qualificados, para além de enfermeiros e médicos, que era inimaginável há 40 anos, que não estão a ser devidamente aproveitados e tudo se mantém inadequadamente centrado no médico (modelo “medicocêntrico”). Há muitos cuidados de saúde que podem e devem ser por outros profissionais que não médicos, porque não são cuidados estritamente médicos, apesar de também poderem ser feitos por médicos.

Contributo de José Mendes Nunes

### **Alargar e robustecer o leque de respostas às necessidades das pessoas, nas suas comunidades**

Devem continuar a ser dadas todas as respostas às necessidades de saúde da população que têm sido dadas anteriormente. Para além destas, deve apostar-se no enriquecimento do leque de competências e respostas ao nível dos CS e no robustecimento de algumas respostas, como por exemplo:

- Criar centros de Rastreamentos de base populacional (comuns a vários CS);
- Disponibilizar os principais MCDT específicos para vigilância e controle das doenças crónicas mais prevalentes e com maior impacto na vida, saúde e bem-estar da população;
- Oferecer consultas multidisciplinares de cessação tabágica, e de cessação de uso inadequado e prolongado de benzodiazepinas;
- Avaliação e cuidados de fisioterapia nas doenças osteoarticulares mais comuns;
- Envolvimento na equipa de farmacêutico para uma gestão mais eficaz e segura da farmacoterapia dos doentes com multimorbilidade, habitualmente polimedicados;
- Pequena cirurgia para situações comuns;
- Oferta de tratamento por infiltrações periarticulares, por médicos adequadamente treinados para avaliar a indicação e executar corretamente a técnica terapêutica;
- Oferecer consulta para dor miofascial;
- Criar em cada CS ou por grupos de CS (consoante a dimensão populacional abrangida e particularidades geográficas locais) Unidades de Saúde Oral e Medicina Dentária dotadas de equipas dedicadas e equipamento adequado;
- entre outros.

Contributo de Eunice Carrapiço

### **Cuidados a disponibilizar e necessidade de coordenação / governação clínica a nível local**

A generalização das Unidades Locais de Saúde em Portugal continental deve constituir uma oportunidade para desenvolver um novo modelo de governação clínica que implique formalmente dispor de uma equipa multiprofissional por polo de USF/UCSP e UCC.

O modelo prévio de URAP deve dar lugar a uma nova orgânica. As principais áreas multiprofissionais (Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Medicina Dentária e Serviço Social), devem ser organizadas em serviços próprios transversais a toda a ULS, com um núcleo dedicado à atividade hospitalar e outro dedicado aos cuidados de saúde primários. No entanto, a sua agregação numa equipa única, constitui uma oportunidade de desenvolvimento técnico-científico, promove a mobilidade entre níveis de cuidados, facilita processos administrativos de avaliação e progressão profissional, aumenta oportunidade de plano de reforço de RH por programa assistencial integrado, e favorece o ecossistema produtivo em termos de boas práticas, qualidade e segurança e auditoria.

Por outro lado, embora organicamente os profissionais estariam integrados em núcleos/serviços monoprofissionais, os respetivos indicadores de atividade integrariam a matriz de contratualização das USF na componente assistencial, e a matriz de contratualização UCC na componente comunitária. Esta reforma permitiria desenvolver modelo centrado no cidadão e no Centro de Saúde, e não nas profissões; reduzir fragmentação induzida pela reforma CSP aproximando todas as profissões pelo modelo de contratualização; cria uma definição clara entre a missão da UCC e a missão da Equipa Multiassistencial Familiar, uma dedicada a comunidade, e outra dedicada à dimensão assistencial das equipas de Saúde familiar e da relação com o Hospital; compatibiliza no mesmo modelo a organização funcional monoprofissional e organização assistencial multiprofissional; favorece um modelo de referenciação por Unidade Funcional e não por lista individual de utentes, gerador de maior equidade; e promove uma resposta assistencial multidisciplinar próxima das equipas de Saúde Familiar.

Contributo de Pedro Maciel Barbosa

### **Tipologia de cuidados, primazia do trabalho em equipa, condições e incentivos**

Cuidados de saúde (CdS) efetuados em equipas multiprofissionais (EMP) formadas por MF, enfermeiros de família (EF); psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.

1. CdS de carácter preventivo: saúde da mulher, saúde infantojuvenil, vacinação – EMP
2. CdS de diagnóstico precoce / rastreios: RCCU, RCM, RCCR etc., programas de rastreio comunitário, ligados ao CS/USF, mas não da sua responsabilidade direta.
3. CdS gestão da doença crónica: doenças de elevada frequência, em parceria com os cuidados hospitalares: problemas mais graves / complexos (MF+EF + equipas de cuidados continuados/ paliativos).
4. CdS dirigidos à doença aguda (DA): DA ligeira: promoção de autocuidados, triagem telefónica (tipo SNS 24), respostas via telefone ou teleconsulta; DA mais grave: alta acessibilidade e sistemas de referenciação hospitalar diferenciada rápida.
5. Aumentar a capacidade resolutive do CdS:
  - estímulo à utilização de tecnologias leves e de proximidade (*near patient testing*): p.ex. ecografia, Rx tórax, hemograma, PCR, ECG, Holter, espirometria, etc.
  - estímulo (financeiro) à dedicação / interesse de alguns MF e/ou EF a áreas específicas de apoio à equipa: p. ex. interesse especial em diabetologia, terapia familiar, pequena cirurgia, saúde mental, doenças respiratórias, dependências (substâncias ilícitas, álcool ou tabaco, etc.).
6. Incentivos à utilização de modelos estruturados de consultas de seguimento de doenças crónicas em EMP, incluindo teleconsultas, sistemas de automonitorização e autocuidados apoiados e, quando necessário, consultas no domicílio.

Contributo de Jaime Correia de Sousa

### **Ampliar o leque de intervenções dependerá dos recursos existentes**

Penso que ampliar o leque de intervenções ao nível dos Centros de Saúde dependerá muito dos recursos existentes, da sua interação e do aproveitamento das sinergias, da proximidade para ações junto da comunidade local.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

### **A telemedicina pode e deve ser mais e melhor utilizada. O conceito e os processos de “referenciação” podem e devem ser repensados**

A telemedicina pode representar uma tremenda mais valia no acesso a cuidados de saúde, sendo particularmente importante em ULS com grande dispersão geográfica (por exemplo, há centros de saúde/polos de saúde a mais de 100 km do hospital da Guarda). Também o conceito e os processos de “referenciação” podem e devem ser repensados.

A verdadeira articulação para a integração de cuidados deve iniciar-se na forma como comunicamos entre unidades e serviços. Por exemplo, entre unidades de saúde familiar (USF) ou unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e os profissionais / competências agregadas nas unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) e/ou com os cuidados hospitalares. Uma importante fração das referenciações seria eliminada se houvesse a possibilidade de consultoria de competências especializadas de melhor comunicação entre e com as unidades funcionais, bem como capacitando as equipas das diferentes unidades e proporcionando teleconsultas, sempre que adequado. A intervenção, por exemplo, do enfermeiro de família poderia otimizar os ganhos em saúde após uma consulta hospitalar (tendo este modelo sido aplicado por exemplo em Santa Maria da Feira, na área da cardiologia, com resultados fantásticos!).

Contributo de Maria João Lopes

### **Mesmo numa saúde digital futurista será necessário o apoio de uma equipa de saúde local**

Não irei responder em pleno a esta questão, mas parece-me que é ao nível do centro de saúde que a componente da saúde digital terá de se revolucionar, pois a tecnologia de monitorização e bem-estar com todos os seus *wearables* e afins, fazem sobretudo sentido no contexto dos cuidados de saúde primários. Mesmo ao nível mais futurista, uma equipa de saúde virtual, eventualmente criada com base em avatares de inteligência artificial terão de ter um apoio na equipa de saúde local, pois a interligação de relação próxima terá de ser a este nível.

