

***GOVERNAÇÃO CLÍNICA E GOVERNAÇÃO DE SAÚDE
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS***

PERGUNTAS E RESPOSTAS ESSENCIAIS

DEZEMBRO 2017

FICHA TÉCNICA

Este documento nasceu no âmbito dos trabalhos do Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários.

Título:

GOVERNAÇÃO CLÍNICA E DE SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Perguntas e Respostas Essenciais (*documento em progresso*)

Autores:

António Rodrigues

Manuela Mendonça Felício

GOVERNAÇÃO CLÍNICA + GOVERNAÇÃO ESTRUTURAL =

= GOVERNAÇÃO INTEGRADA

SECÇÃO 1

1. Governação Clínica – como nasceu o conceito?

Em resposta à dominação burocrática e “financeirista” que progressivamente se foi instalando no Serviço Nacional de Saúde Britânico, que conheceu o seu auge nos anos 90 do século passado, e que teve como consequência maior a redução dos profissionais de saúde a meros agentes de produção controlados por uma máquina administrativa vincadamente orientada por objectivos de produção e financeiros – com a decorrente deterioração da qualidade na prestação de cuidados de saúde –, foi contraposta uma forma inovadora de se pensarem as organizações de saúde e a participação dos seus profissionais na gestão do sistema de saúde.

Essa resposta plasmou-se no conceito de **Clinical Governance** (que passaremos a designar por “Governação Clínica”) que viria a ser consagrado no documento governamental “*A First Class Service – Quality in the NHS*” (1998) e que nele era definido como:

“Um enquadramento pelo qual as organizações do *National Health Service* são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, bem como pela salvaguarda de altos padrões de qualidade, mediante a criação de um ambiente no qual a excelência clínica se desenvolverá.”

O *Department of Health*, noutro documento - *The new NHS: modern, dependable* (também, de 1998) - descreveu-o como:

“Um novo sistema para garantir que os padrões clínicos desejados são alcançados e que os processos em uso garantem, progressivamente, a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde”.

Em Portugal, a Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento aos Cuidados de Saúde Primários da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, em 2017, definiu-a como:

“Um sistema de conhecimentos, de atitudes e de práticas de pilotagem individual, de equipas e de serviços para obter resultados em termos de **efectividade** com **equidade** (ganhos em saúde) para as pessoas, famílias e comunidades, com o envolvimento de **todos**, através da melhoria da qualidade dos **processos** assistenciais e de intervenção em saúde.”

A Governação Clínica seria, então, um sistema vincadamente participativo e apontado para a melhoria contínua da qualidade da prática clínica.

Este novo quadro de referência, que abaixo se detalhará, implantou-se e evoluiu rapidamente, assim superando o modelo tradicional de comando-controlo e de dominação burocrática, na expectativa de que a qualidade iria melhorar incrementalmente no futuro, estimulando a autonomia responsável dos profissionais integrados em equipas de saúde, e com o apoio explícito dos decisores políticos.

Actividades emergentes tais como a auditoria clínica ou, mais tradicionais, como sejam a investigação, o desenvolvimento profissional contínuo e a gestão de risco constituíram-se, então, as pedras angulares para a consagração da Governação Clínica.

À luz dos resultados obtidos através da avaliação continuada dos novos modelos de gestão e da participação então ensaiados, e da subsequente adesão ao conceito por parte de outros sistemas de saúde - com especial destaque para o Canadá, Austrália e Nova Zelândia -, a Governação Clínica foi rapidamente enriquecida, quer conceptualmente, quer na prática das organizações constituindo-se, hoje, num desafio maior de concretização também no nosso Serviço Nacional de Saúde.

2. Da Auditoria Clínica à Governação Clínica – um avanço natural?

A auditoria clínica, nos anos 90, era já uma prática continuada e sistemática com assinalável tradição entre os médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários no Reino Unido.

Por via dela, promoveu-se a detecção sistemática de pontos fracos, de oportunidades de melhoria e de decorrentes refinamentos na organização e sofisticação da prestação de cuidados.



Figura 1. Ciclo da Auditoria

É assim que no final dos anos 90 mais de 70% das *Group Practices* (unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários) britânicas a exerciam regular e voluntariamente. Daí que a auditoria clínica tenha passado a constituir uma obrigação contratual para a continuidade do licenciamento dessas unidades.

Mas, com todo o saber acumulado com esta prática ao longo de anos, com a aprendizagem cruzada entre unidades e com a vasta publicação de artigos e livros, os profissionais viram-se cerceados no seu potencial transformador pelo imobilismo e orientação errónea reinante na administração tradicional da saúde.

A Governação Clínica apareceu, deste modo, como a ferramenta necessária para a afirmação e concretização plena do conhecimento gerado e acumulado no seio dos profissionais de saúde e das suas organizações.



Figura 2. A Governação Clínica

Foi com a prática sistemática da auditoria clínica que se promoveu o aumento da efectividade clínica, da gestão do risco, da formação, da inovação e desenvolvimento e da transparência mediante a divulgação dos resultados alcançados. E é a convergência simultânea destes vectores que torna a Governação Clínica uma realidade transformadora (figura 2).

