

PROPOSTA PARA A RECONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

Criação do Agrupamento de Centros de Saúde

Lisboa, 05 de Junho de 2007

Índice

Introdução	3
1. Os critérios para a reconfiguração dos centros de saúde	5
2. O Agrupamento de Centros de Saúde.....	7
3. A missão e a carteira de serviços do ACS.....	9
4. A composição e a estrutura do ACS.....	11
5. A composição e as competências dos órgãos do ACS	14
6. Âmbito de intervenção e coordenação das unidades funcionais	18
7. Implementação da governação clínica	21
8. Consagração da autonomia gestonária dos ACS.....	23
9. Prestação dos serviços de apoio.....	25
10. Implementação dos ACS	26

Introdução

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) foi criada há cerca de dois anos, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro, sendo o seu mandato prorrogado por mais dois anos pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007, de 24 de Abril, com a finalidade de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF).

Passado este período, e após a operacionalização de um processo técnico de constituição das USF, que contou com a forte adesão e envolvimento dos profissionais de saúde, a **MCSP está em condições de apresentar, ao Senhor Ministro da Saúde, uma proposta de reconfiguração dos centros de saúde que irá culminar a primeira fase da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal.**

A reforma dos cuidados de saúde primários, no âmbito da qual a reconfiguração dos centros de saúde é uma peça essencial, deve ser lida e compreendida no quadro mais vasto da reforma da administração pública que está em curso. Os princípios de racionalização de estruturas e recursos, de simplificação e de melhoria da qualidade, que inspiram a reforma da administração pública, são aqui concretizados com o processo de reconfiguração dos actuais centros de saúde e da extinção das sub-regiões de saúde.

As propostas apresentadas são o resultado de um trabalho da MCSP, que contou com o envolvimento de distintos actores, públicos e não públicos, os quais, através das suas opiniões e conhecimento produzido nas várias fases da discussão, contribuíram para enriquecer as propostas apresentadas. Para além desta participação, a MCSP contou ainda com o trabalho dos consultores do **Gabinete de Análise Económica (GANEC)** da Universidade Nova de Lisboa, os quais realizaram um levantamento de dados e informações junto das administrações regionais de saúde, das sub-regiões de saúde e dos próprios centros de saúde, bem como do **Instituto de Direito de Empresas e do Trabalho (IDET)** da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, na elaboração do ante-projecto de Decreto-Lei.

As várias propostas que aqui são apresentadas **foram ainda discutidas com os cinco presidentes das administrações regionais de saúde**, o que permitiu testar a validade do processo, por parte daqueles que são os principais responsáveis pela sua condução política, administrativa e correspondente operacionalização.

PROPOSTA PARA A RECONFIGURAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

Criação do Agrupamento de Centros de Saúde

1. Os critérios para a reconfiguração dos centros de saúde

A reconfiguração dos centros de saúde obedece a um duplo movimento: por um lado, a constituição de **pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população**, que proporcionarão maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de **contratualização interna**; e, por outro lado, **a agregação de recursos e estruturas de gestão**, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais ao nível dos cuidados de saúde primários que vão ao encontro das necessidades e expectativas da população.

Esta reconfiguração deverá ter em consideração dois aspectos fundamentais. O primeiro destes é criar condições estruturais para aumentar o nível de qualidade dos serviços existentes e preservar as afinidades culturais que os actuais centros de saúde representam para a população, enquanto base institucional dos cuidados de saúde primários. O segundo aspecto é a necessidade de projectar para o futuro uma forma de actuação mais racional, eficaz, inovadora e capaz de garantir a acessibilidade e a equidade dos cuidados de saúde junto da população.

O mapa das **novas unidades de gestão**, Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS), deverá ser o resultado do agrupamento das estruturas e serviços de apoio dos actuais centros de saúde. Esse agrupamento deve obedecer, em regra, a um **critério populacional que corresponda a um número de pessoas residentes entre 50 a 200 mil** e complementado por um conjunto de variáveis:

- acessibilidade geográfica;
- densidade populacional;
- índice de concentração urbana;
- índice de envelhecimento;
- acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares;
- divisão administrativa do território e as NUT III.

Por sua vez, na criação dos ACS deve ter-se em conta a necessidade de combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e os respectivos factores geodemográficos atrás enumerados.

A constituição das novas unidades, ACS, justifica-se quer do lado da gestão da oferta, quer do lado da gestão da procura, uma vez que:

- permite a organização de recursos especializados ao nível de uma escala superior, com ganhos na utilização de recursos escassos que se encontram dispersos, na realização de novos investimentos em estruturas, recursos humanos ou sistemas;
- possibilita a realização de estudos epidemiológicos sobre uma base populacional mais alargada, tornando técnica e cientificamente viável o estudo da ocorrência de patologias e problemas de saúde e, dessa forma, fundamentar uma melhor gestão previsional.