Contributo de Miguel Cabral

### **As respostas devem adequar-se às circunstâncias específicas de cada território e população**

A abrangência de cuidados a assegurar do Centro de Saúde deve incluir a prestação de cuidados de saúde primários e secundários ao domicílio pela proximidade logística, numa lógica de trabalho em rede e otimização de recursos. Deve ser parte ativa da prestação de cuidados de urgência e emergência seguros conforme necessário em diferentes territórios, sempre em rede com outros prestadores de cuidados, com apoio de novas tecnologias, mas também de exames *point of care*. Deve ser capaz de desenvolver cuidados especializados, de modo a sustentar os serviços de saúde necessários localmente. O Centro de Saúde deve ter a capacidade de desenvolver serviços ao estilo carteiras adicionais, devidamente remuneradas, com tempo adicional para o efeito e que reúnam elementos ou participação das diferentes unidades funcionais que compõem o centro de saúde, respetivos cuidados secundários, sociais e autarquias locais (*i.e.*: *clínicas* de Demências; *clínicas* de planeamento familiar e IVGs; Pé diabético; Cessação Tabágica e alcoolismo; Promoção da Saúde Mental e Estilo de Vida Saudável; Diabetes).

Haverá que analisar criticamente a questão do *task shifting* defendido por alguns gestores e profissionais como solução para o problema da falta de acessibilidade dos utentes, bem como para o novo tipo de doente e respetiva procura de cuidados. Uma das mais valias da especialidade em Medicina Geral e Familiar é cuidar de pessoas saudáveis e fazer vigilâncias de saúde. A relação que sempre estabeleci com os meus doentes nesse tipo de consultas foi quase sempre fundamental para

a humanização e para a cabal compreensão da saúde e doença do meu utente, da comunidade onde exerci, com impacto decisivo na *compliance* terapêutica.

Uma área de que quase não se fala e onde aceitaria melhor o *task shifting* seria a da avaliação da natureza das situações e do tipo de necessidades de cuidados em contexto da chamada “consulta aberta” havendo quem lhe chame triagem de enfermagem (com a qual não concordo). Ora é aqui que se verificam as maiores dificuldades em termos de acessibilidade. Se pensar em exercer a minha especialidade como clínica geral apenas, e à semelhança do que fazem os GP no Reino Unido, aí sim poderá fazer sentido só ser chamada para ver doentes quando estão muito doentes ou que outros profissionais de saúde não conseguem orientar, que nem têm de ser meus e que poderão ser de todo o centro de saúde.

A solução de a “lista de utentes” ser, antes de mais, da unidade parece-me bem e sempre atuei dessa forma em consulta aberta ou de intersubstituição ou SAP ou SAC. Discordo, contudo, da eliminação da lista de utentes por médico ou por equipa ou por outro profissional de saúde.

Contributo de Manuela Castanheira

### **Potenciar ao máximo o que as diversas competências profissionais podem oferecer á população**

Começar por atenuar o “medicocentrismo” através do alargamento da prestação de cuidados a outras profissões da saúde: enfermeiros, higienistas orais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros.

Potenciar ao máximo o valor da proximidade/acessibilidade dos cuidados a prestar à comunidade e as potencialidades que a organização ULS pode propiciar: banalizar a telemedicina e a obrigatoriedade de consultas nos centros de saúde das especialidades generalistas hospitalares: medicina interna, pediatria e ginecologia/obstetrícia, com a vantagem suplementar formativa.

Ao nível dos meios complementares de diagnóstico, ser obrigatório: (i) equipamento e competências profissionais para a execução de exames ao sangue e urina considerados básicos em cuidados de saúde primários; e (ii) eletrocardiógrafos de leitura automática.

Aumentar a resolubilidade através de equipamento imagiológico (Rx convencional e ecografia) só em situações muito particulares, a estudar caso a caso em termos de custo/benefício.

Tudo isto, em conformidade com o caminho referido no ponto I - Missão e propósitos da entidade “centro de saúde”.

Contributo de Rui Monteiro

---

## V – Participação da comunidade

---

*Breve enquadramento* – Salvo raras exceções, os conselhos da comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde não tiveram qualquer expressão ou utilidade visíveis. Em contrapartida, os Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), no âmbito da Rede Social, são órgãos dinâmicos e atuantes, na sua generalidade. Com a vantagem de serem liderados e dinamizados pelas autarquias locais.

Atualmente, no quadro de transferência de competências para as autarquias locais, e face à complexificação das necessidades de saúde de uma população envelhecida e com grandes desigualdades sociais, económicas e de saúde, não seria adequado equacionar-se alargar o âmbito das CLAS à dimensão “Saúde”? Tanto mais que todos os CLAS já contam com representantes das instituições do SNS que servem a sua população.

### **Pergunta 5 – Como assegurar a participação efetiva da comunidade a nível local?**

– *Como implementar formas de participação efetiva da comunidade na organização e coordenação do centro de saúde - enquanto rede interativa de unidades / equipas multiprofissionais, visando proteger e promover a saúde da sua população?*

#### **Promover a avaliação sistemática dos serviços por parte de quem os utiliza**

Incentivar as populações a explicitar o que aprovam nos serviços que recebem e a expressar o que identificam como estando menos bem e suscetível de melhorar. Por sua vez, as unidades devem levar a sério e agradecerem os elogios, as sugestões e as reclamações dos utentes porque eles são importantes instrumentos para a melhoria dos serviços e, para além disso, são formas legítimas de participação dos utentes.

Por outro lado, incluir as autarquias nas decisões da saúde local é outra forma de participação dos cidadãos, considerando que elas foram eleitas e representam a população.

Contributo de José Mendes Nunes

#### **Faz todo o sentido alargar o âmbito do CLAS à área da saúde**

Penso que faz todo o sentido alargar o âmbito dos CLAS à área da saúde, integrando nos mesmos os representantes das instituições do SNS que servem a respetiva população.

Outras formas de alargar a participação efetiva da comunidade, são as *Comissões de Utentes*, as *Ligas de Utentes* e a dinamização das múltiplas coletividades e associações locais.

Contributo de Bernardo Vilas Boas

#### **Integrar a saúde nos CLAS e promover uma abordagem colaborativa e participativa oferece vantagens significativas**

Integrar a saúde nos CLAS e promover uma abordagem colaborativa e participativa oferece vantagens significativas. Ao desenvolver uma rede interativa, assegura-se que a comunidade desempenha um papel ativo na proteção e promoção da saúde. Esta abordagem integrada não só alinha as estratégias de saúde com as necessidades da comunidade, mas também fortalece a coesão territorial.

Contributo de Patrícia Martins



### **É suposto serem desenvolvidos os Conselhos Municipais de Saúde**

A ideia referida anteriormente sobre o representante da gestão no centro de saúde parece-me relevante na função de articulação com a comunidade. Os serviços de saúde pública aqui também terão um papel relevante de articulação destas diferentes relações ao nível de toda a ULS, particularmente nos programas comunitários e no Plano Local de Saúde. Os conselhos consultivos da ULS terão de ter também um cuidado de refletirem realidades particulares de cada centro de saúde. E aqui as comissões/ligas de utentes poderão ser muito importantes numa ótica mais localizada.

Não me parece que para já os CLAS devam ser a via a explorar, tendo em conta que é suposto serem desenvolvidos os Conselhos Municipais de Saúde, no âmbito do Decreto-Lei n.º 84-E/2022, de 14 de dezembro. É certo que já em 2019 estavam previstos, mas com a pandemia parece-me normal que ainda haja muito caminho a fazer. Importa o investimento de relação estar neste nível, onde deverá, naturalmente, haver ligação com o CLAS.