A essência da Governação Clínica reside num ciclo de passos inter-relacionados, a saber: (figura 3):

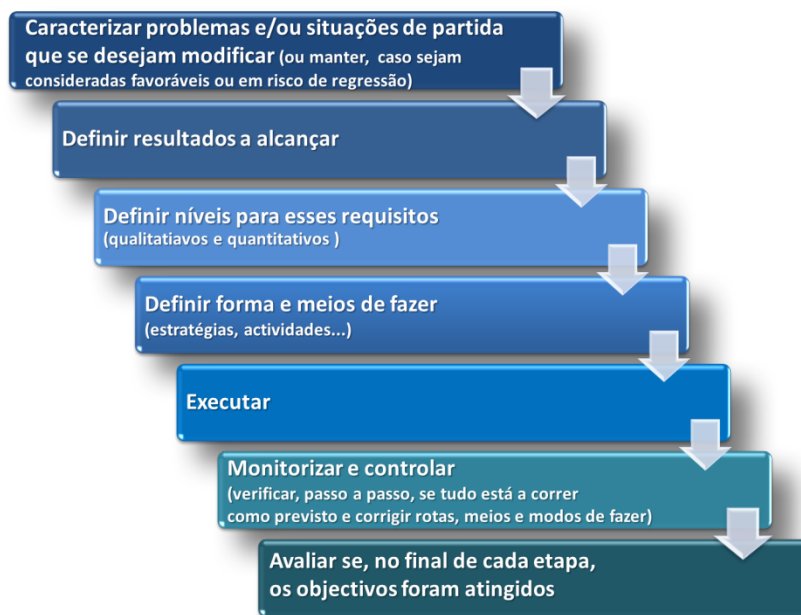
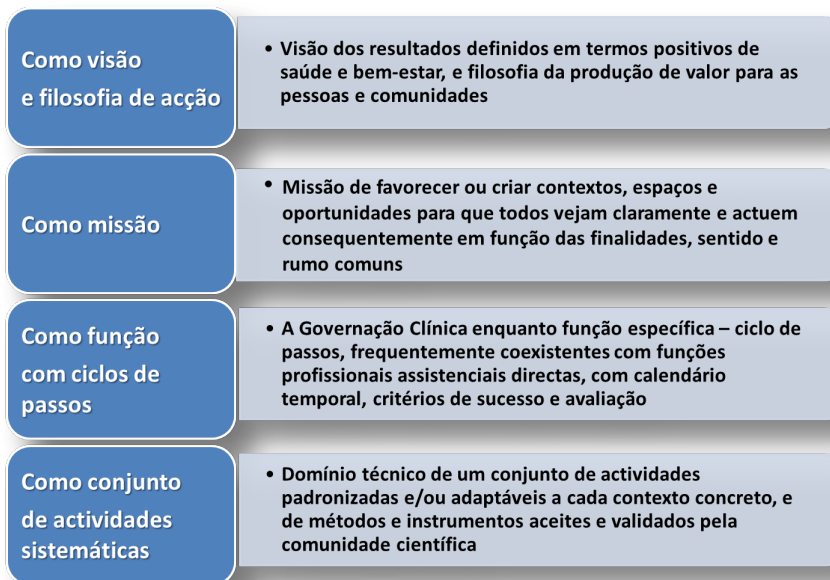


Figura 3. Diagrama elaborado no Workshop “Governação clínica e de Saúde” – Peniche – 8/Mai/2010 - APMCG – Projectar a Década - 2000-2010

E pode ser vista segundo quatro perspectivas complementares:



O já exposto permite-nos, então, esboçar respostas a algumas perguntas sobre o modo de a operacionalizar (Quadro 1):

Governança Clínica em Cuidados de Saúde Primários	
O quê?	Processo que permite “fazer chegar a nave a bom porto”, com todos a remar na mesma direcção
Porquê?	Porque existem problemas específicos para resolver e necessidades específicas de saúde a requerer respostas adequadas
Para quê?	Para atingir objectivos ou resultados em termos de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectividade (ganhos em saúde) ▪ Eficiência (conseguir esses “ganhos” ao melhor custo, eliminando desperdícios e gastos supérfluos) ▪ Equidade (reduzir as desigualdades em saúde) ▪ Adequação técnico-científica (melhoria contínua) ▪ Motivação e satisfação dos profissionais ▪ Capacitação e autonomia dos cidadãos ▪ Satisfação dos cidadãos
Quem?	Mobilizando e envolvendo todos - profissionais e, progressivamente, cidadãos e comunidade
Quando?	Todos os dias – ao longo de todo o ano – por ciclos plurianuais
Como?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definindo os processos essenciais (assistenciais e de intervenção em saúde) ▪ Identificando prioridades para intervenções específicas ▪ Definindo objectivos e metas a atingir ▪ Monitorizando o desempenho através de indicadores seleccionados ▪ Estabelecendo e normalizando boas práticas individuais e de equipa (incluindo orientações para a flexibilização e adequação caso a caso) ▪ Desenvolvendo a vertente de prática reflexiva (ação-reflexão) na rotina da UF ▪ Introduzindo medidas correctoras sempre que necessário ▪ Definindo e executando projectos específicos (limitados no tempo e com objectivos ou “produto final” bem delimitados) ▪ Desenvolvendo o trabalho em equipa e apoiando-se nele ▪ Estudando e aplicando princípios e estratégias que estimulem a motivação, o envolvimento e a responsabilidade de todos os profissionais – ênfase no desenvolvimento profissional contínuo ▪ Recorrendo a métodos e a técnicas padronizadas: auditorias, ciclos de qualidade, gestão do risco, segurança do doente e dos profissionais, inovação de processos... ▪ Aplicação de uma cultura e práticas de avaliação, a todos os níveis
Onde?	Em todos os níveis da organização de saúde – individual, equipas, unidades, serviços e organização

