

Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em Portugal

Training of managers and clinical leaders in the context of the primary care reform in Portugal

Formación de los gerentes y líderes clínicos en el contexto de la reforma de los cuidados primarios en Portugal

Luís Velez Lapão¹

Gilles Dussault¹

SUMÁRIO

Esse artigo descreve e avalia os efeitos da estratégia de formação desenvolvida para apoiar a implementação de uma estrutura nova de coordenação de centros de saúde em Portugal (Agrupamentos de Centros de Saúde-ACES). Uma formação de um ano, chamada Programa Avançado de Gestão e Liderança para Dirigentes dos ACES (PACES) foi projetado para desenvolver e fortalecer as capacidades de gestão dos novos gestores, profissionais maioritariamente sem formação prévia em gestão. Para avaliar os efeitos do programa, utilizaram-se questionários pré e pós-programa focados nas percepções dos novos gestores de suas necessidades e dos benefícios da sua participação em actividades de aprendizagem ao longo desse ano. A principal mudança deu-se na frequência de

reuniões com colaboradores; o canal de comunicação preferencial também mudou, aumentando o uso de correio electrónico. A percepção de que o clima organizacional melhorou aumentou, mas o “otimismo” em relação ao sucesso da reforma caiu bastante (de 92,3% para 62,9% de otimistas ou muito otimistas).

Os decisores políticos devem considerar que, além das necessidades de fortalecimento de capacidades individuais, é preciso fortalecer o quadro organizacional e institucional, e apoiar os gestores ACES de uma forma continuada. Será necessária mais pesquisa sobre a avaliação do impacto de treinamento de liderança para fornecer aos decisores políticos estratégias que possam melhor apoiar as suas reformas. Mas mesmo que um programa atinge todos os seus objectivos, outras variáveis, tais como sistemas de gestão eficazes, um quadro regulamentar adequado e incentivos financeiros são necessários para apoiar a mudança.

Palavras-chave: Reforma da Saúde; Atenção Primária de Saúde, Formação-ação; Liderança, Portugal

¹ Centro Colaborador da Organização mundial da Saúde para Políticas e Planeamento dos recursos humanos para saúde, Unidade de Ensino e Investigação em Saúde Pública Internacional e Bioestatística, e Centro da Malaria e Outras Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

SUMMARY

This paper describes and assesses the effects of the training strategy designed to support of the implementation of a new coordination structure for health centers in Portugal (Agrupamentos de Centros de Saúde-ACES). A one-year learning program called “Programa Avançado de Gestão e Liderança para Dirigentes dos ACES (PACES)” was conceived to strengthen the management capacities of the managers of ACES, who were, in their majority, professionals without previous training in management. To assess the effects of the program, pre and post-program questionnaires were used to elicit the perceptions of participants with regard to their capacity needs and to the benefits derived from their participation in the program. Among changes identified by participants is a tendency to meet more frequently with their collaborators and to use emailing as a main communication tool. Participants reported that the organizational climate in their ACES improved gradually during the year of the program, but they also stated that they were less optimistic as to the success of the reform (from 92,3% “very optimistic” and “optimistic” to 62,9%).

Political decision-makers should consider that in addition to strengthening individual capacities of managers, it is also necessary to strengthen the organizational and institutional environment and to support managers in a continuing manner. Research on the impact of this type of training is needed to help decision-makers to design more effective strategies in support of the work of the latter. Even when a program reaches its stated learning objectives, other variables, such as effective management

systems, adequate regulatory mechanisms and financial incentives are needed to support change.

Key-words: health sector reform; leadership; primary care services: management training, Portugal

Palavras-chave: Reforma de Saúde; Liderança; atenção primária de Saúde; Formação Executiva, Portugal

RESUMEN

Este artículo describe la estrategia de formación desarrollada para apoyar la implementación de una estructura nueva de coordinación de los Centros de Salud en Portugal (Agrupamientos de Centros de Salud – ACES). El Programa Avanzado de Gestión y Liderazgo para Dirigentes de los ACES (PACES) fue diseñado para desarrollar y fortalecer las capacidades de gestión de los nuevos gestores, profesionales mayoritariamente sin formación previa en gestión. Para evaluar los efectos del programa se utilizaron cuestionarios, antes y después del mismo, focalizados en las percepciones de los nuevos gestores sobre sus necesidades y en los beneficios de su participación en actividades de aprendizaje a lo largo de ese año. El principal cambio se observó en la frecuencia de las reuniones mantenidas con sus colaboradores, las cuales pasaron a ser diarias y/o semanales. El canal de comunicación preferencial también sobrellevó cambios, siendo observado el aumento del uso del email. La percepción de que el clima organizacional había mejorado también aumentó, sin embargo, el “optimismo” en relación al éxito de la reforma se redujo significativamente (de 92,3% para un 62,9% de *optimistas* o *muy optimistas*), en relación

al porcentaje de pesimistas (*no muy optimista, poco optimista*), esta cifra aumentó del 4,6% para un total de 30,6%.

Los decisores políticos deben considerar que además de abordar la necesidad de fortalecer las capacidades individuales, es necesario fortalecer el cuadro organizacional e institucional, apoyando a los gestores de los ACES de una forma continuada. Se considera necesario realizar estudios adicionales sobre la evaluación del impacto de la formación en liderazgo de forma a ofrecer a los decisores políticos estrategias para apoyar sus reformas. Es importante considerar que aunque un programa cumpla con todos sus objetivos, otras variables tales como un sistema de gestión eficaz, un cuadro regulador adecuado e incentivos financieros son necesarios para apoyar un proceso de cambio.

Palabras clave: Reforma Sanitaria; Liderazgo; Atención Primaria de la Salud; Formación Ejecutiva, Portugal.