Contributo de Miguel Cabral

### **Capacitar a comunidade para a participação cívica em saúde**

O Centro de Saúde deve ouvir a comunidade e ter capacidade de se adaptar em tempo útil em função disso, mas tem de ter também a missão de capacitar essa mesma comunidade, de forma não académica. Não basta perguntar à comunidade o que precisa é necessário capacitar a comunidade para saber o que pode pedir e só assim haverá maturidade para a participação cívica em saúde.

O alargamento do Conselho Local de Ação em Saúde (CLAS) à Saúde e em substituição do Conselho Municipal de Saúde, que é obrigatório com a delegação de competências em saúde para as autarquias, é lógico e fundamental. As autarquias estão inundadas por procedimentos burocráticos, com cada vez mais comissões e conselhos cujo funcionamento é comprometido sobretudo em autarquias mais pequenas e subdimensionadas tecnicamente em função do nº de habitantes, sem considerar a dimensão geográfica e respetivas dificuldades em territórios de baixa densidade populacional. Os CLAS estão subaproveitados no seu potencial em matéria de saúde, muito embora já assumam habitualmente um papel sobre determinantes sociais em saúde que nem sempre é reconhecido pelos mesmos. Será importante refletir sobre a forma como é feita a representação do SNS no CLAS, que a meu ver, deve contemplar o coordenador local da Unidade de Saúde Pública, para além de representantes das diferentes UF do Centro de Saúde e ULS. Para além disso, deve rever-se o funcionamento do núcleo executivo, tornando obrigatória a rotatividade anual dos seus elementos.

Para além desta medida, deveria ser implementada uma estratégia de promoção da literacia em saúde para municípios, autarcas e técnicos municipais, através da ATAM - Associação dos Trabalhadores da Administração Local. Muitos autarcas e técnicos municipais perdem-se no sistema de saúde, mais ainda com a generalização das ULS, e não têm motivação para se familiarizar com tantas siglas, serviços etc. Sentem-se distantes das organizações de saúde e preocupam-se apenas com resultados e com a existência ou não de serviços de proximidade, sobretudo a existência de serviços médicos. Deveriam ser desenvolvidas estratégias de formação dirigidas a este sector em aspetos tão simples como por exemplo: que UF existem, qual o seu propósito e atribuições, o papel das assistentes operacionais nos CS, noções básicas sobre *One Health* e determinantes sociais, ambientais em saúde etc. A falta de literacia compromete o envolvimento na mudança

organizacional em curso e a compreensão da dimensão do impacto das decisões que se tomam em administração local e política local de saúde.

Só depois das medidas anteriores poderão fazer sentido outras, tais como audiências públicas com sede local por exemplo nas Juntas de Freguesia, consultas públicas, suporte (financeiro) para constituição de comissões de utentes etc...

Contributo de Manuela Castanheira

### **Começar por compreender as determinantes da fraca participação da comunidade**

A participação da comunidade está contemplada na legislação publicada: conselhos da comunidade (ACES) e conselhos consultivos (hospitais), mas a sua utilidade é escassa, ou talvez nula. Porquê? É pela resposta a esta pergunta que se deve começar. E as causas serão de vária natureza, desde a sua composição, até à capacitação e empenhamento dos elementos escolhidos, mas a questão de fundo é o poder, ou seja, os órgãos que têm “representado” a comunidade podem “dar parecer”, “acompanhar”, “alertar”, “propor”, “apreciar”, “recomendar”, mas não lhe é dado o estatuto de “voz ativa” através da partilha do poder (empoderamento). Resolvida esta questão, será muito mais fácil mobilizar (e responsabilizar) a comunidade no seu envolvimento em órgãos de decisão.

Avançar com os sistemas locais de saúde (SLS), enquanto estrutura de participação e desenvolvimento da colaboração entre instituições com intervenção direta ou indireta na saúde, é também um reforço da participação da comunidade.

A circunstância de um vogal executivo no C.A. das ULS ser proposto pelos municípios abrangidos/Comunidade Intermunicipal/Área Metropolitana deve, também, ser aproveitada para assegurar a participação efetiva da comunidade.

Contributo de Rui Monteiro

---

## VI – Liderança colaborativa para a conectividade organizacional

---

*Breve enquadramento* – O agrupar dos centros de saúde para fins de gestão de recursos (em 2008/2009) e a descentralização organizacional por equipas com autonomia técnica e organizativa levou a um processo centrífugo de autoisolamento das unidades funcionais em “ilhas”, por ausência de uma coordenação técnica próxima e eficaz, capaz de atuar numa escala populacional de referência < 100.000 habitantes. Isto é, uma coordenação com capacidade para ter uma visão integrada das determinantes sociais locais e das necessidades de saúde da população no seu conjunto. Na maior parte dos casos, os recém-constituídos *conselhos clínicos e de saúde* não conseguiram assegurar este papel. Em parte, pelo distanciamento à maior parte das unidades; em parte por défice de formação e competências para essa função; em parte por nunca terem tido apoio e reconhecimento formais, nomeadamente quanto ao seu regime de funcionamento e retribuição pela função, que nunca foi concretizada, num inaceitável incumprimento legal.

### **Pergunta 6 – Como promover Inteligência distribuída e liderança integradora nos CS?**

*- Como desenvolver coordenação funcional e lideranças colaborativas e integradoras que estimulem e inspirem a participação e o envolvimento dos profissionais e equipas de todas as diferentes unidades de cada centro de saúde – na prossecução de objetivos comuns? Evitando o ensimesmamento e isolamento das equipas em “ilhas” desligadas entre si.*

### **Promover nas unidades a consciência e comportamentos de alteridade organizacional**

Alguns aspetos desta questão já foram abordados nas anteriores. Destaco:

1. Lideranças eleitas pelo seu prestígio profissional;
2. Promover a comunicação entre as diferentes unidades, em pé de igualdade;
3. Combater a competição em favor da colaboração;
4. Promover a consciência da alteridade (nenhuma unidade vale isolada, só a colaboração/cooperação acrescenta valor).

Contributo de José Mendes Nunes

### **O centro de saúde deve fomentar a colaboração entre as unidades funcionais e potenciar o seu impacto na saúde da comunidade**

Penso que a solução passa por iniciar o debate em torno deste tema no seio das equipas. E será das suas respostas, face a problemas concretos, que surgirão as melhores soluções.

Lembrei-me, a propósito, de um dos primeiros textos que foi escrito e publicado, no âmbito da USF-AN, intitulado “Uma USF sozinha não sobrevive!” (nº zero da revista “Evolução”, em 2010). A ideia baseava a importância da referida nova organização como suporte ao crescimento das USF. No essencial, o raciocínio expresso, aplica-se ao renascer dos Centros de Saúde – há mil e uma tarefas, processos, procedimentos, regras, funcionalidades, ações, etc. que são comuns às USF, designadamente às que se situam numa comunidade e território de proximidade. Então o desafio é, como fazer para trabalhar bem, em menos tempo e com melhor qualidade, em torno daquilo que temos em comum?

Contributo de Bernardo Vilas Boas

### **Cultura de partilha de conhecimento e liderança que valorize a diversidade de perspetivas**

Fomentar inteligência distribuída e liderança integradora nos centros de saúde é crucial para enfrentar os desafios dinâmicos da área da saúde. Isso implica promover uma cultura de partilha de conhecimento e liderança que valorize a diversidade de perspetivas. A coordenação funcional, a estimulação da participação ativa e o envolvimento das equipas são elementos-chave. Evitar o isolamento das equipas, através de reuniões interdisciplinares e objetivos comuns, é essencial para garantir uma abordagem colaborativa e integrada. Essa transformação é vital para promover a resiliência organizacional, impulsionar a inovação e aprimorar a qualidade dos cuidados de saúde.

