

A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento

ANDRÉ ROSA BISCAIA*

RESUMO

Os Cuidados de Saúde Primários portugueses estão a viver uma reforma que coloca desafios que não podem ser respondidos fazendo mais do mesmo ou pensando do mesmo modo. Vai ser necessária uma reforma do pensamento. Terá de ser construído um pensamento que consiga abordar a complexidade da Saúde, da reforma e de todo o seu contexto; paralelamente terão de ser criadas as condições para que essa nova forma de pensar e, conseqüentemente, de estar, se possa implementar e desenvolver. Este artigo, alicerçado na narrativa das reformas procura colaborar na discussão de conceitos ainda pouco divulgados na Saúde e revê aspectos centrais da gestão da informação e do conhecimento: rotinas de aprendizagem, aprendizagem organizacional, organizações de aprendizagem, transferência do conhecimento, formação interprofissional, governação clínica, accountability. Foca a atenção particularmente no modo como esta gestão da informação e do conhecimento e este novo pensamento que os organiza podem transformar as organizações de saúde e promover a qualidade no benefício de todos. O artigo termina retomando o ciclo: a reforma organizacional que alimenta a reforma do pensamento, que vai alimentar a reforma organizacional, estimulando nova reforma do pensamento...

INTRODUÇÃO

Vive-se actualmente, num grande número de países, um ambiente de reforma dos sistemas de saúde. Em Portugal, nos últimos 50 anos, podem identificar-se sete períodos que correspondem a outras tantas reformas do Sistema de Saúde¹, a última das quais está ainda em discurso directo e que se poderia chamar «A Reinvenção dos Cuidados de Saúde Primários» (ver Quadro I). Dois dos objectivos desta última reforma, como definidos pela *Missão para os Cuidados de Saúde Primários*^{2,3}, são a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiar e a promoção de «formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados»². As Unidades de Saúde Familiares – a imagem de marca desta reforma – são «equipas multiprofissionais cons-

tituídas por especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde»² que se associam voluntariamente «com vista a uma prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos»². Estas Unidades de Saúde Familiares terão de elaborar um Regulamento Interno, uma Carta da Qualidade e um Plano de Acção (com objectivos e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, continuidade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência, produtividade e satisfação). Os profissionais serão remunerados segundo um sistema (que ainda não está completamente definido nesta fase) com uma componente fixa e uma componente variável dependente da produtividade e qualidade das prestações, à semelhança do Regime Remuneratório Experimental dos médicos de família⁴. Foi criada uma estrutura de missão para a concretização desta Reforma que pretende que o processo de reestruturação seja «progressivo, flexível e consensual, optimizando os recursos disponíveis e tirando proveito das experiências acumuladas»², devendo-se «potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional» e contribuir para «uma relação interpessoal e profissional estável»².

OS DESAFIOS DA REFORMA

Esta reforma dos Cuidados de Saúde Primários coloca múltiplos desafios à

*Médico de Família no Centro de Saúde de Cascais
Investigador no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa

cultura das organizações de saúde em Portugal, não só a patente (aquela que é visível – estrutura, processos, estratégias, objectivos) mas principalmente a latente (o chamado inconsciente organizacional – as crenças, as «certezas fundamentais», os conflitos reprimidos...) ⁵ (ver Quadros II e III). É um corte profundo com o passado e com aquela que tem vindo a ser a filosofia e a prática dos cuidados de saúde em Portugal e na qual foram enformadas sucessivas vagas de políticos, administradores e profissionais da saúde. Até que ponto a reforma actualmente pensada para os Cuidados de Saúde Primários pode encontrar eco na cultura latente dos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários portugueses e assim de-

sencadear a motivação e criatividade para a colocar em prática de um modo sustentado é um aspecto fundamental. Os responsáveis pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários têm repetido que esta reforma assenta naquilo que os profissionais da saúde têm vindo a defender há muitos anos. De facto, a sobreposição dos princípios desta reforma com os preconizados no documento da APMCG – «Um futuro para a Medicina de Família em Portugal» – de 1991 é evidente ⁶ e este pode ser um factor determinante em todo o processo.