1. INTRODUÇÃO

Como muitos outros países, Portugal iniciou uma reforma dos serviços de saúde no sentido de reforçar os serviços de assistência à família, com vista a proporcionar acesso universal à Saúde¹. Esta reforma teve início em 2005, com a criação de unidades de saúde da família (USF) constituídas de modo voluntário por equipas de médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos e que tem gestão autónoma. Em 2008, foi criada uma rede de setenta e três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), abrangendo populações que variam de 50 000 a 250 000. Estes agrupamentos incluem centros de saúde tradicionais, bem como os mais inovadores USF. Em Novembro de 2012, hávia 344 USF, abrangendo uma população de

4.3 milhões, o que representa cerca de 45% dos residentes em Portugal. As USF empregavam 2.393 médicos e 2.370 enfermeiros². Os ACES são uma estrutura administrativa encarregue de melhorar a coordenação e eficiência dos serviços de saúde a nível local através de um melhor planeamento e compartilhamento de recursos. Cada ACES é gerido por uma equipa composta por um Diretor Executivo, um Conselho Clínico (de quatro membros que representam os diferentes grupos profissionais), e uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG). Os ACES são apenas parcialmente autónomos pois não têm autonomia financeira. Eles reportam a uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS), que têm a responsabilidade de planeamento, de alocação de recursos e de regulação. No entanto, os ACES representam um passo significativo no sentido da descentralização, num país que tem uma longa tradição de centralista.

A sua criação suscitou a questão do fortalecimento de capacidades de gestão para liderar equipas multi-profissionais, e de apoiar o ajustamento a um novo modelo de governação concebido para oferecer serviços, adaptados às necessidades específicas de uma população. Com este processo, cerca de 400 novas posições de liderança foram criadas no processo: um Diretor Executivo, e um Conselho Clínico de 4 profissionais por cada ACES. A maioria dos profissionais nomeados tinha pouca ou nenhuma experiência de gestão.

Este artigo descreve a estratégia de formação que foi desenvolvida para prover liderança e competências de gestão adaptados às necessidades das suas tarefas. O impacto desta estratégia foi medido através de questionários de avaliação e observações, mas também analisando as percepções dos novos gestores

e responsáveis clínicos sobre os benefícios decorrentes da sua participação em actividades de fortalecimento de capacidades entre 2008 e 2010. A primeira seção descreve o perfil da população-alvo e o programa, chamado Programa Avançado de Gestão e Liderança para Dirigentes dos ACES (PACES), que foi projetado para prepará-los para as suas funções gerenciais. Apresentamos ainda os princípios em que o programa foi construído, sua estrutura e do processo de sua implementação. A seção que se segue resume os resultados de avaliação, com vista à identificação de possíveis efeitos do programa no nível de competência dos gestores. Além disso, são discutidos os pontos de vista dos participantes sobre os efeitos da exposição ao programa sobre o processo de reforma. A última seção apresenta uma discussão dos resultados à luz do papel da formação no processo de capacitação; identifica as lições aprendidas e implicações para o desenvolvimento de políticas de apoio ao processo de reforma.

2. A ESTRATÉGIA

A implementação de uma reforma organizacional é, por definição, a passagem do modo de fazer as coisas para outro, e é um processo multidimensional em que as capacidades para efetuar a mudança são necessários a vários níveis^{3,4}. A mais óbvia é a de indivíduos que podem precisar de dominar novas competências na forma de conhecimento, mas também habilidades e atitudes. Os líderes formais podem ser os primeiros agentes de mudança, mas também pode fazê-lo falhar se não tiver as competências certas ou práticas. Outros pontos são a estrutura organizacional e o ambiente institucional; políticas de apoio, regras,

normas, processos e sistemas de incentivos são necessários para ajudar e motivar pessoas para alcançar os objetivos da reforma, tanto quanto infraestruturas e outras ferramentas e recursos (de financiamento, informações, pessoal, etc.). O desafio está em projetar e implementar o tipo certo de estratégias que irão criar o ambiente que pode apoiar na mudança efetiva. O fortalecimento de capacidades é o processo de desbloqueio ou indução das capacidades que “todo sistema humano - um país ou setor ou rede ou grupo ou indivíduo - tem dentro de si”⁵.

Aqui vai focalizar-se na estratégia que o Ministério da Saúde de Portugal escolheu para fortalecer a capacidade dos futuros gestores da ACES, principalmente através de um processo de formação-ação de um ano.

3. CONTEXTO

O Relatório Mundial de Saúde¹ propôs que serviços de atenção primária em saúde (APS) bem desenvolvidos seriam necessários “*agora mais do que nunca*”. O relatório argumenta que é uma estratégia adequada para melhorar acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, para resolver os problemas de aumento de custos de serviços e expectativas dos usuários. O fortalecimento da APS pressupõe novas atividades e funções a serem desenvolvidas a fim de alcançar os objetivos organizacionais, tais como o fornecimento de acesso equitativo a serviços, garantindo a sua eficácia, produzindo-os de forma eficiente para satisfazer as necessidades e as expectativas da população. Por sua vez, isto requer que capacidades adequadas a vários níveis. A capacidade pode ser vista como a habilidade de uma organização para desenvolver e implementar

estratégias para alcançar as suas metas. Ela exige que os gestores e funcionários têm competências consistentes com a missão, que a informação adequada e recursos financeiros, técnicos, humanos estejam disponíveis, e que os mecanismos organizacionais e ferramentas existem e funcionam bem para apoiar o trabalho de quem fornece os serviços^{6,7}. No caso de implementação de uma mudança tão radical como a reforma dos APS, um ambiente de apoio institucional e política também é necessário. Por exemplo, as regras que regem a divisão do trabalho entre as diversas categorias profissionais envolvidas na APS precisam ser ajustadas às necessidades deste tipo de serviços⁸. Capacidade não é, portanto, reduzida à formação e recrutamento de mais pessoal, mas um conjunto complexo de medidas que, em combinação podem apoiar um processo de mudança.