Contributo de Patrícia Martins

### **É necessário sair da cultura das organizações piramidais, de “comando-controle”**

Tudo deve começar num processo que acabe com a cultura, própria das organizações piramidais, de “comando-controle” bem presente na “inteligência hierárquica” da administração pública: “os de cima sabem muito, os do meio alguma coisa, os de baixo, pouco”.

Criar uma nova cultura organizacional/funcional tem de fazer parte de uma estratégia de mudança, que é difícil e demora tempo a consolidar. E tem de começar, sempre, por quem tem responsabilidades acrescidas na estrutura, seja de coordenação, direção ou administração.

Assim, tem de se começar por investir na (i) seleção de quem tem melhor perfil para liderar, na (ii) sua formação profissional, que tem de ser obrigatória, e (iii) na monitorização e avaliação do desempenho da equipa (satisfação profissional de todos e resultados conseguidos).

Contributo de Rui Monteiro

---

## VII – Prioridades

---

*Breve enquadramento* – A lógica hospitalocêntrica, a “crise das urgências”, as prioridades meramente reativas de respostas à doença, comprometem as estratégias preventivas e de promoção da saúde. Fica comprometido o reforço da literacia e da capacitação das pessoas / doentes para serem cada vez mais capazes de controlar e gerir os seus processos de saúde e as suas doenças crónicas, com o apoio das equipas de saúde pessoal e familiar.

### **Pergunta 7 – Quais as prioridades a ter em conta na afetação e utilização dos recursos nas ULS?**

*– Como evitar que os recursos dos centros de saúde / das suas unidades funcionais sejam direcionados para remediar necessidades conjunturais dos hospitais? Isto é, como impedir o desguarnecer da linha da frente na resposta às necessidades mais prioritárias, designadamente as preventivas e de promoção da saúde?*

#### **Blindagem dos recursos dos cuidados de saúde primários para evitar o seu desvio para os hospitais**

Todos os recursos (financeiros, humanos e materiais) devem estar explícitos em proporções fixas do que se destina às entidades hospitalares e de cuidados primários. Lei explícita que não permita o desvio de recursos.

Os conselhos de administração das ULS devem ter representantes dos CSP em paridade com os hospitalares.

Contributo de José Mendes Nunes

#### **Promover a convergência entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde secundários de acordo com as características e necessidades de saúde das populações**

Em qualquer modelo organizacional é necessário ter muito claro quais os objetivos a que a instituição pretende alcançar e qual o cronograma para o seu atingimento. Este facto é verdade em centros de saúde, ULS, ARS, e em muitas outras organizações.

Se a prioridade é a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde as escolhas têm de ser umas, se a prioridade é a reeleição, os votos, as reclamações, o bem parecer e a demagogia as escolhas serão certamente outras. Se acreditarmos no atual panorama do país a missão das instituições será construída com o articulado de qualidade, satisfação e sustentabilidade, mas as prioridades definidas pela gestão no dia-a-dia serão baseadas na resposta rápida, inconsequente, desorganizadora, desresponsabilizante e mal adaptativa.

O problema não está na definição das prioridades, mas sim no seu cumprimento efetivo. Como respeitar as promessas feitas durante a definição das prioridades? Como destriçar e balancear o urgente do importante?

Para atingir esta cultura organizacional muitos hábitos têm de ser alterados na organização, na gestão organizacional, no respeito individual a cada utente e a cada profissional. O desafio é a evolução da ULS para uma estrutura que promove a convergência entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados de saúde secundários (CSS) de acordo com as características e necessidades de saúde das populações que serve e não um conjunto (csp + css) em eterna disputa

de recursos e de competência, desrespeitando os próprios profissionais e utentes. Todos temos de mudar e reaprender. Vai ser melhor? não tenho a resposta, mas tem de ser diferente!

Contributo de Luísa Carvalho

### **Num cenário de gestão adequada de recursos a prioridade de afetação serão os cuidados de saúde primários**

Parece-me que o atual contexto de mudança para um modelo de financiamento baseado sobretudo em população servida e sua complexidade criará um incentivo para uma cobertura efetiva da população, na medida em que para caracterizar uma pessoa clinicamente (e adequar a classificação das suas necessidades de saúde) será particularmente relevante dar recursos aos cuidados de saúde primários para que tal possa ocorrer. Além disso, mesmo o receio de deslocação de recursos dos cuidados de saúde primários para os secundários no que a recursos das USF/UCSP/UCC diz respeito parece-me que é mais um receio de má-gestão, porque é o que essa situação será. Mesmo que se pretenda um benefício hospitalar com recursos dos CSP tal terá de ocorrer no contexto comunitário, isto num cenário de gestão adequada de recursos, o que é certo que nem sempre ocorre.

Contributo de Miguel Cabral

### **Prevenir a inversão de prioridades quanto à racionalidade na oferta de cuidados de saúde**

A organização de todo o SNS em ULS tem o risco de reforçar a “cultura hospitalocêntrica” invertendo as prioridades dos tipos de cuidados na resposta adequada às necessidades da população. É um risco que tem de ser prevenido, que a existir, põe em causa o desempenho global da ULS enquanto sistema coerente gerador de sinergias, que tem como finalidade principal servir uma determinada comunidade.

Nenhum nível se pode desenvolver à custa do outro, e a afetação de recursos, qualquer que seja a sua natureza, tem de constar do Regulamento Interno, elaborado pelo C.A. da ULS, que tem de ser aprovado pelo Ministro da Saúde (Artigo 10.º, do DL n.º 102/2023, de 7 de novembro. É através deste Regulamento que têm de ser acauteladas as prioridades para o nível dos cuidados de saúde primários, com destaque para a vertente da promoção da saúde e a prevenção da doença. Este dispositivo, da maior importância para uma gestão rigorosa e transparente (e não para limitar a autonomia), deveria obedecer a um modelo previamente definido pela Direção Executiva do SNS.

O nível hospitalar, (pela complexidade dos problemas de saúde que trata, pela complexidade das tecnologias que usa e dos custos avultados que envolvem, e, ainda, pela valorização dada pelas pessoas, políticos, comunicação social, e até por alguns profissionais de saúde do que se passa nos hospitais), não pode absorver os orçamentos essenciais, a atenção e as preocupações dos dirigentes.

Contributo de Rui Monteiro

---

## VIII – Contratualização e avaliação de desempenhos

---

*Breve enquadramento* – Existe já um longo percurso de procedimentos e de práticas de contratualização. Haverá que evitar que não se fiquem por rituais administrativos, desfasado das realidades e das prioridades e torna-las adequadamente consequentes.

### **Pergunta 8 – Como concretizar a contratualização como instrumento de governação clínica e de saúde a nível local – no âmbito das ULS e ao nível mais próximo de cada comunidade local?**

*– Como delinear e concretizar um sistema de contratualização, com acompanhamento e avaliação de desempenhos, com envolvimento da comunidade, enquanto instrumento decisivo para melhor governação clínica e de saúde nas ULS e nos centros de saúde?*

#### **Seleção criteriosa de um conjunto restrito de indicadores com elevada relevância para os utentes e focados em resultados de saúde e bem-estar**

Reduzir a contratualização a um mínimo de indicadores. Maior focagem na qualidade. Qualidade avaliada em ação, i.e., sem aviso prévio com a unidade a funcionar em condições normais e/ou por uso de “doente fantasma”. As avaliações devem ter carácter formativo, de melhoria contínua da qualidade, e não punitivo.

Os profissionais devem ser pagos pela sua função (vencimento). Não devem ter um suplemento para a fazerem bem. Quando se usa o chicote e a cenoura para aumentar o desempenho, acabamos por fugir do chicote e correr atrás da cenoura alienando o objetivo final (criar qualidade de vida).