Quadro 1. Governança clínica – como operacionalizá-la
(adaptado de documento elaborado no âmbito do Projecto PRAGIR - 2010)

A continuidade da exploração do conceito e a sua aplicação guiam-no para um conjunto de frentes de intervenção às quais ela terá que dar resposta para se afirmar como uma potente metodologia de mudança apontada à melhoria contínua da qualidade. (figura 4)

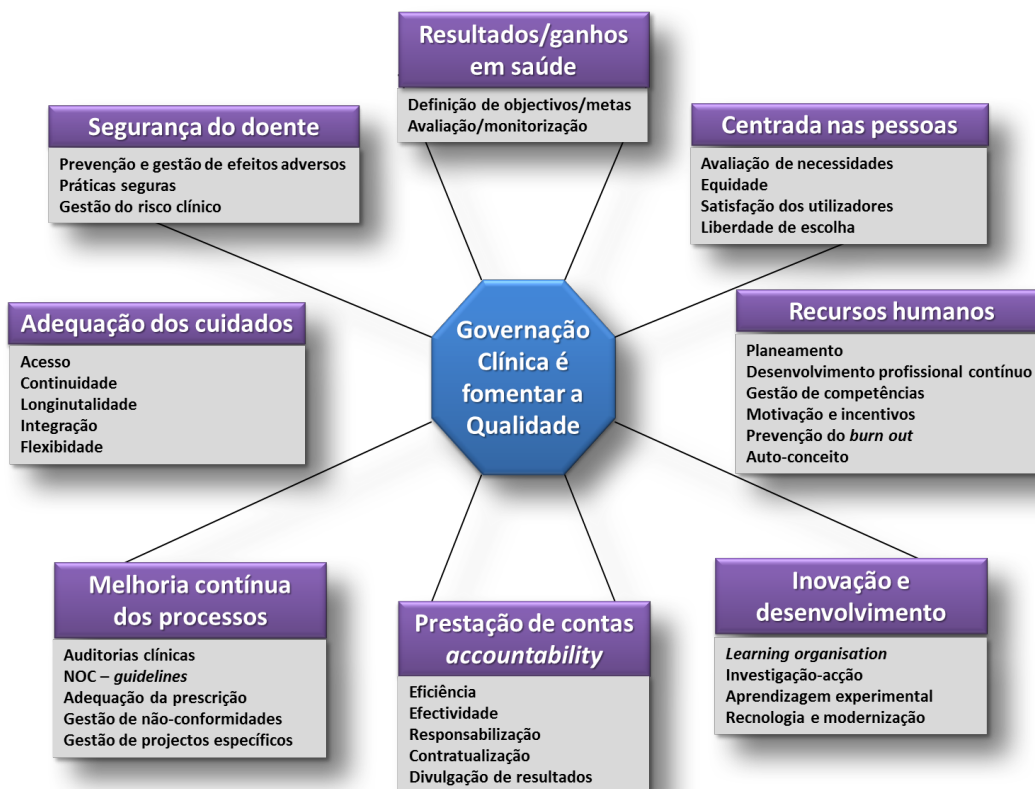


Figura 4. Ingredientes essenciais da governação clínica em Medicina Geral e Familiar (APMCG 2010)

Como facilmente se compreenderá, para que tudo isto seja concretizável é necessário um robusto sistema de informação e é essencial, também, a qualidade da anotação e codificação clínicas.

3. Que papel dos Conselhos Clínicos e de Saúde na afirmação da Governação Clínica?

Na realidade portuguesa, em todo este processo assumem um papel determinante os Conselhos Clínicos e de Saúde a quem incumbe, em primeira mão, a liderança na implantação, apoio e acompanhamento da Governação Clínica.

O nível dos ACeS e, portanto, dos seus Concelhos Clínicos e de Saúde permite observar e monitorizar macro-indicadores de saúde. Porém, fica demasiado distante para influenciar práticas e desempenhos individuais e de equipa. Daí que, para desempenharem bem o seu papel, devam superar este

distanciamento apoiando e capacitando todas as equipas/unidades de cada ACeS a fazer Governação Clínica ao seu nível.

Cada Conselho Clínico deve ser uma equipa exemplar e funcionar como o “maestro” de uma “orquestra” descentralizada. É esta orquestra que efectivamente exercita a “música” da Governação Clínica. Envolve todos os coordenadores e todos os profissionais que disponham de autonomia clínica no seu desempenho ao nível das diferentes unidades funcionais.

Deste modo, a Governação Clínica, integrada com a Governação de Saúde, ao nível dos ACeS, deve assegurar a convergência de três linhas essenciais para a Saúde dos cidadãos e da comunidade:

- Cuidados centrados na pessoa e na família (USF + UCSP)
- Intervenção em grupos com necessidades especiais de saúde, na comunidade (UCC + USP)
- Abordagens de âmbito epidemiológico e populacional (USP).

A URAP tem um carácter organizacional transversal e envolve as suas competências e intervenção nestas três linhas.

Daí que passemos a enunciar alguns dos quesitos que importa sejam assegurados para que esse papel seja plenamente cumprido.