Por outro lado, no que se refere ao Sector da Saúde em Portugal, aquilo que foi feito até agora tem levado a grandes melhorias no estado de saúde dos portugueses e posicionou Portugal na

QUADRO I

AS REFORMAS DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Datas	Reformas
1945-1967	<ul style="list-style-type: none"> • O Estado reconhece as suas responsabilidades na Saúde e passa a assumir um papel na prestação de cuidados de saúde
1968- 1974	<ul style="list-style-type: none"> • Emergem os Cuidados de Saúde Primários com a criação dos «Centros de Saúde de 1ª Geração» e inicia-se a implementação da Clínica Geral.
1974-1984	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidam-se os Cuidados de Saúde Primários • A Saúde passa a ser um direito dos cidadãos • Surge o Serviço Nacional de Saúde suportado numa rede de centros de saúde (de 2ª geração – integrando cuidados preventivos, de promoção da saúde e curativos) que cobrem todo o país • Criam-se os Institutos de Clínica Geral, a Formação Específica em Exercício e o Internato Complementar de Clínica Geral
1985-1994	<ul style="list-style-type: none"> • Dá-se mais atenção à gestão dos serviços como reacção às crescentes despesas com a Saúde • Tenta-se uma maior separação entre o sector público e privado • A saúde passa a ser «tendencialmente gratuita» • Aparecem os Departamentos de Clínica Geral nas Faculdades de Medicina
1995-2001	<ul style="list-style-type: none"> • Dá-se maior atenção à gestão do sistema • Surge a primeira estratégia da saúde para Portugal para o período
1998-2002	<ul style="list-style-type: none"> • Surgem experiências de novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde por médicos de Medicina Geral e Familiar • Cria-se o Instituto da Qualidade em Saúde que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde
2002-2005	<ul style="list-style-type: none"> • Reinventam-se os cuidados hospitalares com nova legislação sobre gestão hospitalar e os hospitais-empresa • É apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004- 2010
2005- ...	<ul style="list-style-type: none"> • Reinventam-se os Cuidados de Saúde Primários

QUADRO II

A DANÇA DOS CONCEITOS – GESTÃO

Cultura de uma organização⁵	Sistema de valores e crenças compartilhados que determinam o comportamento dos que os compartilham (no fundo, pode ser definida como o modo como as coisas são feitas). É útil diferenciar «Cultura Patente» (a manifesta, formal, aparente) que corresponde ao polo organizado, como a organização se quer mostrar e a «Cultura Latente» (onde estão as crenças, os impulsos institivos, os desejos não expressos, mas também a criatividade, a capacidade de inovar) que representa o polo organizante
Governança Clínica (clinical governance)	O enquadramento através do qual as organizações de Saúde são responsabilizadas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela criação de um ambiente que promova altos níveis de qualidade dos cuidados ²⁵
Organizações de aprendizagem	Organizações que têm o objectivo e a capacidade para fazerem da aprendizagem uma característica nuclear ²⁶ . São organizações que intencionalmente constroem estruturas e estratégias para maximizar a aprendizagem organizacional ²⁷
Aprendizagem organizacional	O modo como as organizações constroem e organizam o conhecimento e as suas rotinas e utilizam os recursos dos seus profissionais para melhorar o desempenho da organização ²⁷
Rotinas de aprendizagem	Mecanismos que disponibilizam conhecimento organizacional para alcançar objectivos organizacionais ²⁷
Empoderamento (empowerment)	O sistemático aumento do poder discricionário, responsabilidade e competência ⁴⁶
Accountability	É muita vezes traduzida por responsabilização, mas implica também a transparência dos objectivos, processos e resultados para que qualquer pessoa possa avaliar, por si e se assim o desejar, a qualidade de uma dada organização de saúde ²⁵

Nota: Uma reforma implica muitas vezes novos discursos, novos conceitos, uma nova linguagem. Os Quadros II e III representam um contributo para essa nova linguagem. Não se trata de um glossário de termos até porque alguns não são consensuais nem estão oficializados; o que se pretende é colocar alguns conceitos à discussão como contributo para sua compreensão, daí ter-se adoptado a terminologia «Dança dos conceitos» de um dos livros de Humberto Mariotti³⁵

zona de topo dos indicadores de Saúde mundiais⁷.

Coloca-se, portanto, uma questão de base: se é um salto no escuro e as coisas até têm corrido bem, então, porque mudar?

PORQUÊ MUDAR?

Podem-se colocar nos pratos da balança várias linhas de argumentação.