Cuidados de saúde primários em Portugal

Em Portugal, a reforma consistiu, principalmente, no desenvolvimento de um novo modelo de gestão e de governação clínica na perspetiva de melhorar o acesso aos serviços de APS, para reduzir a utilização inadequada de serviços hospitalares e de emergência, para obter ganhos de eficiência e melhor controlo de custos. O objetivo final era assegurar que todos os residentes em Portugal estariam registrados com um médico de medicina familiar numa unidade de saúde familiar⁹. O processo de “reforma” começou em 2005, num contexto político e económico favorável e foi promovido por um governo de maioria no parlamento (os anteriores tinham sido principalmente governos de coligação). Os principais desafios estavam em superar um défice de médicos especialistas em medicina

familiar e as barreiras para a implementação de novas estruturas organizacionais. As ideias-base da reforma estavam em linha com as tendências europeias e em continuidade com as medidas tomadas nos 30 anos anteriores: a criação da especialidade em medicina familiar, a promoção da prática de grupo e do trabalho em equipe, a introdução do pagamento adicional como um incentivo para executar serviços específicos (por exemplo, a imunização ou um programa de controlo da diabetes) e de capitação parcial; o desenvolvimento de serviços ao domicílio e o reforço do papel de ponto de entrada para a APS^{1,10,11,12}. Uma área em que a reforma Portuguesa tem avançado pouco é o da expansão dos papéis dos enfermeiros e outros profissionais a quem os médicos poderiam delegar algumas das suas funções tradicionais¹³.

As primeiras políticas para organizar os serviços de APS foram aprovadas em 1962, com vista a enfrentar uma taxa de mortalidade infantil bastante alta (77,5 ‰)¹⁴, que consistiu principalmente num programa de vacinação e no desenvolvimento de serviços materno-infantis em todas as regiões do país, com o apoio da Igreja Católica, por meio das suas *Santas Casas da Misericórdia*. Com o surgimento do regime democrático, em 1974, um dos objetivos declarados dos novos dirigentes era a criação de um Serviço Nacional de Saúde, com base no modelo britânico, o que aconteceu em 1979. Em 1982, a especialidade do médico de família foi criada e no ano seguinte, a implementação de uma segunda geração de centros de saúde foi lançado, com os novos especialistas¹⁵. Em 1985, a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMCG) foi criada reunindo médicos que trabalhavam na APS e para

defender mais apoio para a reforma¹⁶.

Em 1996, novas modalidades organizacionais e de gestão foram introduzidas: exemplos são os “*Projectos Alfa*”, onde as equipes de médicos de família aceitam alinhar sua prática em objetivos negociados com a Autoridade Regional de Saúde, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Outro caso foi o “*regime remuneratório experimental*” (RRE), que consistia numa melhoria do modelo “Alfa”, com novos mecanismos de remuneração, a criação da lista de pacientes e o pagamento por capitação ligados a indicadores de desempenho¹⁷, e organizadas com base nas necessidades e práticas de governação clínica, tais como auditoria clínica, diretrizes, e trabalho em equipe^{18,19,20}. Em 2005, os resultados da avaliação primeira RRE foram publicados e as conclusões foram positivas²¹.

Em 2005, o Ministério da Saúde criou um grupo de trabalho (“Missão para a Reforma dos CSP”) para coordenar a criação de USF, como entidades autónomas e voluntariamente constituídas e com metas de trabalho bem definidas^{9,22}. As primeiras tiveram início em Setembro de 2006. Em Dezembro de 2007, abriu a USF número 100.

A reforma da APS pode ser vista como um processo de transformação em que os gerentes devem exercer a liderança no apoio a seus colegas na procura de soluções inovadoras para problemas complexos num ambiente em mudança^{4,9,23}. Qualquer processo de mudança e reorganização é complexo e demorado, razão pela qual a liderança gestão na implementação dos ACES foi considerada fundamental para o sucesso da reforma, por exemplo, para desenvolver uma mistura equilibrada de médicos,

enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e dietistas com as habilidades para trabalhar em equipe, para avaliar as necessidades da população e para projetar e fornecer serviços que respondam a estes. Isto supõe o acesso a boas bases de dados e sistemas de informação, monitoramento e ferramentas que não estavam disponíveis anteriormente. A crescente sofisticação de doenças e a gestão de medicamentos também requer farmacêuticos e assistentes de farmacêutico mais e melhor treinados²⁴.

Depois de dois anos, os gestores dos ACES foram avaliados para fornecer uma primeira avaliação da capacidade da organização de cumprir o seu mandato e, assim, contribuir para o sucesso da reforma da APS, o que justifica a opção por recolher e analisar as suas percepções.

4. Desenho do Programa

O programa PACES foi desenvolvido em colaboração entre uma equipe da Missão Cuidados Primários (MCSP) e um dos autores, com o objetivo de preparar os directores executivos e os responsáveis clínicos recém-selecionados. O programa foi concebido por mandato do Ministério da Saúde, com o argumento que o novo tipo de organização necessita de “*uma nova cultura de gestão e liderança, com base em valores centrados no cidadão e confiança profissional e empreendedorismo*”. Encarregou a MCSP para “*criar programas de formação para desenvolver competências-chave na gestão e de liderança*” e de “*promover a identificação de melhores práticas de gestão e de liderança e a partilha de experiências*” entre os directores²⁵. A fase de concepção ocorreu

durante o ano anterior à seleção dos futuros gestores e começou imediatamente depois de serem nomeados. Foram desenvolvidos dois programas PACES Direct para diretores executivos e o PACES TEAM para os conselhos clínicos.

Dos 73 diretores executivos nomeados, 85% eram ex-diretores de centros de saúde ou de autoridades regionais de saúde (as 14 autoridades sub-regionais de saúde foram encerradas no processo de criação de ACES). Em termos de formação profissional, 80% eram médicos, 15% gestores, e 5% eram de outras profissões de saúde. 80% dos diretores executivos tinham 50 anos ou mais de idade. Entre os diretores executivos as mulheres representavam pouco mais de 40%.