Áreas-chave para a actividade dos Conselhos Clínicos e de Saúde, na área da governação clínica

- Organização interna - órgão colegial que fomenta a gestão participada/partilhada, que divulga o seu âmbito e plano de trabalho e as suas actas e decisões;
- Divulgação da sua constituição, contactos da missão, visão, princípios e valores do ACeS;
- Desenvolvimento do Regulamento Interno do ACeS (construção partilhada e dinâmica) e das Cartas de Qualidade
- Promoção da reforma dos CSP no ACeS
- Promoção da participação mediante o envolvimento dos profissionais
- Fomento de políticas de qualidade – apoio ao desenvolvimento nas unidades funcionais de projectos específicos - qualificação da prescrição e gestão racional do medicamento, qualificação da referenciação hospitalar, gestão do risco clínico...
- Garante da coesão entre as diversas unidades funcionais
- Mediação na gestão de conflitos em matérias de âmbito clínico
- Estabelecimento de planos de cooperação com outros parceiros assistenciais no âmbito da saúde e de outras áreas das políticas sociais
- Definição participada de planos de formação
- Parte activa nas relações interinstitucionais
- Acompanhamento da avaliação do desempenho das unidades funcionais.

4. A governação integrada – o que é?

É no contexto descrito que surge a Governação Clínica, enquanto mecanismo poderoso de desenvolvimento e de decisão dos processos assistenciais, que se deverá articular com a **Corporate Governance** - que aqui passaremos a designar por Governação Institucional -, a quem incumbe a criação e manutenção das melhores **condições estruturais** para o exercício da actividade clínica.

É do encontro balanceado entre estes dois componentes gestionários – governação clínica + governação institucional - que nasce um novo conceito, a **Integrated Governance** (governação integrada), que passará a assegurar a melhor gestão da capacidade instalada, na perspectiva primordial de assegurar a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Com a introdução destes conceitos (governação clínica + governação institucional = governação integrada) tende a evoluir-se de uma gestão assente em modelos hierárquicos e muito centralizados, para modelos horizontais focados na qualidade e nos pacientes, com alto grau de participação dos profissionais nas decisões estratégicas e operativas, e com demonstração pública dos resultados obtidos.

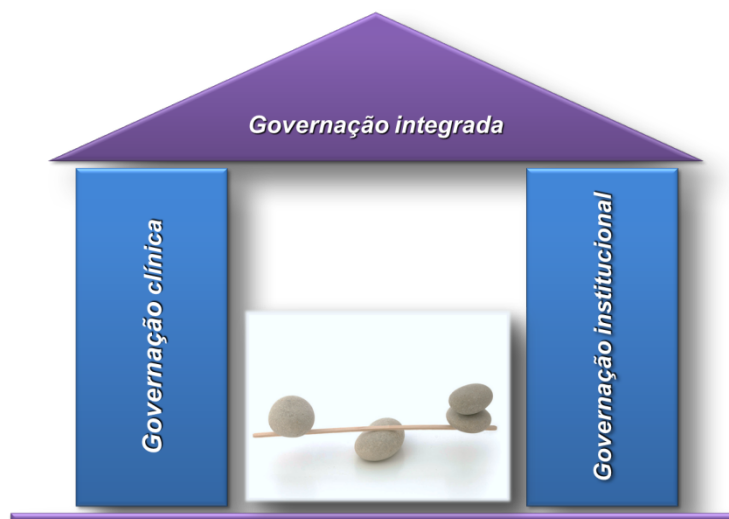


Figura 5. A Governação Integrada

Será então num ambiente de **tensão gerida** que se deverão encontrar os **compromissos** que, por um lado, potenciem o melhor **desempenho clínico** e, por outro lado, garantam melhores **condições estruturais** aos profissionais e equipas que constituem as unidades prestadoras.

Importa, por isso, que ao longo do sistema de saúde seja interiorizado que a promoção das melhores práticas constitui um dos principais, senão mesmo o principal motor para a eficiência económica, através do incremento da efectividade clínica.

5. E qual a agenda para o SNS?

No contexto actual dos cuidados de saúde primários, em Portugal, a Governação Integrada surge, então, como uma prioridade para a organização e gestão dos nossos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

Para tal importará:

- A generalização da auditoria clínica, continuada, em todas as unidades funcionais dos ACeS;
- A adopção de práticas de gestão que capacitem os Conselhos Clínicos e de Saúde para a promoção e apoio da prática de auditorias clínicas;
- O empoderamento dos Conselhos Clínicos e de Saúde, através da dotação dos meios que os capacitem para serem os motores da Governação Clínica;
- A capacitação dos Directores Executivos e das Unidades de Apoio à Gestão com os meios necessários para assegurarem uma adequada gestão estrutural;
- A criação de uma cultura de gestão em que, mantendo-se os Directores Executivos como topos da hierarquia funcional e responsáveis últimos pela Governação Institucional, os leve também a reconhecerem nos Conselhos Clínicos e de Saúde o órgão tecnicamente apetrechado e, como tal, o responsável directo pela Governação Clínica.

Menos que súbditos ou reactivos, os Conselhos Clínicos e de Saúde têm que conseguir afirmar-se como pró-activos e os parceiros mais capacitados para a construção da Governação Integrada nos ACeS.



Figura 6. A Governação Integrada nos ACeS

Mas, para que a Governação Integrada possa fazer o seu caminho importará que se equacione qual a dimensão crítica dos ACeS (agora manifestamente exagerada) e quais os níveis de autonomia a concretizar, nomeadamente, através de uma forte desconcentração dos poderes das actuais ARS e da prática da contratualização de Orçamentos-Programa para os ACeS, ferramenta decisiva para que a Gestão Integrada e de proximidade passe do papel para a realidade.

Na segunda secção deste texto passará a explorar-se o processo de continuidade que terá que ser assegurado entre a governação clínica e a gestão operacional das instituições de saúde – a **gestão integrada** - e a adequação dos seus objectivos de intervenção e gestão ao contexto populacional onde se inserem – é a **Governação de Saúde**.