A primeira tem a ver com uma atitude. Se não está partido, porquê consertar? Porquê mudar se até há resultados bons? Mas será que não poderiam ser ainda melhores? Será que está tudo a correr bem em todos os campos? E até quando? Será que os outros também

acham que as coisas estão a correr bem? Estamos a fazer tudo o que podemos para melhorar os serviços que prestamos? Estou mesmo satisfeito com o meu desempenho? A procura constante da melhoria e da excelência é um motor potente para a mudança relevante e uma característica das organizações bem sucedidas.

A evidência para a mudança

Os próximos argumentos têm a ver com aquilo que se poderá chamar mudança baseada na evidência. Olhando para o exemplo dos estudos de satisfação dos utentes dos serviços de saúde portugueses⁸⁻¹⁷, o que se pode concluir é que a avaliação dos aspectos relacionados com a qualidade dos cuidados de saúde

QUADRO III

A DANÇA DOS CONCEITOS – GESTÃO DO CONHECIMENTO

Dados	Conjunto de factos objectivos e individualizados sobre acontecimentos ⁴⁵ ; são observações não organizadas, números, palavras, sons, imagens ⁴⁶
Informação	Dados organizados, padronizados, agrupados ou categorizados, com significado ⁴⁶ , prontos para serem interpretados e convertidos em conhecimento ⁴⁷
Conhecimento	A informação torna-se conhecimento quando é contextualizada, relevante, autêntica, relacionável com a experiência ⁴⁷
Transferência do conhecimento (knowledge translation)	É a troca, síntese e aplicação eticamente correcta do conhecimento para que se possa usufruir dos benefícios da investigação na melhoria da saúde, efectividade dos serviços e produtos e fortalecimento dos sistemas de saúde ⁴⁵
Formação interprofissional	É mais do que formação multiprofissional em que apenas acontece que se juntam diferentes profissões num mesmo contexto de formação. Na formação interprofissional, diferentes profissões aprendem com as outras profissões, aprendem das outras profissões e sobre estas. O objectivo é aumentar a compreensão sobre outros modos de pensar e abordar os problemas, combinando os diferentes conhecimentos e aptidões no benefício dos cuidados prestados ⁴⁸

de que são prestados é positiva e a avaliação dos aspectos relacionados com a gestão e organização dos serviços de saúde, como a disponibilidade e acessibilidade, o atendimento por parte dos funcionários, a organização dos serviços, o tempo de espera, é relativamente negativa.

Por seu lado, os relatórios da Inspeção-Geral da Saúde relativos às avaliações realizadas nos Centros de Saúde sobre «Atendimento e Humanização»¹⁸ reforçam esta ponderação negativa e traçam um cenário negro da organização/gestão dos centros de saúde com quatro vectores: falta de profissionais a todos os níveis, falhas de formação em especial no sector administrativo, inexistência de cultura e prática de trabalho em equipa e insuficiente resposta à população que servem¹⁹.

Já nas avaliações de entidades internacionais sobre a Saúde em Portugal²⁰, a OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos)^{21,22} reporta falhas na avaliação do impacto das mudanças adoptadas, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, baixa qualificação de alguns dos recur-

sos humanos, o desequilíbrio na atribuição de recursos que desfavorecem claramente o sector dos Cuidados de Saúde Primários e a falta de coordenação entre os vários níveis de cuidados e serviços.

A Organização Mundial da Saúde, por seu lado, comparou 191 países em 2000²³ e colocou o Sistema de Saúde português como o 12º melhor do mundo quanto ao seu desempenho global; mas no que se refere à resposta às expectativas não-médicas (acesso, conforto, horários) não se conseguiu ultrapassar o 38º lugar e quanto à justiça na contribuição financeira o 58º.

Ainda num plano negativo, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010²⁴ realça as insuficiências na organização dos centros de saúde e também a pouca participação dos cidadãos na vida do centro de saúde, a ausência de sistemas de informação adequados, a pouca diversificação de respostas e as limitações na formação dos profissionais. Considera, no entanto, que é nos Cuidados de Saúde Primários que, em Portugal, mais se tem inovado em termos de rigor e avaliação da qualidade mas

que a aposta no desenvolvimento de uma «cultura» de avaliação da qualidade dos serviços prestados tem de ser mais forte.