Contributo de José Mendes Nunes

#### **A contratualização como instrumento de governação clínica e de saúde a nível local**

A implementação eficaz da contratualização em Unidades Locais de Saúde (ULS) e centros de saúde requer uma abordagem integrada e participativa. Isso inclui o envolvimento da Unidade de Saúde Pública na identificação de indicadores relevantes e metas realistas que têm por base o Plano Local de Saúde alinhado com o Plano Nacional de Saúde, a participação ativa dos profissionais de saúde, reconhecendo a sua experiência e incentivando a responsabilidade pela qualidade dos cuidados prestados, e a comunidade garantindo que as necessidades e expectativas locais são consideradas na definição dos contratos. Estes devem ser plurianuais para promover a estabilidade e a continuidade na prestação de cuidados de saúde. A avaliação contínua de desempenho para identificar áreas de melhoria e ajustar os contratos se necessário. Deve-se estabelecer um sistema claro de recompensas para o cumprimento de metas e inversamente, de sanções proporcionais para o não cumprimento, promovendo a responsabilidade e a excelência dos cuidados.

A contratualização pode ser eficaz como instrumento de governação clínica e de saúde a nível local, promovendo a qualidade dos cuidados, a participação da comunidade e a eficiência na gestão dos recursos.

Contributo de Patrícia Martins

### **A contratualização terá de regressar à ideia inicial do "commissioning"**

A contratualização terá de regressar à ideia inicial do "commissioning". Isto é, deve existir um conjunto de serviços que devem ser assegurados em matéria de qualidade que todos os serviços deverão cumprir como padrão mínimo de qualidade. O não cumprimento desses padrões deverá ser alvo de apoio e correção em termos de formação/recursos/projetos de intervenção comunitários. A contratualização deveria ser destinada apenas a questões mais pontuais consideradas relevantes no âmbito das necessidades técnicas da população servida ou das prioridades estratégicas definidas pela DE-SNS ou CA-ULS. De certa forma, a contratualização deveria funcionar como um mecanismo de "coaching" institucional, nessa vertente positiva de a população tem aqui uma necessidade particular, pelo que é necessário desenvolver uma resposta particular para a mesma que vai para além do que é o *modus operandi* habitual de uma unidade de saúde. Tudo o resto deverá ser visto na lente de uma normal prestação de cuidados de saúde, onde a consideração pela complexidade da população terá de existir de forma relevante. Também aqui me parece, por evidência ou por viés de formação, que os serviços de saúde pública serão particularmente relevantes, sobretudo na componente diagnóstica mais qualitativa ou pelo menos não tão dependente dos sistemas de informação atuais.

Contributo de Miguel Cabral

### **Necessidade de alinhamento entre o modelo de financiamento e o modelo de contratualização**

No texto introdutório do DL n.º 102/2023, de 7 novembro, que procede à criação das ULS, realça-se: (a) "Reconhece-se, assim, a centralidade da pessoa, pelo que um modelo integrado de cuidados permite a obtenção de ganhos em saúde, pela proximidade, pelo incremento da autonomia, promovendo os cuidados de saúde primários como base do sistema e reforçando os meios e os recursos para a sua missão"; (b) Refira-se que o amadurecimento deste modelo organizativo permite que as ULS beneficiem de novos instrumentos de gestão, designadamente: i) uma estratificação pelo risco, que identifique a distribuição da carga de doença na população; ii) sistemas de informação que potenciem a integração de cuidados, como o registo de saúde eletrónico único; iii) incentivos ao desempenho, financeiros e não financeiros, focados nos resultados e na criação de valor; e iv) modelos inovadores de prestação de cuidados, baseados em equipas que assumem compromissos centrados na resposta às pessoas, com destaque para as unidades de saúde familiar e as unidades de cuidados na comunidade, no âmbito dos cuidados primários, ou para área hospitalar, os centros de responsabilidade integrados.

Assim, o processo de contratualização nas ULS tem de acomodar as exigências da legislação aplicável, com destaque: (a) avaliação da satisfação do utente/doente (que decorre, também, da "centralidade da pessoa"); (b) "obtenção de ganhos em saúde", que é muito mais que a quantificação habitual do número de atos praticados; (c) "sistemas de informação que potenciem a integração de cuidados, como o registo de saúde eletrónico único" (a nível instrumental); (d) "incentivos ao desempenho" (que implica uma avaliação rigorosa e transparente); (e) criação de unidades de saúde familiar (USF) e centros de responsabilidade integrados (CRI).

Para o cumprimento destes objetivos, globais e quantificados (metas), é necessário um alinhamento entre o modelo de financiamento e o modelo de contratualização, que não é compatível com o simples somatório dos contratos de gestão dos hospitais e dos ACES.

Contributo de Rui Monteiro



---

## IX – Modelos de cuidados e equidade

---

*Breve enquadramento* – Atualmente, em Portugal e na generalidade dos países, existe um desacerto crescente entre o modelo de oferta de cuidados e os novos padrões de procura de cuidados, em natureza, quantidade e complexidade. Um dos desafios que se colocam a nível internacional e mundial é o de transformar os modelos de cuidados para responder adequadamente às novas necessidades e expectativas das pessoas e às novas realidades epidemiológicas das populações.

Paralelamente, têm aumentado os problemas de equidade de acesso a cuidados de saúde de qualidade, a começar pelos cuidados mais essenciais de saúde, os cuidados de saúde primários.

### **Pergunta 9 – Como adequar os modelos de cuidados nas ULS às necessidades das pessoas e das comunidades, nos seus contextos próximos e assegurar equidade nesse acesso – qual o papel dos centros de saúde?**

*– Qual o papel dos centros de saúde para adequar os modelos de cuidados ao perfil e complexidade das necessidades de saúde (e sociais) em populações envelhecidas e com iniquidades socioeconómicas, de saúde e de acesso a cuidados adequados?*

#### **Promover a literacia, capacitação e empoderamento dos cidadãos para gerir bem a sua saúde**

Promover a capacitação e o empoderamento dos cidadãos para cuidarem da sua saúde. Sem prejuízo de manter o apoio mais intensivo (e paternalista) dos menos capacitados.

Este empoderamento pressupõe que o doente quando precisa de apoio o deve ter no mais curto espaço de tempo. Por exemplo, por que é que uma pessoa com hipertensão arterial não é ensinada a manter a sua tensão nos valores alvo sem precisar de recorrer a uma consulta médica?

Usar sempre que possível a e-saúde (e-mails, “sms”, ou outros meios eletrónicos).

Tudo o que puder ser feito sem a presença do doente deve ser feito sem contacto presencial.

O grande objetivo das unidades de saúde e de todos os profissionais de saúde é que o utente não precise deles. MAS, se precisar sabe como, quando e onde os contactar/encontrar e consegue sempre concretizar esse contacto/encontro com a facilidade e celeridade desejável.

Todas as instituições que trabalham numa comunidade devem identificar a notificar qualquer necessidade de cuidado (de qualquer natureza) que identifiquem na comunidade que servem.

Contributo de José Mendes Nunes

#### **Cuidados no domicílio e integração assistencial diferenciada**

As ULS configuram o ecossistema organizacional com maior potencial para desenvolver respostas assistenciais modernas e qualificadas, a denominada resposta domiciliária ou de proximidade.

Constitui o único 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 Hospitalar (hospitalização domiciliária); ii) Rede Cuidados de Saúde Primários (atividade domiciliar USF/UCSP); iii) Rede Nacional de Cuidados Continuados (ECCI); iv) Rede Nacional de Cuidados Paliativos (ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos). A estas quatro respostas assistenciais mais

comuns, crescem em vários locais do país projeto de cuidados diferenciados para doentes crónicos complexos ou sobre utilizadores dos serviços de urgência.