A criação concreta dos ACS, bem como a delimitação da área geográfica correspondente, **será efectuada por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta fundamentada da ARS, I.P. respectiva**, de acordo com os critérios referidos anteriormente e deverá conter:

- a identificação dos centros de saúde a integrar no ACS;
- a área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;
- a identificação, por categoria profissional, dos recursos humanos a afectar a cada centro de saúde;
- a denominação do ACS;
- a identificação do centro de saúde ou das instalações onde o ACS terá a sede.

2. O Agrupamento de Centros de Saúde

A nova estrutura resultante da reconfiguração dos centros de saúde e da extinção das actuais Sub-Regiões de Saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2006 e Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro) deverá designar-se **Agrupamento de Centros de Saúde (ACS)**. Esta designação corresponde à filosofia de racionalização de estruturas que preside à reconfiguração dos actuais centros de saúde sem, contudo, correr o risco de induzir erradamente junto da população, uma percepção de descontinuidade do serviço e de hipotético encerramento dos actuais centros de saúde concelhios.

Os ACS que irão emergir deste processo de reconfiguração poderão ser definidos como **unidades de gestão, compostos por um ou mais centros de saúde, integrados na ARS, I.P. ou em Unidade Local de Saúde, E.P.E. e responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde primários, bem como de coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários.**

A criação da equipa de gestão para o agrupamento de centros de saúde assenta em cinco objectivos que definem o seu âmbito:

- adequar e otimizar os recursos existentes ao nível dos centros de saúde introduzindo ferramentas de planeamento e monitorização, o que permitirá melhorar a qualidade do serviço, reduzir custos, racionalizar recursos e diminuir a burocracia;
- introduzir a diferenciação técnica e a governação clínica;
- coordenar a actuação das unidades funcionais sem prejuízo do grau de autonomia técnica e assistencial que se pretende que estas venham a ter;
- introduzir a contratualização interna com as diversas unidades funcionais; suportar as unidades mais dinâmicas e promover a adopção de boas práticas pelas restantes unidades;
- promover, de forma proactiva, a identificação de necessidades em saúde das comunidades que servem e apresentar propostas de afectação de recursos, visando ganhos de saúde para a comunidade.

Neste processo de reconfiguração, a marca “Centro de Saúde” deve ser capitalizada do ponto de vista social, através de um *marketing* adequado. O **Centro de Saúde continua** a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão e da sua família com o sistema de cuidados de saúde primários. A reconfiguração fará com que, no futuro, essa designação ganhe um novo significado, uma vez que o Centro de Saúde será identificado com uma prestação integrada de cuidados de saúde primários, tanto na vertente personalizada (individual e familiar), através das Unidades de Saúde Familiar (USF) ou das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), como na vertente comunitária de base populacional, através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Em suma, o *Centro de Saúde* passará a ser sinónimo de “*ponto de contacto*” para o cidadão, em matéria de cuidados de saúde primários. Mais acessível, mais rápido e com mais qualidade nos serviços que presta. Em termos organizacionais e para lá desse ponto de contacto, poderão existir as estruturas e as designações que a administração pública da saúde considerar adequadas. É também este o sentido da reconfiguração.

3. A missão e a carteira de serviços do ACS

O ACS deverá ter como **missão** assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à população da respectiva área de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos.

No seu **âmbito de intervenção** estará presente:

- a prestação de cuidados de saúde comunitários e de base populacional;
- a prestação de cuidados de saúde personalizados, facultando aos cidadãos o direito à livre escolha do seu médico de família;
- a gestão de recursos, valorizando as competências individuais e organizacionais, alcançando economias de escala e promovendo a transparência gestonária;
- e a cooperação com as entidades e instituições locais, fomentando o trabalho em parceria e a criação de sinergias.

O ACS irá prestar **serviços assistenciais e não assistenciais** aos cidadãos, às famílias, aos grupos sociais e à comunidade, através das suas unidades funcionais, sendo também a estrutura que irá assegurar os **serviços de apoio técnico e logístico** a essas mesmas unidades.

Através das suas unidades funcionais, o ACS irá prestar serviços de promoção da saúde, de prevenção da doença e de prestação de cuidados na doença, a reabilitação e a reinserção social.