O PACES TEAM foi desenvolvido um ano mais tarde para incluir os membros dos conselhos clínicos (CC), que eram cerca de 300 pessoas e passou por um programa de formação semelhante de Maio de 2009 a Maio de 2010.

31% dos membros dos CC tinham entre 40 e 50 anos, e 58% entre 50 e 60 anos e apenas 11 % menos de 40 anos. 70% eram mulheres, .. Relativamente às profissões, 50% eram médicos, 27% enfermeiros e 22% outros técnicos de Saúde. Destes destacam-se os assistentes sociais (7,5%), psicólogos (4%) e os nutricionistas (2,7%).

De salientar que 74,4% destes profissionais já trabalhava na saúde há mais de 20 anos, e 19% entre 10 e 19 anos. Estes dados mostram que os membros dos CC são profissionais experientes e conhecedores da realidade local, uma vez que 30,5% destes profissionais trabalhavam na mesma região há mais de 20

anos e outros 30, e 5% entre 10 e 19 anos. Note-se ainda, que destes profissionais, apenas 10% tiveram experiências na área da gestão.

Concepção do programa

O desenho do programa levou em conta tanto a lei que define os requisitos de seleção para diretores executivos; a qualificação ou mais de 3 anos de experiência como coordenador da unidade de saúde, gerente da equipe, e receber treinamento formal em gestão de saúde²⁶. Foi também considerado o mandato da MCSP de desenvolver um “Programa Avançado de Gestão e Liderança para Diretores Executivos de ACES”, como parte do plano estratégico do Ministério da Saúde ²⁵. O nome PACES foi escolhido deliberadamente para indicar a ideia de “manter o ritmo” para a mudança. A concepção do programa foi baseada nas seguintes premissas e pressupostos:

- A complexidade do desenvolvimento de um processo de reforma dos cuidados primários requer uma forte liderança^{9,23} e programas de capacitação mais longos^{27,28};

- A importância da formação-ação⁹, com foco na capacitação para resolução de problemas^{29,30}, especificamente respondendo às necessidades de desenvolvimento dos ACES;

- A necessidade de uma perspectiva de inovação de gestão³¹ para lidar com os obstáculos burocráticos do atual sistema de saúde;

- A necessidade de métodos eficazes de formação para o desenvolvimento de capacidades cognitivas e interpessoais^{32,33};

- O foco na “gestão de projetos” como ferramenta chave para lidar com a implementação da mudança e uso eficiente dos recursos³⁴;

- A importância do desenvolvimento de uma rede de pares para a partilha de sucessos de gestão como “boas práticas”^{31,35}, e

- A importância de expor os participantes o melhor conhecimento disponível em gestão³⁶.

Com base nestas premissas, os objetivos do programa foram definidos em termos de aquisição de elementos de conhecimento, de desenvolvimento de competências e de adoção ou fortalecimento de atitudes:

- Conhecimento dos conceitos básicos de gestão e compreender a estrutura de governação clínica no contexto da atenção primária;

- Habilidades em áreas como liderança, estratégia, gestão de projetos, gestão de sistemas de informação, recursos humanos, etc

- Atitudes para agir como líder que motiva a equipe, que é orientado para resultados, e que pensa de forma inovadora.

O PACES foi concebido como um programa

de um ano-calendário com sessões semanais no total de 400 horas, compreendendo 280 horas de sessões face-a-face; 60 horas de tutoriais em pequenos grupos e 60 horas de discussões e-learning. O PACES Direct foi oferecido em três locais (Porto, Coimbra e Lisboa) em 3 grupos de 20-25 gestores da mesma região, com vista à criação de redes mais fortes. O PACES TEAM foi organizado em 12 grupos de 16-32 membros de conselhos clínicos (Braga, Vila Real, Porto Norte, Porto Sul, Aveiro, Coimbra, Castelo Branco, Santarém, Oeiras, Lisboa, Évora e Faro).

O programa incluiu módulos sobre a complexidade e gestão de mudanças, em estratégia e em gestão de projetos, em desenvolvimento de recursos humanos e em liderança, na logística e contratualização de serviços e compras, e sobre a governação clínica. A Tabela I indica a principal fonte utilizada para orientar o desenvolvimento de

Tabela I. Conteúdo do programa

Módulo	Principal referências	Ligação com os objetivos do programa
Complexidade e Gestão da Mudança	Lapão, 2008b ⁹	Para entender os desafios da reforma da saúde e do papel de uma rede de pares partilha de experiências
Estratégia e Gestão de Projetos	Turner e Keegan, 2001 ³⁴	Para apoiar o alinhamento entre a estratégia e ação, e para proporcionar a oportunidade de testar um quadro comum de gestão com foco em resultados
Desenvolvimento de Recursos Humanos	Rigoli e Dussault, 2003 ³⁷	Fornecer ferramentas de recursos humanos para o desenvolvimento da saúde no contexto de uma reforma
Liderança	Paglis e Green, 2002 ³⁸	Para familiarizar com abordagens para lidar com a mudança e para o papel e as responsabilidades dos líderes nesse processo
Logística e Gestão da Inovação	Kaplan e Norton, 2000 e Hamel, 2006 ^{31,39}	Para fornecer ferramentas de gestão para enfrentar o desafio da alocação de recursos
Contratação de serviços e aquisições	MCSP, 2007 ²⁵	Para entender a utilidade de contratação e aprender a fazer o melhor desta estratégia
Governação Clínica	Baker, 2007; Zwanenberg e Harrison, 2007 ^{18, 40}	Para debater a melhor forma de governação clínica pode ser implementado

cada módulo e respectiva contribuição para os objetivos do programa.