O exemplo da ULS Matosinhos em que uma equipa coordenadora integra os vários projetos, entre a equipa intra-hospitalar e as equipas comunitárias permite cuidar de mais de 200 pessoas em cuidados de proximidade diferenciados diariamente. Este exemplo deveria ser discutido quanto ao seu potencial de replicação, após mais de uma década de experiência e resultados avaliados. Este 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 enfermeiro gestor de caso por cada 3 a 4 USF, com plano de visitas domiciliárias e com definição de critérios de entrada e alta e referenciação.

Contributo de Pedro Maciel Barbosa

### **Valorizar de uma forma diferenciada o trabalho nas localidades mais remotas e despovoadas**

As extensões de saúde, particularmente no interior do país, representam um elemento estruturante em comunidades com graves carências de transporte e onde “o posto médico” representa por vezes um último reduto de um serviço público nessas localidades mais remotas e despovoadas.

No entanto, no que respeita aos atuais pressupostos de contratualização das USF, estas estruturas não têm sido devidamente valorizadas. Assim, se por um lado temos uma realidade funcional que obriga a distribuir os seus profissionais em diferentes locais de trabalho em simultâneo, com toda a complexidade logística que acarreta, por outro lado essa exigência não só não é reconhecida como um elemento de qualificação adicional, como tem condicionado a uma crescente dificuldade na fixação de profissionais. A recente introdução do Índice de Complexidade de Utente poderá colmatar algumas das iniquidades existentes neste contexto, mas importa refletir sobre como valorizar de uma forma diferenciada estes profissionais de saúde.

Contributo de Tiago de Barros Mendes

### **Papel do Centro de Saúde para garantir equidade de acesso a cuidados de saúde essenciais a TODOS, na sua área de influência**

O Centro de Saúde tem de estar organizado para, de acordo com a Lei, assegurar cuidados de saúde primários essenciais a TODOS os residentes na sua área de influência, incluindo aos utentes sem equipa de família atribuída, utentes esporádicos e utentes em situação irregular (sem número de SNS).

Essa organização pode variar consoante as características de contexto e recursos mobilizáveis por cada centro de saúde. Pode, por exemplo, passar: por carteiras adicionais de serviços bem coordenadas entre as unidades de saúde familiar (USF) que integram o centro de saúde; por respostas de tipo «Via Verde Saúde», com equipas dedicadas; por contratação de serviços a entidades do setor privado ou social, etc. Mas, em qualquer dos casos, é essencial que exista um modo bem enquadrado, definido, coordenado e efetivo para minorar a inaceitável iniquidade que tem sido imposta a estes cidadãos, que já correspondem a mais de 17% da população.

Contributo de Alexandra Fernandes

### **O nível adequado para uma gestão de proximidade poderá variar de freguesia a município**

A existência de uma estrutura de gestão local de nível adequado, com área de influência específica e coincidente com áreas administrativas (a definir a proximidade, mas poderá variar de freguesia a município, por exemplo), permitirá também que a criação de informação sobre a saúde e as necessidades de saúde da população possam ser definidas pelos serviços de saúde pública para que se possam delinear respostas adequadas a essas comunidades, com os recursos existentes nessa e para essa comunidade.

Contributo de Miguel Cabral

### **Ter em atenção as necessidades decorrentes do envelhecimento da população e das circunstâncias geodemográficas de cada comunidade local**

Para além do já referido nos pontos anteriores, principalmente em **I** e **IV**, acrescentar: (a) importância da domiciliação dos cuidados que deve merecer especial atenção decorrente do envelhecimento da população e da crescente multimorbilidade; (b) criar as condições em equipamento e envolvimento e disponibilidade dos profissionais do centro de saúde que permitam o uso regular das tecnologias de informação e comunicação nos dois sentidos: cidadãos - centro de saúde - cidadãos; (c) dotar os centros de saúde que sirvam populações do interior residentes em aldeias distantes, normalmente pobres e com falta de transporte públicos, com “carrinhas/consultório” que permitam aos profissionais de saúde deslocações periódicas a esses locais.

Contributo de Rui Monteiro

---

## X – Governação em saúde a nível de uma comunidade local

---

*Breve enquadramento* – Desenvolver competências interligadas de governação, gestão e liderança em todos os níveis do sistema de saúde é cada vez mais uma necessidade inquestionável. Dispor destas competências a nível local é tão importante como em qualquer outro nível. (Anexo II)

### **Pergunta 10 – Competências de governação em saúde – clínica e populacional**

*– Como desenvolver e manter nas ULS e nos seus órgãos de direção, nos vários níveis, competências de governação clínica e em saúde populacional, capazes de ativar os centros de saúde como unidades operativas centrais para o sucesso dessa governação?*

#### **Competências da governação clínica e em saúde populacional numa comunidade local**

Uma adequada governação clínica e em saúde populacional pressupõe como ponto de partida o conhecimento mais ou menos aprofundado da saúde e dos seus determinantes, da população abrangida. Trata-se de um instrumento essencial - o perfil de saúde - que permite adaptar a oferta de serviços às necessidades da comunidade local.

O facto de se tratar de uma população mais ou menos envelhecida, com elevada prevalência de doenças crónicas, mais ou menos industrializada, mais ou menos participativa socialmente e com diferentes níveis de literacia, entre outras características, implica orientar o desenvolvimento dos serviços de saúde em diferentes níveis colaborativos sociais e de parcerias em saúde, com vista à construção do Plano Local de Saúde, assente na continuidade de cuidados de saúde.

Os princípios da governação local em saúde numa comunidade pressupõem um pensamento integral de médio prazo e longo e prazo, contribuindo para a sua realização todos os poderes e forças vivas locais que intervêm na melhoria da saúde e dos seus determinantes. São necessárias diferentes abordagens para cada um dos grupos envolvido: as pessoas em geral; os executivos e departamentos municipais; os prestadores de serviços de saúde e sociais; e os grupos comunitários.

Preparar um Plano Local de saúde é a forma mais eficaz de promover uma linha estratégica sobre a saúde. Podemos identificar 3 grandes etapas neste processo de planeamento de saúde comunitária:

1- Identificação dos problemas de saúde da população, estabelecendo uma ordem de prioridades, com foco na diminuição das desigualdades em saúde.

2- Conceber e pôr em marcha uma série de programas e projetos que respondam a estes problemas, e que atuem nas suas causas através de estratégias intersectoriais e de parcerias em saúde com envolvimento ativo da população

3- Avaliar o impacto sobre a saúde da população.

É importante enraizar a natureza de grande colaboração existente nas diferentes etapas. A escala de ação e a influência necessária só será atingida através do comprometimento de esforços de muitos colaboradores de diferentes setores, sendo que para tal se torna relevante:

1. Aumentar a consciência da saúde, um conceito que inclui as dimensões físicas, mentais e sociais;
2. Defender um planeamento estratégico que encoraje as políticas locais e adotar uma abordagem pró-ativa da saúde comunitária saudável;
3. Mobilizar a ação intersectorial, com criação de estruturas organizacionais e sistemas administrativos facilitadores e mobilizadores para a ação local;

4. Encorajar a participação comunitária, de modo a que as pessoas participem nas suas escolhas de estilos de vida e de utilização adequada dos cuidados de saúde;
5. Promover a inovação de modo a criar um clima propício à mudança;
6. Garantir uma política pública saudável, medindo os resultados em saúde alcançados.

Contributo de Celeste Gonçalves

### **As coordenações clínicas devem ser eleitas pelas equipas das respetivas unidades**

As coordenações clínicas devem ser eleitas pelas equipas das respetivas unidades e todos devem manter atividade clínica nas respetivas áreas de modo a manterem relação com a realidade da prática e a competência, destreza e proficiência profissional desejáveis, atualizadas.