Entre as suas principais **actividades**, o ACS deverá promover a ligação a outras entidades com vista a assegurar a continuidade dos cuidados de saúde, a vigilância epidemiológica, a formação profissional (desenvolvimento profissional contínuo e formação pré e pós graduada), a investigação, a monitorização e a avaliação dos resultados. Deverá, também, assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

Cabe-lhe também propor à ARS, I.P. o **alargamento da carteira de serviços**, ou a constituição de **novas carteiras de serviços**, que decorram de necessidades de saúde entretanto identificadas na população. Em caso de aceitação, por parte da ARS, I.P., estas propostas serão alvo de contratualização específica.

O ACS deverá assegurar às unidades funcionais que a integram, serviços de formação e desenvolvimento de competências, de planeamento, de controlo e avaliação dos resultados, de investigação e prospecção de novos serviços, de gestão da comunicação com o utente e a comunidade, de gestão das tecnologias e da informação, de gestão e manutenção de bens e equipamentos, de logística, de compras e de apoio técnico e administrativo em áreas comuns.

4. A composição e a estrutura do ACS

O ACS é dirigido por um **Director Executivo** e composto por um **Conselho Clínico**, um **Conselho da Comunidade** e por uma **rede de unidades funcionais** de prestação de cuidados de saúde.

Estas **unidades funcionais** são as seguintes: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional com autonomia técnica e funcional, e actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACS e tem um coordenador.

Em cada centro de saúde componente do ACS funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACS terá somente uma USP e uma URAP.

No desenho da estrutura orgânica do ACS devem estar consignados os princípios da flexibilidade organizacional, da liderança efectiva (Director Executivo), da integração da visão das principais partes interessadas (*stakeholders*), da comunidade (Conselho da Comunidade) e da autonomia técnica da governação clínica (Conselho Clínico).

A Equipa de Coordenação Local dos Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI), referida na respectiva legislação - podendo existir mais do que uma – exercerá as suas competências de forma articulada e directa com o Conselho Clínico, tendo um âmbito transversal a todo o ACS.

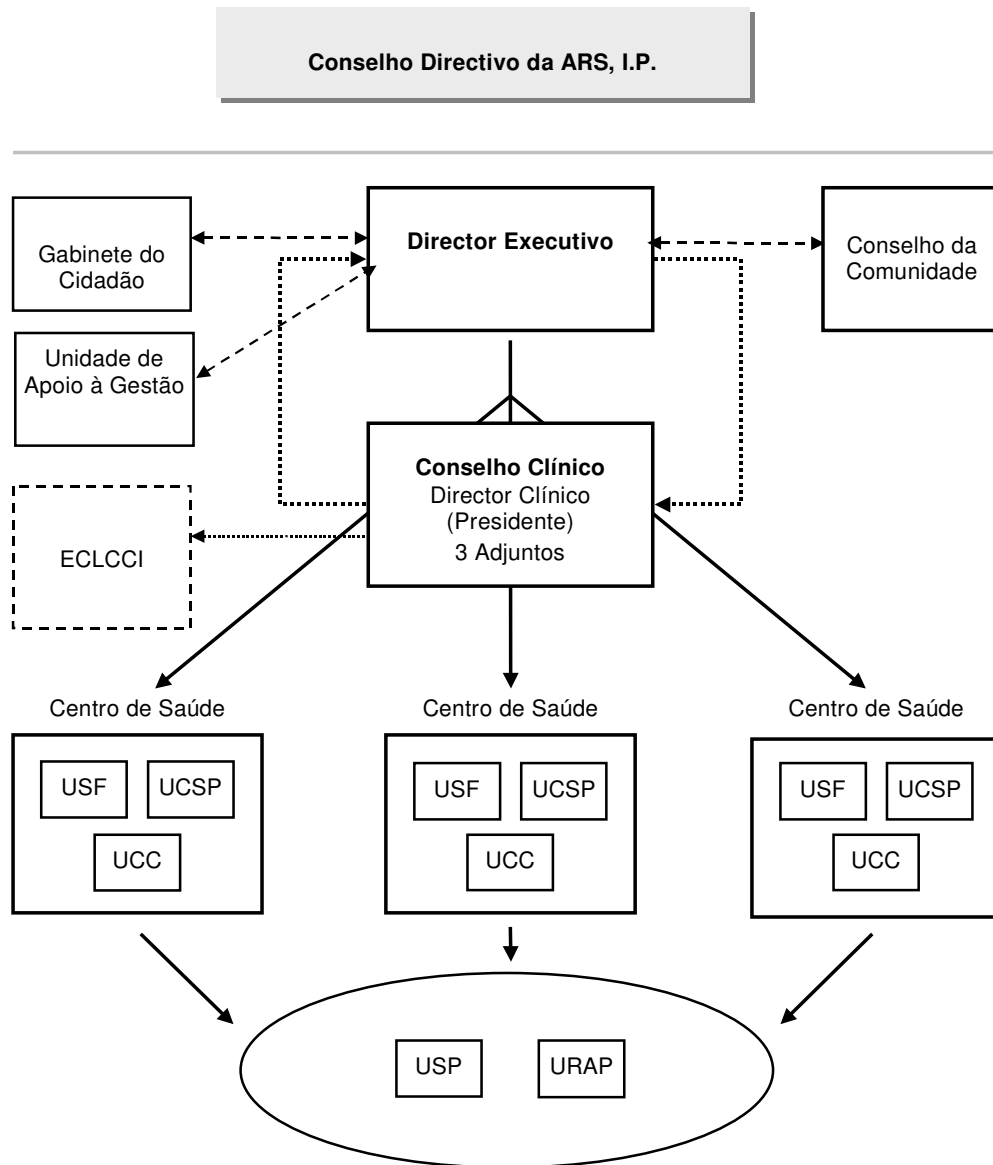
O ACS participará, através da UCC, na rede nacional de cuidados continuados integrados, nos termos da legislação respectiva.