O desenvolvimento da capacitação em gestão foi estruturado em torno do diagnóstico dos principais problemas em suas ACES, e do processo de concepção e planejamento de um “projeto de mudança organizacional”, a ser apresentado num workshop final. A escolha de projeto foi baseada no “sistema de ideias”³¹ que visa a geração de ideias de problemas que necessitam de resolução. Cada participante foi convidado a selecionar cinco problemas que carecem de ser resolvidos (produzindo 365 problemas iniciais). Os participantes foram convidados a voltar para os seus ACES e selecionar apenas um deles, depois de consultar seus colaboradores. Então, seis grupos de 12 participantes foram formados e se pediu para que cada grupo negociasse entre si e selecionasse um único problema. Este problema viria a ser o objeto de trabalho do grupo durante a duração restante do programa (9 meses). O progresso foi monitorado e discutido a cada 5 semanas.

Processo de implementação

Relativamente à formação formal, os formadores, maioritariamente com doutorado, foram selecionados com base na sua experiência de gestão de topo e da área de Saúde. Foram convidados a adotar pedagogias orientadas à resolução de problemas relacionados com a realidade que os participantes esperariam encontrar; com a implementação do quadro regulamentar dos ACES; com o planejamento de recursos humanos; com a negociação com os coordenadores de USF e relativos aos processos de contratualização. Esta escolha foi baseada no fato que a formação-ação ser uma ferramenta para o desenvolvimento

organizacional que permite aos participantes aprender por meio da discussão e troca de experiências e que o trabalho em grupo facilita a análise de problemas e busca de soluções, o que aumenta a curiosidade e atitudes positivas para com a inovação⁴¹. Em relação ao conteúdo, considerou-se como referência o exemplo do “Mestrado Internacional de Liderança em Saúde” da Universidade McGill⁴², que está organizado em torno de cinco dimensões para a formação de gestores de saúde: a *mentalidade catalítica* (procurar de formas para alcançar a mudança), a *mentalidade de colaboração* (aprender a apreciar relação de trabalho), a *mentalidade reflexiva* (permitindo a ampliação de perspectivas e oportunidades), a *mentalidade cosmopolita* (praticando a navegação dos sistemas de saúde), e da *mentalidade analítica* (compreensão os papéis e as organizações de referência).

Foi criada uma plataforma online para servir como espaço para colaboração e de partilha de resultados, e como um repositório de documentos. Cada um dos grupos (associando um ou mais conselhos clínicos) usou-a como sua maneira “oficial” de se comunicar entre si e com as suas Administrações Regionais de Saúde. Os grupos foram usando a plataforma para virtualmente comunicarem e gestionarem os seus projetos. Os problemas que foram selecionados foram sendo acompanhados e orientados periodicamente pela coordenação do PACES. Após a fase em sala de aula, os vários grupos receberam apoio tutorial ao longo de todo o resto do processo. Os vários grupos de trabalho foram apresentados e discutidos num seminário final com a presença do Secretário de Estado da Saúde (responsável pela atenção primária). Estes projectos e uma descrição de todos os 73 ACES e suas principais realizações

durante o período de formação foram publicados num livro⁴³.

4. Resultados

Foi realizada uma avaliação do impacto do programa comparando as percepções dos participantes sobre mudanças nas suas capacidades de liderança comparando os resultados dos inquéritos realizados no primeiro e no último dia do programa, focando nas dimensões de gestão, liderança e comportamento⁴⁴. Taxas de respostas (dos diretores executivos) foram respectivamente, 95% e 86%. Os inquéritos foram anônimos mas não foram emparelhados. Apresenta-se aqui apenas estatística descritiva.

Para a pergunta “porque aceitou a posição de diretor executivo?”, nenhum escolheu as opções de “vantagens financeiras” ou “prestígio”. Seis outras opções estavam disponíveis. A tabela II apresenta respostas do início e do final do programa. Houve alguma alteração observada entre os dois questionários, mas sem significância estatística.

Perguntou-se aos diretores executivos se eles se “sentiam bem (muito, razoável ou menos), sendo diretor executivo” e resultou numa ligeira queda, de 92,3% (antes) para 85,5% (depois) no grau de satisfação.

As perguntas tentaram capturar as mudanças nas práticas de gestão, tais como a frequência de reunião com os colaboradores, comunicação

Tabela II. As duas principais razões para aceitar o cargo de diretor executivo

Porque aceitou a posição diretor executivo	1ª (e 2ª) escolha Dezembro de 2008 (%)	1ª (e 2ª) escolha Dezembro de 2009 (%)
O desafio da Reforma	60.0 (12.3)	58.1 (6.5)
As suas qualidades de gestor	7.7 (23.1)	4.8 (21.0)
Dever	6.2 (10.8)	6.5 (10.1)
A crença no processo de reforma	15.4 (0)	12.9 (0)
As suas qualidades de liderança	3.1 (23.1)	4.8 (27.4)
Outro / Sem resposta	7.6 (30.7)	12.9 (35.0)
Total	100.0 (100.0)	100.0 (100.0)

Tabela III. Frequência de reuniões

Frequência de reuniões	Antes de Dezembro de 2008 (%)	Após Dezembro de 2009 (%)	Diferenças proporcionais
Diário	7,7	17,7	+10
1-4 uma semana	26,2	53,2	+ 27
A cada duas semanas	9,2	9,7	+ 0,5
Uma vez por mês	24,6	6,5	- 18,1
Sempre que seja necessário	18,5	12,9	- 5,6
Outro / Sem resposta	13,8	0,0	-13,8
Total	100,0	100,0	-

Tabela IV. Primeira e segunda (entre parênteses) preferência de canal de comunicação

Canal preferido de comunicação	Antes de Dezembro de 2008 (%)	Após Dezembro de 2009 (%)	Diferenças proporcionais (1ª e 2ª opções)
Escritos, formais (memorando oficial, cartas, etc.)	13,8 (21.5)	4.8 (24.2)	-6,3
Escrito, informal (e-mail, etc.)	3.1 (13.8)	37.1 (38.7)	+ 58,9
Intranet	3.4 (13.8)	4.8 (8.1)	-4,0
Oral (reuniões, conversas corredor, etc.)	54.4 (12.3)	51.6 (25.8)	10,7
Outro / Sem resposta	25.3 (38.6)	1.7 (3.2)	-
Total	100,0	100,0	100,0