GOVERNAÇÃO DE SAÚDE EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS:

UM CAMINHO A PERCORRER

SECÇÃO 2

1. Governação de saúde: o que é?

A governação clínica e a governação de saúde centram-se na **melhoria do nível de saúde**, respetivamente, **individual** e da **população/grupos da população**, e, portanto, na diminuição do hiato entre o nível de saúde atual e o nível de saúde desejado – **as necessidades de saúde**.

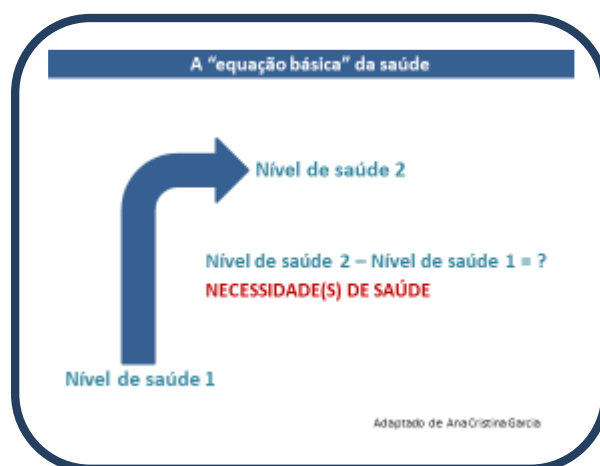


Figura 1. Necessidades de saúde

O conceito de **governação de saúde** implica, a partir da identificação de necessidades de saúde da população e da definição dos respetivos objetivos de saúde, **obter resultados de melhoria da saúde a nível da população e/ou grupos da população** (*outcomes* e *impacto*), no que diz especificamente respeito à **intervenção dos serviços de saúde** (neste caso particular, dos serviços prestadores de Cuidados de Saúde Primários (CSP) – os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)).

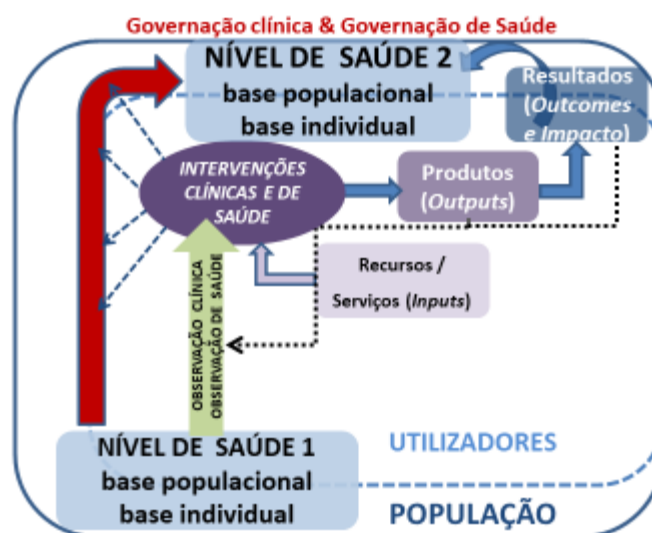


Figura 2. Governação Clínica e Governação de Saúde¹

¹ Adaptado de Ana Cristina Garcia

Desde logo se distingue, assim, a governação de saúde da **governação clínica**, que implica **obter resultados de melhoria da saúde a nível individual**.

Este modelo de governação clínica e de saúde integra o **conceito de cadeia de resultados em saúde**, da Organização Mundial da Saúde, essencial para compreender, monitorizar e avaliar os resultados dos serviços (*outputs*) e de saúde (*outcomes* e impacto) que estamos a atingir (a nível individual ou grupal/populacional), face aos recursos utilizados (*inputs*) e às atividades desenvolvidas (intervenções clínicas e de saúde), e às necessidades e objetivos de saúde definidos no PLS.

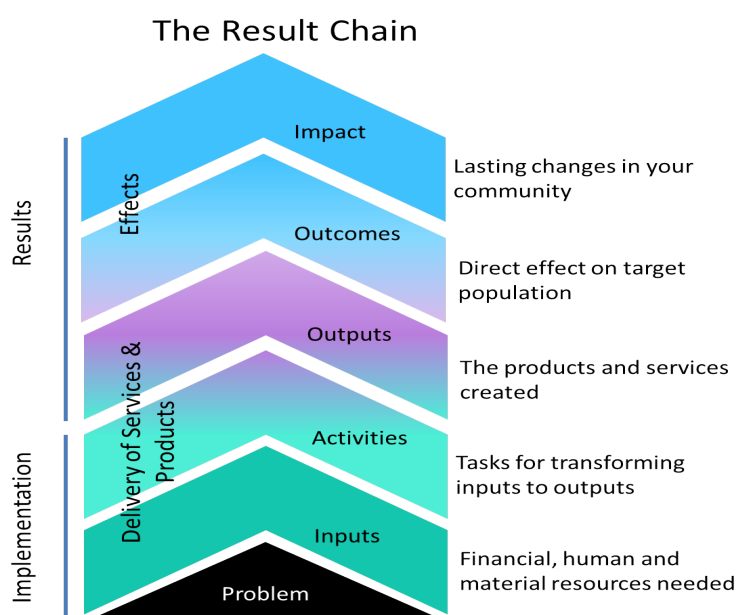


Figura 3. A cadeia de resultados em saúde (Fonte: OMS)

Importa, ainda, distinguir a governação clínica e a governação de saúde de um outro conceito, que é o de **governança para a saúde** (*governance for health*), que implica, para além da intervenção dos serviços de saúde, a **intervenção da restante sociedade** (organizada e não organizada), numa perspetiva de ação intersectorial e de participação e compromisso do(s) próprio(s) cidadão(s).