Existirão ainda, na dependência do director executivo:

• **O Gabinete do Cidadão:** a estrutura funcional responsável por informar os utentes dos seus direitos e deveres na qualidade de utilizadores dos cuidados de saúde primários, acompanhar o respectivo acesso aos cuidados de saúde, pela avaliação da sua satisfação e pela gestão das reclamações e sugestões. O gabinete do cidadão deve estabelecer canais de comunicação e articulação com cada unidade funcional ou centro de saúde do ACS.

• **A Unidade de Apoio à Gestão:** núcleo de apoio administrativo e logístico, organizado numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACS, prestando apoio administrativo e geral ao director executivo e às unidades funcionais, (por exemplo proceder à recolha e depósito das receitas cobradas, categorização de documentos e envio para processamento em unidades de serviço partilhados, gestão de stocks, controlo da facturação, análise de informação de gestão, entre outros). Compete ainda a esta unidade a coordenação dos serviços de auxiliares de apoio e vigilância, um serviço partilhado pelas unidades funcionais do ACS.

O **organograma** do ACS deverá ter a seguinte configuração:



Legenda:

- ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados.
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.
- URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.
- USF – Unidade de Saúde Familiar.
- USP – Unidade de Saúde Pública.

5. A composição e as competências dos órgãos do ACS

DIRECTOR EXECUTIVO

É designado por deliberação fundamentada do conselho directivo da ARS, I.P. Pode designar, em cada centro de saúde, um coordenador de unidade funcional como seu representante, primordialmente para contactos com a comunidade.

CRITÉRIOS DE DESIGNAÇÃO

- Formação em gestão, preferencialmente na área da saúde;
- Experiência em funções de gestão de equipas de CSP;
- Experiência em funções de planeamento e organização de CSP;
- Experiência em negociação, contratualização e avaliação em saúde.

COMPETÊNCIAS

As previstas no estatuto do pessoal dirigente e nos estatutos das respectivas ARS, I.P., nomeadamente gerir as actividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACS, competindo-lhe, designadamente:

- celebrar contratos-programa com a ARS, I.P. e contratos de execução com as unidades funcionais;
- aprovar os planos plurianuais e anuais de actividades do ACS, com os respectivos orçamentos;
- elaborar o relatório anual de actividades e a conta de gerência;
- promover a instalação e o funcionamento de um sistema eficaz de informação e comunicação;
- verificar a regularidade da contabilidade e da escrituração;
- elaborar o regulamento interno do ACS e submetê-lo a aprovação da ARS, I.P.;
- avaliar o desempenho das unidades funcionais e de outros serviços, e responsabilizá-los pela utilização dos meios colocados à sua disposição e pela realização dos objectivos ordenados ou acordados;

- promover a intercooperação das unidades funcionais, nomeadamente através de reuniões periódicas com os respectivos coordenadores e celebrar, com autorização da ARS, I.P., protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não;
- promover a divulgação pública, pelos meios adequados, inclusive através de um sítio na Internet, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACS, dos respectivos planos e relatórios de actividades e dos pareceres sobre eles emitidos pelo Conselho da Comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projectos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACS.

CONSELHO CLÍNICO

Órgão de governação clínica composto por um **Director Clínico (Presidente) e por três vogais**. O Director Clínico é um médico da especialidade de medicina geral e familiar, habilitado, pelo menos, com o grau de consultor e com 5 anos de efectiva experiência clínica na especialidade, nomeado pelo conselho directivo da respectiva ARS, I.P., sob proposta do Director Executivo.