Tabela VII. Percepção das mudanças no clima organizacional (em relação ao ano anterior)

Mudança de clima organizacional	Antes (Dezembro de 2008) (%)	Depois (Dezembro 2009) (%)	Diferenças proporcionais
Muito pior	1,5	0	-1,5
Pior	10,8	3,2	- 7,6
A mesma coisa	41,5	21,0	- 20,5
Melhor	32,3	51,6	19,3
Muito Melhor	1,5	3,2	1,7
Não sabe / não responde	4,6	17,7	- 13,1

Tabela VIII Percepção sobre o Processo de Reforma

Processo de reforma	Antes (Dezembro de 2008) (%)	Depois (Dezembro de 2009) (%)	Diferenças proporcionais
Não muito otimista	0	4,8	4,8
Pouco otimista	4,6	25,8	21,2
Neutro	1,5	4,8	3,3
Otimista	69,2	56,5	-12,7
Muito otimista	23,1	6,4	-16,7
Não sei	1,5	1,6	+ 0,1

e abordagem de gestão. Os resultados são apresentados nas Tabelas III - IV- V.

A principal mudança deu-se na frequência de reuniões com colaboradores, que passaram para reuniões diárias ou semanais, aumento de 33,9% para 70,9 %. O canal de comunicação preferencial também mudou: o uso de e-mail aumentou de 16,9% para 75,8%, se se somar

a primeira e a segunda escolhas. A Tabela V aponta igualmente uma maior propensão dos diretores executivos para ouvir e debater após o programa. Os poucos que, no início, disseram que diziam aos seus colaboradores o que fazer, aparentemente parecem ter mudado de estratégia.

Outro conjunto de perguntas sobre as

percepções de necessidades de melhoria de gestão, de mudanças no clima organizacional e sobre a evolução do processo de reforma em geral. Os resultados indicam (Tabela VI) que a necessidade de ferramentas de gestão (como gestão de projetos, métricas, planejamento, etc.) permanece constante, uma maior necessidade de recursos humanos (26,7%) e de tecnologia da informação (16,7%); Mas menos preocupação com o tempo necessário a gestão da mudança (-15,6%), o que é compreensível, dada a diferença de um ano entre as duas respostas.

A percepção de que o clima organizacional melhorou aumentou para 21% (Tabela VII), mas o “otimismo” em relação ao sucesso da reforma caiu radicalmente (de 92,3% para 62,9% de otimistas ou muito otimistas), enquanto a percentagem de pessimistas (não muito otimista, pouco otimista) aumentou de 4,6% para 30,6%.

Mesmo que esta alteração não pode ser atribuída ao programa, vale a pena mencionar que 70 USF foram criados em 2009 (durante o decurso do programa), um aumento de 25% relativamente a 2008. Isso ocorreu num contexto difícil, porque sendo a formação de uma USF um processo voluntário e porque, como o tempo foi passando, o entusiasmo que levou à criação das primeiras USF estava gradualmente se reduzindo.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Foi descrito um programa concebido para desenvolver e fortalecer as capacidades de um grupo de gestores para uma nova estrutura administrativa no sector da saúde em Portugal.

Ao apresentar esta experiência como um caso, que lições podem ser aprendidas, estando cientes das limitações da análise. O pré e post questionário foi inspirado por estudos similares^{28,45}, e construído sobre a base da literatura pertinente. Sua finalidade estava circunscrita a informar os decisores políticos sobre as percepções dos novos gestores sobre os desafios da sua nova tarefa, e da utilidade de um programa de treinamento formal. A análise das respostas foi limitada a estatísticas descritivas, e as alterações observadas não puderam ser medidas ao indivíduo, mas apenas a nível do grupo. Em relação ao programa em si, não foi construída sobre uma avaliação das necessidades de aprendizagem dos participantes (mas sim dos responsáveis pelo processo de reforma), pela razão de que eles ainda não estavam selecionados no momento da concepção. No entanto, conteúdos e estratégias de aprendizagem foram discutidos com os participantes no início do programa e foram feitos pequenos ajustes tendo em conta as suas sugestões.

Uma das observações mais significativas teve tom negativo: os gestores se tornaram menos otimistas sobre o processo de reforma quando o programa de treinamento terminou. Pode haver várias razões para isso. No início do programa, havia um sentimento de orgulho entre os participantes associados a fazer parte de uma reforma importante. A medida que o tempo foi passando, foram experimentando as dificuldades da implementação de uma nova estrutura administrativa, e das mudanças culturais que esta exigiu. Outra explicação possível, e possivelmente mais crítica, é que “capacitação” foi entendida pelos decisores políticos como limitada para a construção das

competências dos indivíduos (e não do grupo e sem pensar no desenvolvimento posterior). Nos níveis organizacionais e institucionais, as coisas mantiveram-se praticamente na mesma e, em alguns casos alteradas na direção errada (e.g. aumento de burocracia nas áreas financeira e de recursos humanos). As autoridades regionais, aos quais os ACES dependem, mantiveram mais ou menos os mesmos processos burocráticos e a cultura de centralização possivelmente motivada por uma percepção da reforma como uma ameaça a seus poderes. Aos ACES não foi dada autonomia de gestão financeira e de recursos humanos, o que limita consideravelmente a margem de manobra destes gestores. Isto criou ainda um sentimento de injustiça e, como seria de esperar, teve um efeito de desmotivação. Houve uma ausência de incentivos organizacionais e individuais para apoiar o compromisso dos gestores para uma aplicação rápida e eficaz da reforma, como se uma orientação para o serviço público fosse suficiente motivação, e que outros estímulos não fossem necessários. Isto corrobora que as atividades de liderança não devem apenas se centrar nos indivíduos, mas devem tornar-se um foco para toda a organização.