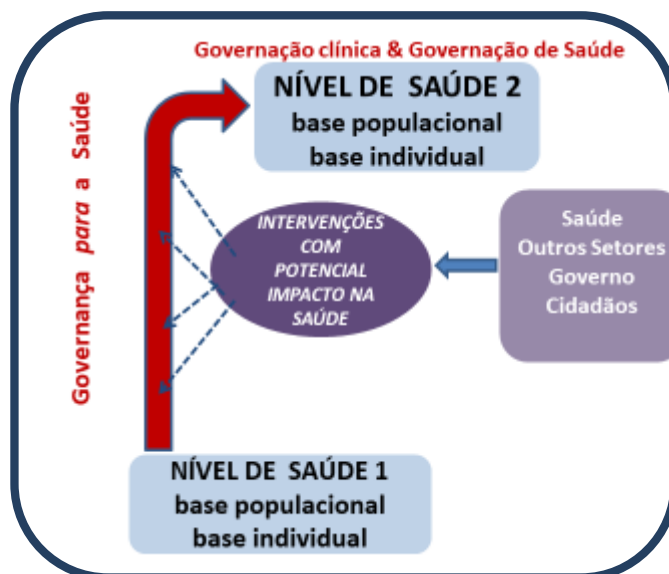


Figura 4. A governança para a saúde¹

E como se identifica necessidades de saúde da população, define os respetivos objetivos de saúde e avalia os resultados de saúde da população? Através dos processos de planeamento em saúde de base populacional e seus produtos – a nível dos ACeS, os Planos Locais de Saúde (PLS).

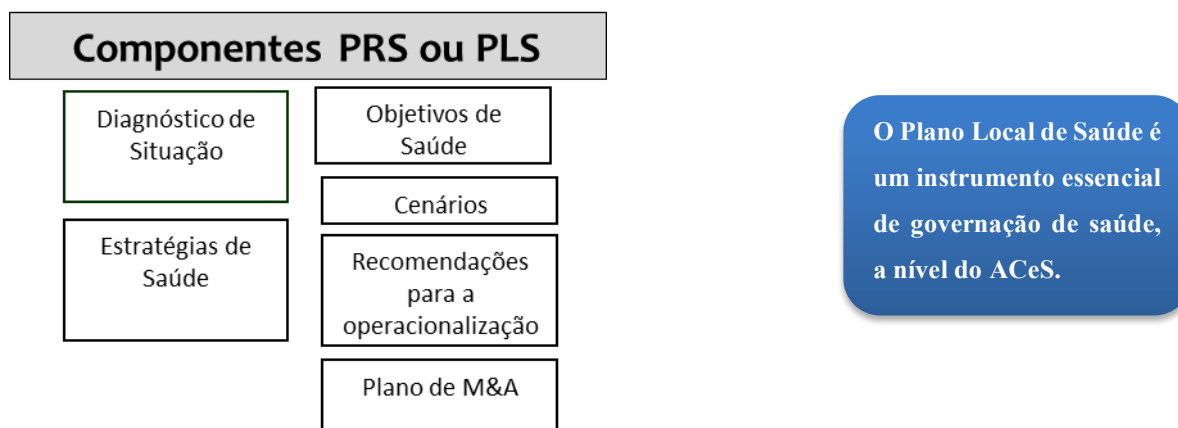


Figura 5. Componentes de um Plano de Saúde de base populacional

O conceito de governação aplicado à saúde nasceu pelas mãos da Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento “World Health Report 2000”, muito ligado ao conceito de *stewardship* (administração, mordomia), sendo então definido como “a administração cuidada e responsável do bem-estar da população” (1, p.45). Entretanto, esta função foi evoluindo, tendo-se gerado atualmente consenso acerca da importância do seu papel em assegurar que as prioridades da saúde e bem-estar da população são tidas sistematicamente em conta. Ou seja, faz-se governação de saúde, porque existe um consenso crescente à volta da premissa de **que uma “boa” governação de saúde conduzirá ao fortalecimento do sistema de saúde, para a melhoria do estado de saúde e bem-estar da população/grupos da população.**

2. Governação de saúde: como se faz?

Não se pode navegar sem instrumentos.

Como se depreende facilmente do ponto anterior, **o principal instrumento de navegação da governação de saúde é o Plano Local de Saúde**, cujo modelo assenta na abordagem moderna do planeamento clássico em saúde, dinâmico, participado e de base populacional.

E como utilizar o PLS no exercício da função de governação de saúde? A resposta encontra-se numa só palavra: **alinhamento**. Alinhamento do ACeS e respetivas Unidades Funcionais com as principais necessidades de saúde da população, para que **todos/as possam “remar” no mesmo sentido** – os **objetivos de melhoria da saúde e bem-estar definidos no PLS**.

Assim sendo, como é que se processa, na prática, esse alinhamento?