Um dos vogais do conselho clínico é enfermeiro com a categoria de, pelo menos, enfermeiro especialista; os outros dois vogais são designados de entre profissionais de saúde do ACS.

CRITÉRIOS DE DESIGNAÇÃO

- **Técnica** – conhecimentos técnicos profundos nos CSP, conhecimento em processos de garantia da qualidade dos cuidados, auditorias e gestão do risco;
- **Interpessoal** – conhecimento acerca do comportamento humano e processos de trabalho de equipas e de grupo;
- **Cognitiva** – capacidade analítica, de conceptualizar relações complexas, pensamento divergente, raciocínio indutivo e dedutivo.

COMPETÊNCIAS

Assegurar a governação clínica no ACS, promovendo a disseminação e a incorporação de boas práticas na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente:

- organizar e supervisionar as actividades de formação contínua;

- dar instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes;
- análise de efectividade de práticas clínicas, adopção de protocolos e práticas baseadas na evidência, homogeneização das práticas utilizadas nas várias unidades funcionais;
- fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde;
- realização de auditorias clínicas e gestão do risco;
- dar parecer e acompanhar a execução dos planos anuais de acção das unidades funcionais do ACS;
- promover a divulgação de medidas de desempenho, garantindo a transparência;
- promover a investigação e aprendizagem interna;
- decidir sobre conflitos de natureza técnica;
- verificar o grau de satisfação dos profissionais.

CONSELHO DA COMUNIDADE

Órgão consultivo, composto por:

- um representante de cada município abrangido pelo ACS, designado pelas respectivas assembleias municipais;
- um representante do Centro Distrital de Segurança Social, designado pelo Conselho Directivo;
- um representante das escolas, designado pela Direcção Regional de Educação;
- um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado pelo órgão executivo da associação representativa das mesmas;
- um representante da associação de utentes do ACS, designado pela respectiva direcção;
- um representante das associações sindicais, designado pelas mesmas;

- um representante das associações de empregadores, designado pelas mesmas;
- um representante das equipas de voluntariado;
- um representante da protecção civil da área de influência do ACS.

COMPETÊNCIAS DO CONSELHO DA COMUNIDADE

Assegurar a participação das várias partes interessadas presentes na comunidade nos processos de planeamento e execução de estratégias e actividades do ACS:

- acompanhar a actuação do Director Executivo através da análise de relatos económico-financeiros;
- dar parecer sobre o plano e o relatório de actividades do ACS;
- propor acções de promoção da saúde e de combate à doença a realizar pelo ACS em parceria com as instituições representadas no conselho da comunidade;
- dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado.

6. Âmbito de intervenção e coordenação das unidades funcionais

Cada unidade funcional deve assentar numa equipa multiprofissional com autonomia funcional e técnica, identificando-se como um centro de produção e de custos e actuando em intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACS.

- **UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR (USF)**

A USF está regulamentada em legislação própria (DL das USF).

- **UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS (UCSP)**

A UCSP tem dimensão idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo constituída por equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF.

Depende hierarquicamente do Director Executivo e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica.

O coordenador da UCSP é designado pelo Director Executivo do ACS, ouvido o Director Clínico, de entre os médicos da especialidade de medicina geral e familiar, habilitados com o grau de consultor e com, pelo menos, 5 anos de efectiva experiência clínica.

- **UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE (UCC)**

A UCC é uma unidade de actuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde, especialmente quando estejam em causa grávidas, recém-nascidos e pessoas com maior dependência física e funcional ou com doenças que requeiram acompanhamento mais próximo e regular. Incluem-se também como alvo da intervenção desta unidade as crianças vítimas de maus-tratos, com insucesso escolar ou necessitando de estimulação precoce.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, que dedicam à actividade da unidade funcional a totalidade ou parte dos seus períodos normais de trabalho, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

O coordenador da UCC é designado, de entre os profissionais da UCC, pelo Director Executivo do ACS, ouvido o Conselho Clínico.

• **UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA (USP)**

A USP desempenha funções de observatório de saúde da sua área geodemográfica de influência (ACS), competindo-lhe especificamente:

- a identificação das necessidades de saúde da população e a monitorização do seu estado de saúde e factores determinantes;
- a avaliação do impacto, sobre o estado de saúde, das várias intervenções;
- a vigilância epidemiológica;
- a supervisão e gestão dos programas e projectos de intervenção no âmbito da defesa, promoção e protecção da saúde da população ou de grupos desta;
- colabora ainda, e de acordo com a legislação aplicável, a função de autoridade de saúde.