A Reforma no Reino Unido

Vale a pena, também, olhar um pouco para fora. O Reino Unido, paradigma dos serviços nacionais de saúde e exemplo obrigatório no domínio da Saúde, foi abalado por uma série de casos que comprometiam seriamente a qualidade dos cuidados de saúde e custaram a vida a dezenas de pessoas^{25,26}. Por outro lado, constataram-se grandes variações na qualidade dos cuidados ao longo do país e de unidade para unidade. Esta situação levou a uma resposta musculada do governo britânico, suportada pela opinião pública, e à imposição de uma reforma com o objectivo de diminuir as desigualdades e de garantir cuidados de alta qualidade onde e quando fossem necessários. Concretamente, foi implementada uma série de estruturas e processos para garantirem esses objectivos. A nível mais central apareceram instituições como a NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) e as NSF (*National Service Frameworks*) para várias áreas como as neoplasias e as doenças coronárias, com o objectivo de produzir directivas sobre processos e objectivos a alcançar quanto à qualidade; e a nível local implementou-se a governação clínica (*clinical governance*) que pode ser definida como o enquadramento através do qual as organizações de Saúde são responsabilizadas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela criação de um ambiente que promova altos níveis de qualidade dos cuidados. Neste enquadramento, os elementos das direcções/administrações das unidades são pessoalmente responsabilizados pela qualidade dos cuidados e são impostos objectivos, metas e actividades. Não se pretende apenas melhorar a qualidade, mas sim assegurá-la²⁵. Nesta reforma,

a monitorização do desempenho dos profissionais e as avaliações da satisfação dos utentes também assumiram um estatuto obrigatório e foi criada outra agência nacional – *Commission for Health Improvement* – para inspeccionar a concretização das medidas e com poder para intervir até à destituição dos responsáveis das organizações de saúde. Um conceito central nesta reforma é a *accountability*, que se pode traduzir por responsabilização, mas que implica também a transparência dos objectivos, processos e resultados para que qualquer pessoa possa avaliar, por si e se assim o desejar, a qualidade de uma dada organização de saúde. A *accountability* é considerada fulcral porque os utentes dos serviços de saúde nem sempre se assumem como consumidores e não podem, na maior parte das vezes, transferir os seus cuidados para outro serviço e, portanto, têm de existir mecanismos que possam exigir, pelos utentes, a qualidade necessária e servir como contrapeso para essa falta de poder e de escolha²⁵.

Mais recentemente, ainda no Reino Unido, foi declarada, a nível central, uma aposta na aprendizagem como a chave para a melhoria do Serviço Nacional de Saúde, quer para os utentes quer para os profissionais²⁶. Esta decisão desencadeou uma extensa lista de publicações sobre aprendizagem nas profissões da saúde e o debate de conceitos já interiorizados no mundo da gestão como aprendizagem organizacional^{27,28} e organizações de aprendizagem (*learning organizations*)²⁹⁻³² que irão ser discutidos mais adiante. No entanto, não se encontram ainda avaliações do impacto, quer desta abordagem centrada na aprendizagem, quer da governação clínica nas organizações de saúde e seus resultados.

Há algumas ideias fortes a reter. A responsabilização e a transparência (*accountability*) são valores importantes nas organizações de saúde; a auto-crí-

tica e a abertura à crítica externa podem ser ferramentas úteis para o desenvolvimento profissional e organizacional; e as atitudes defensivas e corporativistas podem perpetuar a má qualidade e terem um custo demasiado alto.

PARA ONDE MUDAR?

Saber para onde mudar é o passo seguinte, depois da constatação de que há evidência suficiente para desejar a mudança.

O Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde³³ transmitiu uma visão e orientações estratégicas que foram consensualizadas num processo participativo e inclusivo. De entre as principais estratégias orientadoras deste Plano, quatro têm particular importância por implicarem directamente os Cuidados de Saúde Primários e enquadrarem a reforma actual: a mudança centrada no cidadão, a gestão integrada da doença, a abordagem com base em *settings* (escolas, locais de trabalho...) e a capacitação do sistema de saúde para a inovação (estas estratégias foram discutidas no Editorial que enquadra este conjunto de artigos).