Contributo de Pedro Maciel Barbosa

### **É necessário garantir uma adequada capacidade de gestão de proximidade**

Nesta fase de desenvolvimento das ULS parece-me essencial que continue a ser garantida de forma específica um elemento do Conselho de Administração da ULS com raízes na prestação de cuidados de saúde primários das áreas de influência da ULS, por regra com experiência de terreno recente para garantir uma adequada capacidade de gestão de proximidade. Será importante que as equipas de apoio a este elemento sejam elas também constituídas por elementos com essas origens ou com competências que promovam uma melhoria da prestação de cuidados a esse nível e de articulação com os restantes níveis de cuidados. Adicionalmente, será da maior importância que exista uma assessoria de proximidade por parte do serviço de saúde pública nestes diferentes níveis de gestão, fornecendo análises de situação de saúde da população para a tomada de decisão informada. Para isso seria particularmente relevante a criação/reforço dos observatórios de saúde.

Contributo de Miguel Cabral

### **O modelo de governação em saúde, deve assegurar que as diversas atividades/intervenções estejam alinhadas com as prioridades e objetivos de melhoria do estado de saúde da população**

Embora esteja previsto que o modelo integrado de cuidados das ULS, tenha a centralidade na pessoa/utente, o instrumento essencial de governação de saúde, deve ter como base o Plano Local de Saúde (PLS), que identifica as necessidades de saúde e define objetivos através de processos de planeamento em saúde de base populacional.

Todas as unidades funcionais devem “remar” no mesmo sentido, tendo em conta as principais necessidades de saúde da população, e sempre com o objetivo de melhoria da saúde e bem-estar definidos no PLS. As Unidades de Saúde Pública (USP) são fundamentais e têm a competência técnica no desenvolvimento da governação de saúde e sua operacionalização, nomeadamente nas áreas da observação e monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes, no planeamento em saúde, no estudo do impacte na saúde e na promoção da literacia em saúde.

O modelo de governação em saúde, deve assegurar que as suas atividades/intervenções de base individual ou populacional estejam alinhadas com as prioridades e objetivos de melhoria do estado de saúde da população, definidos no Plano Local de Saúde. A governação em saúde deve também estar alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, nomeadamente na Saúde de Qualidade e de Proximidade.

O modelo a adotar deve garantir efetividade (ganhos em saúde), eficiência (ao melhor custo, eliminando desperdícios e gastos supérfluos), equidade (reduzir as desigualdades em saúde), qualidade e melhoria contínua, motivação e satisfação dos profissionais, identificar prioridades,

monitorizar o desempenho, e integrar a participação das comunidades e das autarquias potenciando a proximidade e a continuidade da assistência em saúde.

Contributo de Ana Cristina Dias

### **Importância e necessidade de um plano de ação como instrumento para uma governação eficaz**

O Centro de Saúde deve ser um centro de prestação de cuidados em função das necessidades da comunidade e particularidades do território que serve. Para isso é imprescindível ter um diagnóstico local, atualizado em função das necessidades, realizado com envolvimento dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos, bem como a participação da comunidade quando houver maturidade para o efeito, e não só dos elementos da saúde pública local, chefias / líderes. É imprescindível um planeamento, com desenvolvimento de um plano simples e claro, conciso, com poucas prioridades e metas abrangentes, mas claras, que assente na cooperação e delegação de funções inclusive para a sua elaboração. Um plano de ação partilhado e coerente, incluindo as autarquias que têm papel decisivo em determinantes sociais da saúde que afetam a comunidade em geral. Só deixará de ser mais um documento para preencher uma *checklist e colocar na prateleira* se houver um verdadeiro exercício de autonomia, com prestação de contas, envolvimento dos profissionais que terão que prestar os cuidados e tempo dedicado para a sua concretização.

Contributo de Manuela Castanheira

### **O centro de saúde é a entidade que reúne condições para a governação em saúde de proximidade**

Considerando o proposto anteriormente, o centro de saúde, com contributos das autarquias, das organizações comunitárias, e da coordenação do SLS, é a entidade que reúne as melhores condições para a governança em saúde de proximidade.

Contributo de Rui Monteiro

## Síntese do Encontro-Webinar realizado a 10 de janeiro de 2024

### **Participantes**

*Alexandra Fernandes (Seixal); Ana Cristina Dias (Almada); Ana Sardinha (Porto); Bernardo Vilas Boas (Porto); Carla Gouveia (Odivelas); Gonçalo Envia (Sintra); Isabel Gonçalves (Sesimbra); Jaime Correia de Sousa (Porto); José Mendes Nunes (Almeirim); Luísa Carvalho (Amadora); M. Augusta Sousa (Lisboa); Manuela Castanheira (Vila Pouca de Aguiar); Maria João Lopes (Guarda); Nuno Jacinto (Évora); Pedro Maciel Barbosa (Matosinhos); Patrícia Martins (Barreiro); Rui Monteiro (Setúbal); Victor Ramos (Parede).*

### **Método**

Foi solicitado previamente a cada participante que lesse criticamente a versão de 08.01.2024 do documento-base. Deveria analisar os diversos contributos e perspetivas e preparar para o Encontro-webinar uma intervenção sucinta estruturada em três pontos:

- a) Qual o conceito | ideia | proposta que considere MAIS IMPORTANTE e impactante, ainda que possa haver várias outras ideias também importantes;
- b) Sinalizar algo que não esteja ainda contemplado no documento-base e que considere importante acrescentar;
- c) Destacar, eventualmente, algum aspecto com o qual não concorde, e porquê.

A amplitude, abrangência e diversidade de abordagens e de ideias plasmadas nos contributos escritos permitiu identificar:

- Aspectos essenciais consensuais a sublinhar e destacar;
- Omissões a corrigir ou aspetos menos claros a melhorar;
- Discordâncias relacionadas com modos de ver e de valorizar alguns aspetos

## Aspetos essenciais consensuais

### **Centro de Saúde e transferência de competências para as autarquias**

A abrangência geodemográfica das unidades locais de saúde (ULS) é muito diversa. Varia entre um concelho/município e 21 concelhos/municípios. Na verdade, a grande maioria das ULS tem um âmbito mais sub-regional do que local. É impossível, na maior parte dos casos, que consiga estabelecer comunicação, interações e dinâmicas colaborativas com tanta diversidade de comunidades locais e seus órgãos de soberania, bem como organizações e parceiros sociais

### **Centro de Saúde enquanto “nó” integrador e articulador da rede local de saúde**

As pequenas unidades funcionais (unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados na comunidade (UCC) e outras) corresponderam a um processo evolutivo dos centros de saúde. O propósito foi substituir o modelo de organização centralista burocrática por uma rede colaborativa de equipas multiprofissionais com autonomia técnica e organizativa. Porém, é o conjunto de unidades funcionais que constitui e dá corpo ao Centro de Saúde. A agregação dos centros de saúde em ACES, para tentar ganhar “escala” e obter autonomia de gestão de recursos, acabou por apagar a identidade local de cada centro de saúde e também não contribuiu para obter a almejada autonomia de gestão de recursos. Haverá que corrigir este problema.

Vários participantes no Webinar contribuíram para visualizar uma tripla função integradora, de interligação e de conectividade colaborativa:

- a) Como “nó” de interligação, coordenação e colaboração das várias unidades e áreas funcionais de saúde, para, em complementaridade e entrelaçada, garantirem as melhores respostas à população que servem;
- b) Como plataforma de trabalho na e com a comunidade e suas organizações;
- c) Como elo de ligação e comunicação com a rede de serviços e recursos no âmbito da ULS e com os seus órgãos de governação clínica e de administração organizacional.

Os centros de saúde devem, assim, passar a ser vistos como os “nós” vitais basilares da rede sistémica no SNS, incluindo o seu entrosamento com a sociedade e as comunidades e com a participação destas.

As unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), entre outras são as células que fazem o corpo do Centro de Saúde. Isoladas e desconectadas entre si, terão dificuldade e cumprir adequadamente a sua missão. Integradas no todo e coordenadas entre si podem produzir resultados e impactos muito além da simples soma das suas competências e capacidades de partida.