A constituição de uma unidade única ao nível do ACS implica a partilha de recursos que se encontram actualmente dispersos nos Centros de Saúde.

O coordenador da USP é designado pelo Director Executivo do ACS, ouvido o Conselho Clínico, de entre médicos da especialidade de saúde pública habilitados com o grau de consultor e, pelo menos, 5 anos de efectiva experiência em centros de saúde.

• **UNIDADE DE RECURSOS ASSISTENCIAIS PARTILHADOS (URAP)**

A URAP é uma unidade funcional de apoio às restantes unidades do ACS, que integra profissionais titulares de especialidades tais como medicina hospitalar, medicina dentária, higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais. Os recursos da URAP podem estar concentrados ou distribuídos pelos centros de saúde, sendo partilhados pelo ACS.

O coordenador da unidade de recursos assistenciais partilhados é designado pelo Director Executivo do ACS de entre profissionais de saúde com pelo menos cinco anos de experiência na respectiva área profissional.

Os **coordenadores das unidades funcionais** exercem as suas funções com respeito pela autonomia técnica e profissional do pessoal afectado à unidade, em conformidade com o previsto nos respectivos estatutos profissionais, competindo-lhes, designadamente:

- a) programar as actividades da unidade, elaborando o plano anual de acção com a respectiva dotação orçamental previsional;
- b) assegurar o funcionamento eficiente da unidade e o cumprimento dos objectivos programados, promovendo e incentivando a participação dos profissionais na gestão da unidade e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no centro de saúde e no ACS;
- c) assegurar a qualidade dos serviços prestados e a sua melhoria contínua, controlando e avaliando sistematicamente o desempenho da unidade;
- d) promover, ouvindo os profissionais da unidade, a consolidação das boas práticas na prescrição e a observância das mesmas;
- e) elaborar o regulamento interno da unidade e propô-lo, para aprovação, ao director executivo;
- f) elaborar o relatório anual de actividades;
- g) representar a unidade perante o director executivo.

7. Implementação da governação clínica

A governação clínica nas organizações de saúde é a actividade responsável pela melhoria contínua dos seus serviços, garantindo padrões de qualidade através da criação de um ambiente que permita o desenvolvimento da excelência clínica. Assenta em cinco pontos-chave: melhoria, mudança, aprendizagem, transparência e responsabilidade.

A governação clínica nos ACS é entendida como uma fórmula que integra diferentes elementos (valores, técnicas de gestão, aproximação estratégica, entre outros), a maioria dos quais relacionadas com a qualidade clínica (medicina baseada na evidência, auditorias, acreditação, entre outros). Implica, designadamente, a elaboração de um plano anual de melhoria da prática clínica.

Uma das missões da governação clínica é garantir a inovação e aprendizagem de todos os profissionais que integram o ACS. Compete-lhe reconhecer, validar e garantir a implementação nas unidades funcionais, de linhas de orientação técnica, quer as decorrentes das boas práticas internas, quer as provenientes de outras entidades, tais como as emanadas das autoridades de saúde.

Nos ACS, a governação clínica é da responsabilidade do Conselho Clínico, que exerce a sua autoridade nesta matéria em articulação com as competências do Director Executivo. Em matérias relacionadas com o exercício da prática clínica é exigido o parecer do Conselho Clínico. Noutras matérias, designadamente no processo de planeamento de programas de saúde a nível local, o Director Executivo deve solicitar ao Conselho Clínico a emissão de parecer não vinculativo. Estabelece-se assim, um equilíbrio entre estes dois órgãos, naquilo que será a governação global do ACS.

Em suma, no desenho da nova estrutura do ACS, foram considerados factores organizacionais que permitem influenciar positivamente a eficácia da governação clínica:

- **autonomização da governação clínica:** diferenciação entre quem promove a governação clínica e quem gere administrativamente o ACS – que é garantida pela separação entre funções de gestão e funções clínicas;
- **existência do Conselho Clínico:** promove a comunicação entre profissionais e o diálogo entre as várias unidades funcionais e, deste modo, a partilha de experiências fundamentais à governação clínica;

- **influência sobre a tomada de decisões do ACS:** designadamente na afectação de recursos a projectos na área de governação clínica;
- **organização em aprendizagem constante:** promovida pela existência de equipas multi-profissionais e pela existência de órgãos com representatividade dos diversos *stakeholders* (Conselho da Comunidade).

8. Consagração da autonomia gestonária dos ACS

A autonomia de gestão dos ACS não terá correspondência no tradicional estatuto jurídico da autonomia administrativa e financeira, por razões que se prendem com os princípios que presidiram à reestruturação da administração central do Estado. A autonomia traduz-se, assim, numa transferência de competências e de responsabilidades da ARS, I.P. para o ACS.