O PACES criou oportunidades para os gestores e membros dos conselhos clínicos analisarem o planejamento, os problemas de gestão e de compartilharem soluções potenciais com os colegas. Mas um programa de treinamento não é suficiente para criar as condições que facilitam a mudança, são precisos outros instrumentos que orientem a evolução do processo de mudança. No entanto, alguns efeitos positivos podem ser atribuídos ao programa de PACES, além dos ganhos de aprendizagem que dele resultaram. Facilitou a criação de um espírito de grupo e hábitos de

trabalho em rede entre os gestores. Em discussão com eles, os participantes mencionaram que isso ajudou em suas relações com as autoridades regionais e que as estratégias de partilha sobre como estimular a criação de USF foi útil. Foram os participantes mais jovens (<40 anos), e menos experientes, que beneficiaram mais da sua participação, tanto em termos de aprendizagem como na obtenção de reconhecimento das suas capacidades pelos seus pares.

Os decisores políticos devem considerar que, além de abordar as necessidades de fortalecimento de capacidades organizacional e institucional, é preciso apoiar os gestores ACES de uma forma continuada. Mais pesquisa sobre a avaliação do impacto de treinamento de liderança é necessário para fornecer aos decisores políticos estratégias para melhor apoiar as suas reformas. Mas mesmo que um programa atinge todos os seus objectivos, outras variáveis, tais como sistemas de gestão eficazes, um quadro regulamentar adequado e incentivos financeiros são necessários para apoiar a mudança.

A teoria dos “three streams” de Kingdon⁴⁶ (1995) sobre o desenvolvimento de políticas é útil para entender como um problema atinge a agenda política: “a corrente do problema” como são as questões são reconhecidas e levadas para a agenda pública; a “corrente de políticas (policy)”, que define as opções alternativas oferecidas aos decisores políticos e; a “corrente política”, em que os atores políticos incluem a questão nas suas agendas. Isto pode ser visto como um “conjunto de processos” que podem ser reconstituídos retrospectivamente para identificar os fatores que influenciaram a conduta de uma reforma.

Em Portugal, a reforma da APS tornou-se parte do programa de Governo em 2005, depois de várias alternativas terem sido proposto em vários relatórios e estudos. Por exemplo, os estudos de custo-benefício de serviços de APS²¹, e as experiências-piloto realizadas entre 1996 e 2004⁹. A ideia de uma tal reforma havia sido discutida há mais de 25 anos, mas é somente em 2005 que atingiu a agenda política quando um novo governo tomou posse. Este último delegou a responsabilidade para a implementação da reforma a uma task-force definida para o efeito, transformando um objectivo político numa questão técnica, mas sempre acompanhada politicamente.

No âmbito da reforma da APS, cada uma das três correntes seguiu sua própria lógica e tinha as suas próprias forças motrizes. Alguns responsáveis da associação portuguesa de medicina familiar eram membros proeminentes ligados ao partido eleito em 2005 e que ajudou a levar a reforma da APS para a agenda política. Mais, um documento técnico elaborado por esta associação defendendo a reforma tornou-se fundamentalmente parte do programa de governo. A combinação de apoio governamental e de associações profissionais criou uma “janela política” favorável para o lançamento da reforma. Tendo em conta que na “janela política, as oportunidades para a ação permanecem abertas apenas por curtos períodos”⁴⁶, era preciso agir com celeridade. A “janela” era estreita, até porque nem todos os interessados eram favoráveis: conselhos profissionais, faculdades de medicina, associações de médicos especialistas não se opuseram à reforma, mas seu apoio foi bastante calculista, porque não tinham participado na sua concepção. O tempo necessário para

colocar pessoas ou recursos era grande, por questões regulamentares e administrativas, o que atrasava o ritmo da reforma. Quando tudo estava pronto, a crise financeira chegou a Portugal e apoio enfraqueceu ainda mais. Em suma, uma combinação de fatores internos e externos mudou o ambiente de favorável para menos favorável em uma questão de dois anos.

Novos estudos de viabilidade econômica ou técnica foram conduzidos para explorar opções políticas alternativas para lidar com as dificuldades da reforma. Na falta de uma política da força de trabalho em saúde e de uma estratégia para responder à escassez de médicos e enfermeiros em áreas carentes, um grande obstáculo para o desenvolvimento de serviços de APS, o Ministério da Saúde optou por contratar profissionais de saúde a partir do estrangeiro, nomeadamente de Cuba, Colômbia, Costa Rica e Uruguai. No geral, houve uma desconexão entre as políticas e as necessidades dos gestores responsáveis para implementar a reforma da APS. Não existe qualquer indicação de esforço feito para identificar as necessidades. No âmbito de uma reforma, uma nova cultura de gestão estratégica precisa ser desenvolvida e sustentada, o que requer novos conhecimentos, novas ferramentas, bem como um ambiente político favorável, aberta à inovação, além de objetivos claros^{4,31,47}. Os gestores que entrevistamos relataram que esses pré-requisitos não foram cumpridos. Sendo estas apenas percepções, deve se considerar como influenciaram a motivação e o comportamento dos gestores, com repercussões sobre os prestadores de serviços.

A principal mensagem que se pode reter do PACES é que o fortalecimento da liderança