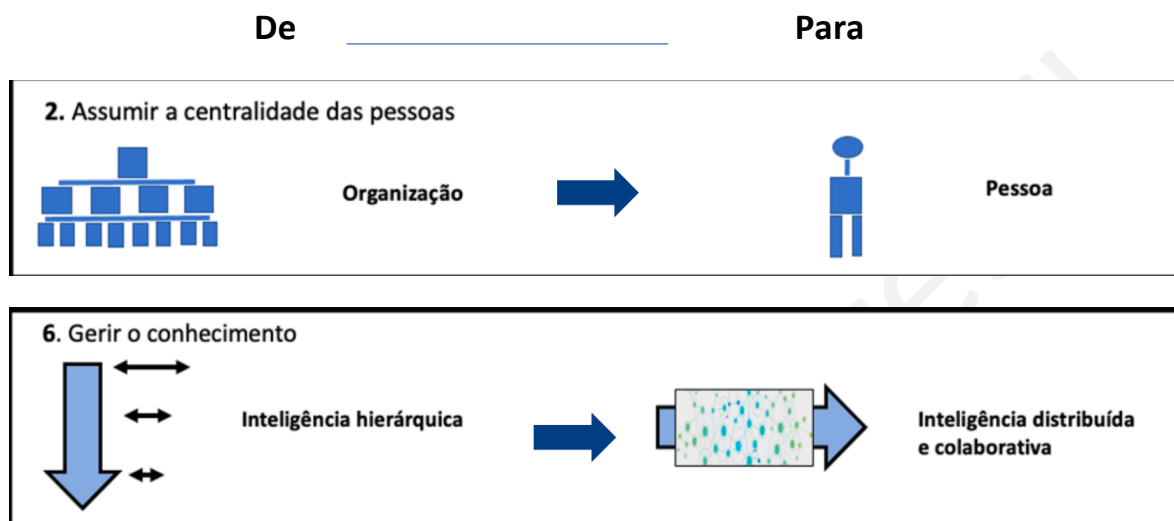
### **Centro de Saúde enquanto local de participação e de envolvimento social para promover a saúde e prevenir doenças evitáveis, na comunidade**

Várias intervenções destacaram a necessidade de desmontar ideias redutoras sobre a natureza, a missão e os âmbitos de intervenção dos centros de saúde e suas equipas/unidades funcionais. Foi afirmada a necessidade de desmontar a visão errónea dos CSP seja como “guarda-portão” (“*gatekeeper*”), seja como “porta de entrada/triagem” para os cuidados hospitalares. Foi sugerido adotar a metáfora mais apropriada da “sala de estar”, de um “espaço local”, contexto de encontro entre profissionais e utentes, por todos apropriado e participado, com o propósito de promover e proteger a saúde das pessoas e da população de cada comunidade.



### Evitar cair na lógica dos organigramas clássicos piramidais burocráticos

Deve evitar-se a visão de mais um “retângulo” num organigrama de tipo clássico, com cargos e chefias intermédias a atrapalhar a agilidade, o brio e a criatividade das unidades/equipas locais. A alternativa proposta é a de desenvolver dinâmicas organizativas próprias de uma organização em modelo de “rede neuronal” – colaborativa, de inteligência distribuída e capacidade de iniciativa descentralizada.



Figuras do Relatório: Fundação para a Saúde. *Serviço Nacional de Saúde. Transformar. Crónica sobre a Gestão da Mudança*. Lisboa, janeiro de 2024.

### Flexibilidade adaptativa

Evitar “modelos únicos” que correspondem habitualmente a visões centralistas simplistas, alheadas das realidades diversas das comunidades locais. O resultado mais provável serão bloqueios, atrofias e distrofias organizacionais e funcionais.

Privilegiar arquiteturas organizacionais flexíveis e adaptativas, em função das características e necessidades de cada comunidade local, embora enquadradas e orientadas por um conjunto de princípios, valores e regras comuns.

## Omissões a corrigir ou aspetos menos claros a melhorar

### **Desenvolver modelos de trabalho em equipas abertas, multiprofissionais, de composição dinâmica e flexível em função das necessidades das pessoas**

Deve evitar-se uma cristalização em modelos redutores, restritos e fechados em que a “equipa multiprofissional” é definida por meras normas de organização interna. O enfoque essencial deve mudar para modelos de trabalho em equipas abertas, multiprofissionais, de composição dinâmica e flexível em função das necessidades das pessoas. Tal implicará uma diversificação e reforço de competências em áreas essenciais para a literacia e capacitação das pessoas, para a promoção da saúde, para a prevenção de doenças evitáveis, tal como capacitar que as pessoas possam ser os principais atores na gestão da sua saúde, sobretudo quando vivem com várias doenças crónicas

### **Importância de desenvolver a área da Saúde e Medicina Rural**

Mais de dois terços do território de Portugal beneficiaria das abordagens de Saúde e Medicina Rural, hoje desenvolvidas em vários países do mundo e ainda muito incipientes ou inexistentes entre nós. Ademais, estas abordagens caminham de mãos dadas com as abordagens de “Uma Só Saúde” (“*One Health*”). A nível local, são indispensáveis parcerias entre centros de saúde, autarquias locais, empresas e organizações, bem como estratégias intersectoriais integradas e adequadamente coordenadas.

## Discordâncias relacionadas com modos de ver e de valorizar alguns aspetos

A principal discordância surgida foi a relativa às tecnologias de diagnóstico e terapêutica que deveriam estar disponíveis nos centros de saúde. Em geral tal discordância estava relacionada com experiências anteriores de desperdício de recursos, de equipamentos adquiridos que nunca chegaram a ter utilização efetiva e pela heterogeneidade de contextos, de circunstâncias e pelas desigualdades de recursos nas comunidades de origem dos participantes nos trabalhos.

## ANEXO I – Interface colaborativa entre subculturas sociotécnicas distintas

**Quadro I**  
***Cuidados de saúde primários e hospitais – como gerir a interface colaborativa 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>Cerne 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>Episódios 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>Complementaridade</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>Contratualidade</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 II – Uma perspetiva de *governança clínica e de saúde***

### ***Governança | governação - “pilotagem” para um destino desejado***

A governação em saúde pode ser vista como “viagem” e “pilotagem”: *mudança* intencional planeada de **pontos de partida** de organizações e estados de saúde de pessoas e populações, para **pontos de chegada**, incluindo: a) *rumos, direção e sentido*; b) *liderança motivacional de coletivos humanos*; c) *mobilização de recursos* e sua aplicação judiciosa; d) *condução eficiente* e segura até ao destino; e) *verificação/avaliação* dos resultados | sucesso da “viagem”.

A palavra governar tem origem etimológica na palavra grega **κυβερνώ** = KYBERNAN, “pilotar ou ir ao leme de um navio, dirigir”. Dela derivaram as palavras: “*cibernética*” e, através do latim, a palavra “*governar*”. Administrar | gerir | liderar | pilotar | governar – são “universos” com áreas de interseção e de sobreposição, embora com enfoques específicos que, por sua vez, condicionam atitudes e práticas dos dirigentes (Figura).



**Figura** - Diagrama ilustrativo de nuances, interseções e sobreposições de conceitos e áreas técnicas comumente associados às abordagens de governação, gestão e liderança em saúde.<sup>1, 2</sup>

1. Rodrigues A. *Governança clínica, governança “corporativa” e governança integrada*. In: Frederico M, Sousa F (coordenação). *Gerir com Qualidade em Saúde*. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda, 2022:3-20

2. Diagrama desenvolvido na pós-graduação experimental “Governança em saúde: clínica | populacional | política” realizada ao longo de 2023 na ENSP NOVA em parceria com dez organizações profissionais e técnico-científicas.