Essa transferência de competências, nunca deverá ser inferior à que existe actualmente nas sub-regiões de saúde, devendo assentar em três pilares:

(1) responsabilidade de planear a actividade da ACS e investimentos em novos recursos numa óptica de optimização da capacidade disponível;

(2) competências efectivamente delegadas pelo Conselho Directivo da ARS, I.P. que atribui ao Director do ACS responsabilidade na cadeia hierárquica de decisão;

(3) na contratualização da prestação com a ARS, I.P. e com as unidades funcionais.

A transferência de poderes para os ACS deve ficar estabelecida num **contrato-programa**, ou seja, um acordo celebrado entre o Director Executivo do ACS e o Conselho Directivo da ARS, I.P., pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACS e os recursos a afectar à sua realização e se fixam as regras respeitantes à respectiva execução. Este contrato-programa deve obedecer a um modelo nacional que preveja os seguintes elementos:

- âmbito, prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde;
- objectivos anuais, e metas quantitativas em cada área de intervenção do ACS;
- indicadores de controlo da qualidade da prestação de cuidados de saúde, previstos no sistema de informação;
- instrumentos de acompanhamento e avaliação das actividades assistenciais e económico-financeiras do ACS;
- critérios de atribuição de recursos, em função do cumprimento de metas;

- mecanismos para a continuidade da prestação de cuidados de saúde, em especial os relativos à articulação funcional com a rede de cuidados hospitalares e a rede de cuidados continuados integrados;
- modalidades de apoio técnico da ARS, I.P. à gestão do ACS;
- plano estratégico;
- mecanismos de salvaguardas para evitar rupturas na prestação de cuidados de saúde;
- revisão anual;
- tipificação de despesas;
- contratação de pessoal.

9. Prestação dos serviços de apoio

O processo de constituição dos ACS coincide com a fase de extinção das 18 sub-regiões de saúde (DL nº 212/2006). Os serviços de apoio ao funcionamento dos ACS, que actualmente são assegurados pelas sub-regiões de saúde, podem migrar para um prestador externo, numa lógica do cliente-fornecedor, ou seja, de serviços partilhados. Uma vez que os ACS não irão possuir autonomia financeira, a formalização deste contrato de prestação de serviços partilhados é, em princípio, assegurada pelas ARS, I.P.. O prestador de serviços partilhados pode ser encontrado na própria estrutura do Estado, existindo hoje uma empresa pública recentemente criada para o efeito, Empresa de Gestão Partilhada de Recursos da Administração Pública (GERAP), bem como o próprio Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH) que, num processo de reorganização e renovação estratégica, assume-se agora como potencial prestador destes serviços também na área dos CSP. Outro modelo possível é o da criação de uma unidade específica pelas ARS, I.P.. De qualquer forma, pode não existir um único modelo para as cinco ARS, I.P..

Independentemente do modelo que cada ARS, I.P. implementar, a relação com os serviços partilhados deve funcionar de acordo com as seguintes premissas:

- existência de uma relação cliente-fornecedor, regulada por um protocolo de prestação de serviço negociado entre as partes;
- a estrutura prestadora terá de ser orientada para o cliente, com clara definição de níveis de serviço e métricas de performance associadas aos serviços prestados;
- o desempenho do prestador deve ser monitorizado de forma regular recorrendo aos indicadores e métricas previamente acordados.

Apenas devem residir no ACS serviços técnicos de suporte directamente relacionados com a prestação de cuidados de saúde e serviços administrativos básicos.

10. Implementação dos ACS

O processo de implementação dos ACS, designadamente no que se refere às equipas de gestão que irão constituir as respectivas direcções executivas, deve ter como referência as seguintes etapas: selecção, arranque, formação, acompanhamento e transparência.

1. Selecção dos futuros gestores

A nomeação dos dirigentes dos ACS cabe ao Conselho Directivo da respectiva ARS, I.P.. A identificação dos potenciais profissionais com as características necessárias para o desempenho desta função é determinante. O processo de recrutamento e selecção deve ter por base os perfis de liderança que vierem a ser identificados.

Estes gestores serão um activo valioso na liderança do processo de transformação, pelo que será necessário que se encontre não apenas um potencial de excelentes prestações individuais, mas também um conjunto de indivíduos dedicados a trabalhar em equipa, capazes de se alinharem numa direcção clara. Este processo será tanto mais facilitado quanto maior o grau de confiança pré-estabelecida entre os seus membros.