Portanto, a mudança terá de ser feita no sentido de colocar o cidadão no centro, promovendo a equidade, valorizando a qualidade de vida, percebendo que saúde e doença fazem parte de um mesmo continuum multidimensional saúde-doença e dando prioridade à promoção dos factores que permitem uma resposta favorável à saúde – os factores de saúde³⁴; os fenómenos de doença devem ser geridos de um modo integrado, desenvolvendo-se o trabalho em rede e subsidiariedade e deslocando mesmo, sempre que útil e eficiente, o local de actuação para contextos fora das unidades de saúde; e deve ser preparado/ /construído um ambiente favorável para a aprendizagem, desenvolvimento,

experimentação e inovação.

A governação clínica e as organizações de aprendizagem

Por outro lado, da descrição feita da reforma dos Cuidados de Saúde Primários ressaltam algumas áreas-chave: inovação, flexibilidade, consenso, experiência, competências, planificação, articulação, responsabilização, voluntariedade, qualidade, efectividade, eficiência, remunerações dependentes da produtividade e qualidade dos cuidados, relações interpessoais e profissionais, satisfação. São conceitos que se enquadram numa filosofia próxima da das organizações de aprendizagem. E é útil neste momento comparar governação clínica e organizações de aprendizagem, para melhor compreender duas possíveis abordagens para a reforma. Não no sentido de optar por uma excluindo a outra, mas retirando de cada uma aquilo que interessa para uma reforma relevante. Vamos, para o efeito, avaliar áreas que irão seguramente assumir particular importância na reforma: a gestão do risco, a qualidade dos cuidados e a avaliação do desempenho.

A gestão do risco (actividades relacionadas com a identificação, análise, controlo e custo da prestação de cuidados de saúde inadequados) é um aspecto central da governação clínica, que tenta responder com o desenvolvimento e implementação de protocolos e procedimentos que uniformizem os cuidados a par de treino adequado para todos os envolvidos na prestação dos cuidados. As organizações de aprendizagem focam-se mais na importância das competências técnicas e da aprendizagem contínua individual e organizacional que levam à incorporação das boas práticas²⁶. A minimização do risco é feita pela prudente delegação, supervisão, treino e suporte de modo a que um erro não signifique necessariamente um desastre²⁶.

A qualidade dos cuidados é outra pe-

dra de toque da governação clínica que considera que é um dever dos profissionais prestarem cuidados baseados na evidência existente ou nas melhores práticas conhecidas. Para as organizações de aprendizagem, a qualidade é o cimento de toda a estrutura e é a partilha da aprendizagem, dentro e fora da organização, que leva à melhoria da qualidade^{26,30}.

A avaliação do desempenho é, na governação clínica e nas organizações de aprendizagem, vista como oportunidade de melhoria mais do que instrumento de culpabilização. Para as organizações de aprendizagem, a própria organização deve estar comprometida em tornar as avaliações de desempenho relevantes para a aprendizagem e desenvolvimento organizacional; no mesmo sentido, os enganos, erros e reclamações são informação importante sobre o desempenho mas também oportunidades de aprendizagem. Esta abordagem leva a um ambiente de maior honestidade, cooperação e confiança em que os problemas de desempenho serão lidados de uma maneira adequada e construtiva^{26,29}.

As grandes divergências entre uma e outra abordagem são as suas forças motrizes. A governação clínica deriva de uma vontade externa à organização, é imposta de cima como um requisito e um objectivo a alcançar; enquanto que a vontade de se tornar uma organização de aprendizagem vem de dentro da própria organização, do desejo de fazer melhor e, em alguns casos, de ser mais competitivo; é um modo de estar e fazer, para além de um destino a alcançar²⁶.

A governação clínica tende a reforçar as hierarquias e estruturar linhas de responsabilização que desembocam no responsável máximo da organização e podem interpor-se até no campo da própria autonomia técnica dos profissionais. As organizações de aprendizagem têm uma abordagem mais solidária, remetendo a responsabilidade para os

profissionais e para as equipas mais do que para o topo da organização; é um processo alicerçado nos valores e motivação dos profissionais e nas mudanças interiorizadas do modo de pensar^{26,31}.