e das capacidades de gestão dos profissionais da saúde requer conhecer a realidade, do que é necessário, objetivos claros, apoio organizacional e compromisso, e incentivos e recursos adequados. Uma mensagem recorrente dos gestores era “se as autoridades regionais nos dessem recursos, nos termos da lei, nós podemos fazer o trabalho!”.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados primários de saúde: agora mais que nunca (Relatório mundial da saúde 2008). Genebra: OMS; 2008.
2. MCSP. USF Updated Number Report- Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2012. [cited 2012 December 2]. Available from: <http://www.mscp.min-saude.pt>
3. Braithwaite J. L(H) ≠ S (m1, m2...mn). Leadership in Health Services. 2008; 21(1): 8-15.
4. Dickson G. Transformations in Canadian health system leadership: an analytical perspective. Leadership in Health Services. 2009; 22(4):292-305.
5. Baser H, Morgan, P. Capacity, Change and Performance - Study Report (Discussion Paper 59B). In: European Centre for Development Policy Management. 2008 [cited 2010 Jul 18]. Available from: <http://www.ecdpm.org/capacitystudy>
6. Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs, Health Policy and Planning. 2004; 19(5): 336–345.
7. Mizrahi Y. Capacity Enhancement Indicators: Review of the Literature, Washington D.C., World Bank Institute Working Papers; 2004.
8. Barringer BR, Jones FF. Achieving rapid growth: revisiting the managerial capacity problem. Journal of Developmental Entrepreneurshi. 2004; 9 (1): 73-86.
9. Lapão LV. The role of Complexity and Innovation in the new Primary Care Governance Model in Portugal. The Innovation Journal – Issue on Complexity. 2008b;13(3): 1-12. [cited 2012 November 12]. Available from: http://www.innovation.cc/scholarly-style/lapao1dec2008jag8rev_v13i8.pdf
10. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illnes. The Chronic Care Model, Part 2. JAM. 2002; 288:1909-1914.
11. Macinko J, Starfield B, Shiet L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. Health Serv. Res. 2003; 38: 819–853.
12. Grumbach K, Bodenheimer T. Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice? JAMA. 2004; 291:1246-1251.
13. Buchan J, Temido M, Fronteira I, Lapão LV, Dussault G., Nurses in Advanced Roles: A Review of Relevance for Portugal; 2012 (accepted for publication in Latin American Journal of Nursing).
14. Instituto Nacional de Estatística. A Mortalidade Infantil em Portugal. Actualidades do INE 2001. Lisbon, INE. 2001 [cited 2012 November 02]. Available from: <http://www.alea.pt/html/actual/html/act30.html>

15. Pisco L. Reform of Primary Health Care in Portugal. *Jornal médico de família*. 2008 Set. 3; 151.
16. APMCG. Um futuro para a medicina de família em Portugal. *Edições Especiais*
17. Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Lerberghe WV, Ferrinho P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. *Rev Port Clin Geral*, 2005;21:45-59.
18. Zwanenberg T, Harrison J. *Clinical Governance in Primary Care*. 2nd Ed., Radcliffe Medical Press, Oxford; 2007.
19. Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Os Cuidados de Saúde Primários. In *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*. Padrões Culturais Editora: Lisboa; 2006.
20. Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F. A model for clinical governance in primary care groups. *British Medical Journal*. 1999; 318:779–83.
21. Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel LS. Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. *Associação Portuguesa de Economia da saúde*; 2005.
22. Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clin Geral*. 2006; 22: 67-79.
23. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *British Medical Journal*. 2001; 323(7315): 746-9.
24. Gregório J, Lapão LV. 2011. Portuguese community pharmacists in 2020: survival of the fittest. In: SPCF, ed. *European Association of Faculties of Pharmacy Annual Congress - New Roles for Pharmacy and Pharmacists in Europe: A Challenge for Education in Pharmacy*; 2001 July 22;Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2011.
25. MCSP. MCSP Law Statement”, *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*; 2007. [cited 2010 June 07]. Available from: <http://www.mscp.min-saude.pt>
26. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38 — 22 de Fevereiro de 2008.
27. Bass, B.M. *Bass and Stodgill's Handbook of Leadership: Theory, Research, and Applications*. New York: The Free Press; 1990.
28. Alimo-Metcalfe B, Lawler J. Leadership development in UK companies at the beginning of the twenty-first century. Lessons for the NHS?. *Journal of Management in Medicine*. 2001; 15 (5): 387-404.
29. Mintzberg H. *Mintzberg on Management: Inside our strange world of organizations*. The Free Press, New York; 1989.
30. Mintzberg H. Developing leaders? developing countries? *Development in Practice*. 2006; 16: 1, 4-14.
31. Hamel G. The why, what and how of management innovation. *Harvard Business Review*. 2006; 84 (2): 72-84.

32. Arthur WJr, Bennett WJr, Edens PS, Bell ST. Effectiveness of training in organizations: A meta-analysis of design and evaluation features. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88: 234-245.
33. Alimo-Metcalfe B, Alban-Metcalfe J. *Leadership: Time for a New Direction?*. Leadership. SAGE Publications. 2005;1(1): 51–71.
34. Turner JR, Keegan AE. Mechanisms of governance in the project-based organization: the role of the broker and steward. *European Management Journal*. 2001;19(3): 254-267.
35. Dyer JH, Nobeoka K. Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: the Toyota case. *Strategic Management Journal*. 2000; 21: 345–367
36. Farmer J, Chesson R. Health care management: models for evidence-based practice. *Journal of Management in Medicine*. 2001; 15(4): 266-284.
37. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*. 2003; 1:9.
38. Paglis LL, Green S. Leadership self-efficacy and managers' motivation for leading change. *Journal of Organizational Behavior*. 2002; 23: 215-235.
39. Kaplan RS, Norton DP. *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*, Harvard Business School Press; 2000.
40. Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F. A model for clinical governance in primary care groups. *British Medical Journal*. 2007; 318: 779–83.
41. Kreitner R, Kinicki A. *Comportamento Organizacional*. New York, McGraw-Hill; 2007.
42. Gosling J, Mintzberg H. The five minds of a manager. *Harvard Business Review*. 2003;81 (11):54-63.
43. Lapão LV. *PACES: Livro de Curso*. INA Editora; 2010.
44. Cameron KS, Quinn RE. *Diagnosing And Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. Jossey-Bass Inc Pub; 2005.
45. Edmonstone J, Western J. Leadership development in health care: what do we know?. *Journal of Management in Medicine*. 2002;16(1):34-47.
46. Kingdon JW. *Agenda, Alternatives, and Public Policies*. 2nd Edition. HarperCollins College Publishers: New York; 1995.
47. Mable A, Marriot J, Marriot-Mable E. *Canadian primary healthcare policy—The evolving status of reform*, Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation; 2012.

Recebido em 28/11/2012
Aprovado em 10/12/2012