2. Arranque

Numa fase inicial a equipa de gestão deverá preocupar-se em colocar a nova estrutura em funcionamento, procedendo à criação da hierarquia técnica definida para o ACS, reorganização das unidades funcionais e nomeação de coordenadores, bem como a constituição do Conselho da Comunidade. É importante envolver todos os colaboradores no processo de transformação organizacional. Será ainda importante realçar as seguintes prioridades:

- definição do plano estratégico a três anos que concretize a visão estratégica;
- avaliação dos actuais processos de contratualização com as USF;
- preparação do primeiro processo de contratualização com a ARS, I.P.;
- estabelecimento dos mecanismos de controlo interno.

Não deve ser confundido este processo de constituição dos ACS com a reorganização dos serviços de suporte técnico resultantes da extinção das SRS. Os dois processos de mudança são paralelos e por isso o *timing* de

implementação não tem de coincidir. Mais, compete às ARS, I.P. e não aos ACS assegurar a transição dos serviços de suporte técnico para unidades de serviço partilhados. Obviamente os níveis de prestação devem ser negociados com os directores dos ACS e devem ser introduzidos os ajustamentos necessários nos pontos de interligação.

3. Formação

O arranque da nova estrutura de gestão deve ser precedido ou acompanhado em simultâneo por um período de formação para a equipa de gestão. Esta formação deve ser planeada a nível nacional, ter um tronco comum para toda a equipa a nível de liderança, acções de *team-building*, economia da saúde, governação clínica e módulos específicos focados nas características sócio-profissionais de cada perfil. A preparação destas acções de formação deverá ser entregue a uma organização especializada em formações multi-disciplinares de alta gestão.

4. Acompanhamento

A MCSP deve acompanhar o processo de implementação dos novos processos de gestão e do novo organograma, colmatando lacunas na formação dos profissionais da equipa de gestão e difundindo novas práticas desenvolvidas pelas equipas de gestão dos ACS, através de um sistema de *coaching*. Dada a sua importância, a implementação do modelo de governação clínica deve ser acompanhado por uma rede mista de consultores internos e externos.

O sucesso de implementação dos ACS passa por definir objectivos claros, acompanhar a implementação, monitorizar resultados garantindo que os objectivos estão a ser alcançados e que o serviço não evidencia sinais de deterioração, bem como tomar as necessárias acções correctivas para manter o rumo.

A equipa de gestão deve definir e monitorizar ganhos de curto prazo de forma a promover o processo de mudança. Deve também monitorizar o desempenho nas diversas áreas de prestação assistencial para acautelar quebras de prestação motivada pelo processo de mudança. Um indicador para sinalizar ganhos de curto prazo será a taxa de cobertura da população por médico de família, ou custos de operação.

5. Transparência

O desenvolvimento de competências em gestão e liderança constitui não apenas uma condição indispensável de reforço dos processos de mudança e inovação nos CSP, como uma necessidade amplamente reconhecida. Por isso, qualquer

um dos desideratos apontados suscita a necessidade de um papel mais activo dos dirigentes, de uma gestão efectiva, estratégica e participativa, capaz de influenciar dinamicamente toda a organização.

No âmbito da criação das condições que permitem uma participação activa do cidadão no sistema, no qual as instituições estabelecem e desempenham políticas para e com os cidadãos, de forma a garantir e manter a sua confiança e envolvimento, a gestão da informação é crucial. No entanto, a cultura predominante na administração pública tende a classificar muita da informação como confidencial. Perante este quadro, urge modificar o comportamento dos decisores públicos, que devem compreender que informação detida pelos organismos públicos pertence aos cidadãos, a todos eles deve servir e a estar acessível.

Assim sendo, neste processo de reforma, importa alterar rotinas e possibilitar que o cidadão tenha acesso, na respectiva página *Web* do ACS, a um mínimo de informação, nomeadamente:

- informação sobre a capacidade instalada em cada ACS (que serviços presta e como aceder a eles) e nas suas unidades funcionais, e, se possível, estimativa do número de actos que é possível e desejável esperar-se;
- indicação das taxas de cobertura dos centros de saúde e do número de cidadãos sem médico de família;
- plano e relatório de actividades;
- parecer sobre o plano de actividades emitido pelo Conselho da Comunidade;
- informação sobre projectos de qualidade existentes nas várias unidades de saúde e, se possível, suas conclusões, no sentido de não só aumentar o conhecimento que os cidadãos têm destas unidades, mas também a sua transparência para com a sociedade;
- indicadores de execução;
- indicadores da satisfação dos utentes e profissionais.

**Missão para os Cuidados de Saúde
Primários**