O caminho que se parece adivinhar para evolução da reforma em Portugal parece beber das duas abordagens. Demonstra-se vontade política ao criar uma Missão para efectivar a reforma e entrega-se essa Missão a profissionais de saúde do terreno; apoia-se um modelo e uma agenda de mudança que se inspira num projecto debatido ao longo de 15 anos⁶; abre-se a discussão e consensualizam-se medidas; e criam-se as condições para que os profissionais se organizem de modo autónomo. Paralelamente, reforçam-se as entidades normativas e reguladoras – Direcção-Geral da Saúde e Entidade Reguladora da Saúde – e atribui-se-lhes um papel acrescido na monitorização do processo.

Recapitulando, existe evidência relativamente robusta da necessidade de mudança e parece saber-se para onde se vai. São dois aspectos fundamentais, mas não suficientes. Para mudar vão ser necessários informação e conhecimento e uma nova forma de organizar este conhecimento – uma reforma do pensamento.

COMO MUDAR? A REFORMA DO PENSAMENTO

Não se vai conseguir mudar ou aproveitar todas as potencialidades da Reforma, fazendo mais do mesmo ou pensando do mesmo modo. Tem de se desenvolver um pensamento capaz de fazer face à cada vez maior complexidade da Saúde, das reformas e dos contextos onde tudo se desenvolve, um pensamento aberto, abrangente e flexível³⁵, que contextualiza e integra, capaz de mobilizar potenciais criativos e transfor-

madores⁵. Não se pode perder a noção do global e de como cada um nele se insere para não quebrar a ligação com a equipa, a organização, a sociedade, o mundo. A capacidade de auto-crítica e de abertura à crítica externa são aspectos fundamentais. Tem de existir a capacidade de adaptação rápida a necessidades sempre em mudança, de tomada de decisão, de definição de estratégias e uma acurada aptidão de gestão de conflitos³⁶. E esta reforma do pensamento deve-se estender à própria organização que tem de ser capaz de aprender, de reconhecer e trabalhar com a sua própria cultura, de alicerçar a mudança em relações interpessoais e profissionais mais capazes de gerar novas ideias e soluções^{36,5} e de conseguir desencadear a mudança com especificações mínimas (regras gerais, simples e flexíveis) criando o ambiente propício para que essa mudança aconteça^{37,38}. Neste ambiente pró-mudança são reconhecidos e valorizados os conhecimentos e competências de cada profissional, a aprendizagem, o «empreendedorismo», a experimentação, a inovação, o debate; estimulam-se a comunicação interna e com o exterior, o *benchmarking* interno e externo, a formação interprofissional, as relações entre profissionais e a constituição de comunidades de prática (ver artigo neste dossier).

Esta é a Reforma do pensamento necessária, mas que só se efectuará se forem criadas as condições de ambiente e infra-estruturas necessários para que a reforma aconteça.

COMO MUDAR? CONDIÇÕES NECESSÁRIAS

As condições necessárias para a reforma podem-se dividir em micro – a nível dos centros de saúde (que não vão ser tratadas neste artigo) – e meso e macro – a formação geral e universitária, o de-

envolvimento profissional, a produção do conhecimento, a info-estrutura da saúde, a tecnologia de informação e rotinas de aprendizagem.

A formação geral e universitária

A formação geral e o ensino pré-graduado devem preparar para este pensamento complexo. Um princípio orientador poderá ser: «mais vale uma cabeça bem feita do que bem cheia»³⁹, ou seja, interessa desenvolver «uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas» e «princípios organizadores que permitam religar os saberes e dar-lhes sentido»³⁹. É preciso fazer crescer uma inteligência geral que ligue «o seu exercício à dúvida, levedura de toda a actividade crítica»³⁹ e que contém também aquela «inteligência que os gregos chamavam *métis*, conjunto de atitudes mentais... que combinam o faro, a sagacidade, a previsão, a agilidade de espírito, o desembaraço, a atenção vigilante, o sentido de oportunidade»³⁹ que, em Portugal, se costuma dizer que os portugueses têm particularmente desenvolvida, mas depreciando-a ao mesmo tempo.

Os profissionais de saúde devem sair, portanto, do ensino pré-graduado com esta «cabeça bem feita», mais capazes de abordar a complexidade da prática que os espera, de contextualizar e integrar o conhecimento, de comunicar efectivamente, de trabalhar em equipa e em rede, de empreender, de experimentar, de inovar, de se expor à crítica e de se auto-criticarem, mais abertos à aprendizagem interdisciplinar, flexíveis, com uma alta capacidade de adaptação a novas situações. Há toda uma gama de métodos de ensino/aprendizagem e de actividades que podem ser úteis: a aprendizagem baseada na resolução de problemas, a aprendizagem em múltiplos contextos e com outras profissões, o aprender-fazendo, a investigação, o desenvolvimento de uma cultura científica a par de uma cultura das huma-

nidades, a valorização da importância da filosofia como «força de interrogação e de reflexão»³⁹.