Para essa finalidade, propomos uma tabela (anexo 1) e a seguinte *check list* (lista de verificação) relativa ao **grau de alinhamento do ACeS e respetivas Unidades Funcionais com as principais necessidades de saúde da população identificadas no PLS**:

- ✓ O que é que o ACeS/Unidade Funcional faz atualmente? (atividades principais)
- ✓ Das atividades que desenvolve, quais as que têm maior impacto potencial na saúde da população? (especificar)
- ✓ Das atividades que desenvolve, quais as que têm maior impacto potencial na satisfação ou diminuição das principais necessidades de saúde (NS) identificadas no PLS? (especificar, com o auxílio da tabela em anexo)
- ✓ O que falta fazer? O que podemos fazer? (mais?melhor?diferente?...) – tendo em vista as principais NS identificadas
- ✓ O que vamos fazer no próximo ano/triénio? – qual o grau de alinhamento do Plano de Atividades /Plano de Desempenho do ACeS e Planos de Atividades das Unidades Funcionais do ACeS com as prioridades e objetivos de saúde definidos no PLS?
- ✓ O que vamos contratualizar (contratualização interna e externa)? – qual o grau de alinhamento com as prioridades e objetivos de saúde definidos no PLS?

Dependendo da sua qualidade e grau de alinhamento com as NS da população, o Plano de Desempenho (PD) do ACeS, os Planos de Atividades (PA) das UF e os processos de contratualização externa e interna podem ser instrumentos fundamentais de governação de saúde a nível do ACeS e respetivas UF.

Assim, a qualidade da governação de saúde de um ACeS vai depender primordialmente da qualidade do processo de planeamento em saúde e seus produtos – do PLS (de base populacional) e dos PD do ACeS e PA das UF (de base institucional).

3. Governação de saúde: qual o meu papel?

Todos/as (gestores, profissionais das UF e utentes dos CSP) são chamado/as a envolver-se e a participar na governação de saúde a nível do ACeS (e não apenas os Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS)).

Contudo, por inerência das suas competências específicas, sobretudo, nas áreas da observação e monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes, do planeamento em saúde de base populacional, do estudo do impacto na saúde e da promoção da literacia em saúde, as Unidades de Saúde Pública, em íntima articulação com o CCS através do elemento médico de saúde pública, têm uma responsabilidade técnica acrescida no desenvolvimento da função de governação de saúde e sua operacionalização, ao nível do ACeS e respetivas UF.

O Conselho Clínico e de Saúde é, por excelência, o órgão de governação de saúde do ACeS, cabendo-lhe assegurar que as condições e instrumentos para que a mesma se desenvolva, num processo de melhoria contínua, se encontram presentes, bem como a necessária integração com a função de governação clínica.

Uma boa governação clínica (que se preocupa com a obtenção de resultados de melhoria de saúde a nível individual) é essencial para uma boa governação de saúde (que se preocupa com a obtenção de resultados de melhoria de saúde a nível da população/grupos da população). Cada uma das Unidades Funcionais do ACeS tem que assegurar uma boa governação clínica, ao seu nível (nos casos em que se aplica) e assegurar que as suas atividades/intervenções (quer sejam de base individual, grupal ou populacional) são efetivas e se encontram alinhadas com as prioridades e objetivos de melhoria do estado de saúde da população, definidos no Plano Local de Saúde.

A literacia em saúde é, atualmente, um dos principais determinantes da saúde da população. O processo participado de construção e implementação dos Planos Locais de Saúde é um dos instrumentos de promoção da literacia em saúde e de participação dos utentes na governação de saúde do ACeS. Para além da influência que se deseja ter nas agendas individuais de saúde, no sentido do alinhamento, o CCS deve promover a participação organizada dos utentes/seus representantes, nas atividades de governação clínica e de saúde do ACeS.

4. Governação de saúde: e agora?...

Passar de uma função de governação, histórica e tradicionalmente centralizada/centralizadora, organizada segundo linhas verticais de responsabilização, para sistemas cada vez mais descentralizados, com múltiplos atores e níveis de autoridade, coloca desafios complexos ao exercício da função de governação de saúde nos modernos sistemas de saúde. O esforço atual, em Portugal, de um maior alinhamento entre o Plano Nacional de Saúde e os Planos Regionais e Locais de Saúde, poderá contribuir para uma maior “horizontalização” desta função.

Os atores dos sistemas de saúde não se comportam de um modo aleatório. A evidência tem demonstrado que o seu desempenho e interações são moldados pela liderança estratégica e pela gestão. Aqueles que se encontram numa posição de supervisão têm que estar equipados com os instrumentos necessários e adequados, que lhes permita o exercício da função de governação e conduzir o sistema e seus atores em direção a determinados objetivos. Estes instrumentos têm sido caracterizados como os catalisadores que criam as condições para uma ação alinhada, ao definirem um quadro de referência e tornarem explícito o modo como é esperado que os atores do sistema de saúde pautem o seu desempenho e interajam.

Contudo, apesar da literatura crescente sobre noções conceptuais de governação de saúde, existe uma lacuna sobre o modo como esta se operacionaliza e respetivos instrumentos, designadamente, a nível dos CSP, e como se integra com a governação clínica.

Considerando a herança histórica, bem como a experiência passada no domínio do planeamento em saúde e seus produtos, a sua aplicação mais recente à governação de saúde e à integração desta com a governação clínica, ao nível dos ACeS, Portugal encontra-se numa posição privilegiada para se tornar num *case study*, também neste domínio.

Para tal, propõe-se...