Desenvolvimento Profissional

Em Portugal, uma das lacunas mais graves é a falta de qualquer enquadramento para o desenvolvimento profissional das profissões da saúde. O Estado e as administrações sossegam na crença de que o sistema de progressão das carreiras da Saúde se encarregará de dar a motivação para que cada profissional faça a sua actualização profissional. Não chega. E quando se quer iniciar um processo de mudança que obrigará a ajustamento e adaptações rápidas e, por vezes, profundas, este facto torna-se mais crítico. Uma solução a explorar são as comunidades de práticas, mas também é necessário haver planificação, enquadramento, integração e investimento para que o desenvolvimento profissional aconteça num processo de melhoria da qualidade

Produção do conhecimento

Uma reforma é uma oportunidade de excepção para experimentação, investigação, inovação e desenvolvimento. E o próprio processo de mudança tem de se alimentar na produção de novos conhecimentos que suportem o sentido, planificação e efectivação da mudança. Mas para que tudo aconteça é necessário que estejam reunidas as condições necessárias. Como se pode ler no Plano Nacional de Saúde «numa altura em que estão em curso importantes reformas na organização e gestão dos serviços de saúde, é necessário assegurar incentivos e financiamentos apropriados à investigação em serviços de saúde. Isso pode ser de uma importância crítica para o desenvolvimento da reforma»⁴⁰.

A ligação em rede entre as organizações prestadoras de cuidados de saúde, as universidades e outras organizações governamentais e não-governamentais

que se dediquem à investigação é outro passo crucial para uma produção e transferência do conhecimento relevantes.

A Info-estrutura da Saúde

A existência de uma info-estrutura da saúde – uma estrutura para gerir a informação e o conhecimento sobre a saúde – que seja efectiva é uma condição básica quer para o funcionamento do Sistema de Saúde na sua máxima potencialidade, quer para a alicerçar e monitorizar as mudanças que se vão suceder. E esta é uma condição que não está assegurada em Portugal. O próprio Plano Nacional de Saúde 2004-2010 realça a necessidade da «...existência de uma estrutura transversal vocacionada para gerir a informação e o conhecimento» a utilizar «no planeamento e na gestão da saúde da população, na gestão dos processos dos serviços de saúde e na prestação de informação em saúde ao cidadão»⁴¹. É necessária uma estrutura de informação sobre saúde com elementos compatíveis, interligados, límpida e de fácil acesso que dê não só informação sobre as características do Sistema de Saúde, a sua interacção com a sociedade e os seus resultados, mas também informação contextual que permita compreender esses resultados; que não se remeta apenas ao que passou, mas documente, também, aquilo que se está a passar, contribuindo para a tomada de decisões atempadas e úteis; em que se possa decompor a informação até ao nível necessário em que a decisão deva ser tomada⁴².

Esta «info-estrutura» poderia ter, à semelhança da info-estrutura do Canadá⁴³, indicadores ordenados em quatro dimensões-*major*: desempenho do sistema de saúde, estado de saúde, determinantes «não-médicas» da saúde e características próprias da comunidade e do sistema de saúde.

A dimensão «desempenho do sistema

de saúde» agregaria indicadores sobre a resposta dos serviços (em termos de aceitabilidade e acessibilidade), a prestação dos cuidados vista como um processo (continuidade e segurança) e os resultados directamente ligados às intervenções médicas – carácter apropriado das intervenções, competência, eficácia/efectividade, eficiência. A dimensão «estado de saúde» compreenderia indicadores como mortalidade e incapacidade agrupados em quatro sub-dimensões: problemas de saúde, função humana, bem-estar e mortalidade. A dimensão «determinantes da saúde» permitiria apreender variações que se produzem no desempenho do sistema e no estado de saúde, englobando tudo o que não está na esfera dos cuidados de saúde mas que influencia os resultados e os processos: comportamentos, condições de vida e de trabalho, recursos pessoais e factores ambientais. A quarta dimensão «características próprias da comunidade e do sistema de saúde» reflectiria os recursos humanos, financeiros e materiais, a população e características do sistema (por ex. a percentagem de especialistas hospitalares, a utilização dos serviços)⁴³.