Cinco passos para a melhoria da governação de saúde ao nível dos ACeS, em Portugal:

1. Envolver todos/as (gestores, profissionais e utentes dos CSP), pois todos/as são chamados a envolver-se e a participar (e não apenas os Conselhos Clínicos e de Saúde (CCS) dos ACeS);
2. Investir/continuar a investir na melhoria da qualidade do planeamento em saúde e seus produtos ao nível dos ACeS, bem como da respetiva base de evidência;
3. Tornar explícito o papel específico do médico de saúde pública no CCS, no âmbito da governação de saúde, em íntima articulação com a Unidade de Saúde Pública, responsável técnica desta função ao nível do ACeS;
4. Aumentar a relevância da governação clínica e de saúde, tomando em consideração as desigualdades em saúde, começando pela abordagem individual, grupal e populacional das desigualdades de género, geográficas e ao longo do ciclo de vida;
5. Evidenciar, através de instrumentos de observação de saúde adequados, os resultados de melhoria do estado de saúde da população/grupos da população mais diretamente relacionados com a intervenção (*outcomes*) do ACeS e respetivas UF.

5. A governação de saúde na prática

CASO PRÁTICO 1 – o caso do ACeS Porto Oriental

Uma narrativa, na perspetiva da Diretora Executiva, de como o Plano Local de Saúde tem sido utilizado como instrumento privilegiado de governação em e para a saúde da população de 120.000 pessoas residentes na zona oriental da cidade do Porto.

CASO PRÁTICO 1 – o caso do ACeS Porto Oriental

“1. O contexto

O planeamento em saúde é um exercício de adaptação constante à envolvente e aos fatores internos e externos que influenciam, de forma continuada, as **necessidades** de saúde e a **resposta assistencial** adequada, para melhorar a saúde das populações e otimizar o SNS.

A saúde é um fenómeno complexo, multidimensional e multifatorial.

A perceção individual e coletiva dos estados de saúde é variável e, por vezes, dissonante dentro da mesma realidade.

O contexto é sempre de incerteza e os recursos são sempre escassos e com aplicações alternativas.

Apesar da existência de muitos dados disponíveis, nem sempre é possível contextualizá-los, categorizá-los, relacioná-los e extrair deles o conhecimento necessário para o correto diagnóstico de situação de saúde, a clara identificação dos seus determinantes, a correta definição dos objetivos a atingir e a estratégia a conseguir.

E este é o principal desafio da boa gestão e governação da saúde.

Por isso, o papel das Unidades de Saúde Pública, na sua função de observatório de saúde, torna-se fundamental precisamente nesta tarefa de selecionar a melhor informação disponível e trabalhá-la devolvendo-a à gestão sob a forma de informação devidamente priorizada – o diagnóstico de situação de saúde - e propostas concretas para a ação identificando, para cada problema de saúde, as ações mais custo-efetivas - o Plano Local de Saúde. “ (...)

CASO PRÁTICO 1 – o caso do ACeS Porto Oriental (continuação)

“(…) 2. A ação

No ACeS Porto Oriental, desde 2012 o Plano Local de Saúde faz parte integrante do modelo de governação estratégica e de saúde, uma vez que as necessidades de saúde nele identificadas determinam a construção do plano de Governação Clínica e de Saúde, dos Planos de Atividades das suas unidades funcionais, dos Planos de Desempenho do ACeS e, conseqüentemente, dos Contratos-Programa. Através do processo de contratualização, a prestação de cuidados é orientada para as áreas correspondentes aos cinco principais problemas de saúde e seus determinantes, com especial rigor na seleção das intervenções mais custo-efetivas, recomendadas no PLS e previstas no plano de governação clínica.

O Plano Local de Saúde revela, ainda, um grande potencial como instrumento de articulação e integração de cuidados, na medida em que assinala as áreas mais carenciadas de intervenção harmonizada entre os vários prestadores, já sejam do setor hospitalar, do setor social ou do setor informal. No Porto Oriental, em 2013 iniciou-se o desenho da Estratégia Conjunta de Governação Clínica e de Saúde para o Porto Oriental, em parceria com o Centro Hospitalar de S. João. De entre diversas ações integradas, dirigidas aos problemas de saúde identificados, salientam-se a saúde mental, a oncologia, a obesidade, a DPOC, a diabetes ou a internalização de análises clínicas no ACeS.

Esta conjugação reflete-se no terreno com ganhos efetivos para os cidadãos através de ações concretas onde é importante referir a participação de e com os parceiros, e de acordo com uma matriz centrada nos utentes e na satisfação das suas reais necessidades de saúde, alavancada pela cooperação e compromisso de todos os profissionais, alicerçada em alianças estratégicas fortes com os parceiros da comunidade e alinhada pelos vetores da eficácia, da eficiência, da transparência e da orientação para o serviço público.

Compromisso com resultados, alcançados através de boas práticas, é a equação da excelência da governação em saúde.

Em síntese, o Plano Local de Saúde do ACeS Porto Oriental tem sido uma peça fundamental na promoção da saúde da população do Porto Oriental que, em alinhamento total com os planos regional e nacional de saúde, em articulação com outros *players* e em estreita **aliança com a comunidade**, tem permitido exercer a governação da e para a saúde da população de 120.000 pessoas residentes na zona oriental da cidade do Porto, numa estratégia de política adaptativa à envolvente e aos seus fatores internos e externos, em constante mutação.”

Porto, Dezembro de 2017

Dulce Pinto

(Diretora Executiva)

6. Bibliografia

- 1.Barbazza,E; Tello, JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy 116 (2014), 1-11
- 2.Canadian Institute for Health Information. Health System Performance Frameworks: Aligning Frameworks for Sectors and Organizations to Health Systems. Ottawa, ON: CIHI; 2015
- 3.Grupo DiCCA (Dinamização dos Conselhos Clínicos dos ACES da ARSLVT). Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários: O que é? Para que serve? Lisboa, 2010
- 4.World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences. Observatory Studies Series No. 26. 2012