Por último, como parâmetro transversal, a noção de equidade encontrar-se-ia em cada uma das dimensões e aplicar-se-ia em praticamente todos os casos^{42,43}.

Um aspecto essencial é que o sistema de informação tem de estar centrado na pessoa. Deve integrar as interacções entre os serviços de saúde e as pessoas de modo a que estas não sejam tratadas de um modo fraccionado e os percursos individuais possam ser avaliados de um modo holístico. Obviamente que terá de haver uma atenção permanente à salvaguarda da vida privada de cada cidadão através de regras transparentes e mantendo um equilíbrio adequado entre a protecção dos dados e as necessidades do sistema de saúde⁴⁴.

Por último, esta info-estrutura geral deve-se articular de um modo coerente com as info-estruturas locais.

Tecnologia da informação e rotinas de aprendizagem

A tecnologia da informação – informatização (não apenas *hardware* mas também *software* adequado), *internet*, correio electrónico, telemedicina – é essencial para uma comunicação efectiva dentro das organizações de saúde e destas com o exterior, nomeadamente na interface organização de saúde/cidadão; permite, também, um acesso mais fácil e em tempo real a informação clínica e não-clínica assim como a evidência e informação que possam suportar as decisões e a prática (a transferência do conhecimento⁴⁵). Pode também ajudar na recolha uniforme e consistente de dados para avaliação e planificação da actividade. Os processos de mudança necessitam de toda esta tecnologia para a sua planificação, concretização e monitorização.

É uma tecnologia também fundamental para o que se chama rotinas de aprendizagem – mecanismos que disponibilizam conhecimento organizacional para alcançar objectivos organizacionais. Da análise destas rotinas podem-se identificar 3 tipos de aprendizagem: a adaptativa, a geradora (*generative*) e a meta-aprendizagem^{27,31}. A aprendizagem adaptativa pode ser caracterizada como aqueles mecanismos que ajudam as organizações a percorrer caminhos pré-estabelecidos, são os mecanismos de auto-regulação, que detectam quando algo não está em conformidade com o que estava estabelecido e desencadeiam medidas correctivas para restabelecer a conformidade (um exemplo são as auditorias)^{27,31}. É um tipo de aprendizagem que serve enquanto as normas operacionais forem apropriadas; quando deixam de o ser, passam a ser disfuncionais. A aprendizagem geradora é

aquela que acontece quando se repensa qualquer coisa e se coloca em dúvida se continua a ser apropriada. Este tipo de aprendizagem pode conduzir à redefinição de um objectivo, de uma norma, de uma política, processo ou estrutura e neste caso é geradora. A meta-aprendizagem acontece quando a organização consegue identificar quando e como aprende e quando e como isso não acontece e se adapta em conformidade – é aprender sobre o aprender e como mudar. A meta-aprendizagem pode levar à transformação da organização^{27, 31}. Todos estes tipos de aprendizagem, e muito particularmente o último, precisam de ser documentados, para que fiquem registados os passos e factores-chave dessas aprendizagens e a organização possa em ocasiões futuras, basear as suas decisões e funcionamento na evidência que foi construindo e acumulando.

REFORMAR O PENSAMENTO REFORMADO

Discutiu-se, através da narrativa da reforma dos cuidados de saúde primários, a relevância de uma reforma do pensamento. No entanto, para que a reforma dos Cuidados de Saúde Primários se tenha iniciado foi necessário que, a certo momento, se tenha reflectido e constatado que o que havia podia ser melhorado. Agora que o processo se iniciou, parece evidente que é preciso aprofundar essa reforma inicial do pensamento para que acompanhe a dinâmica da reforma e os desafios que se perfilam. Esta reforma do pensamento vai seguramente transformar as organizações e estas organizações transformadas vão exigir mais reformas e um novo pensamento num ciclo contínuo de qualidade.

O pensamento *«é, mais que nunca, o capital mais precioso para o indivíduo e a sociedade»*⁴⁹ e, talvez, um dos recursos mais importantes em Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. A história recente do sistema de saúde português. In: Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora: em publicação 2006.
2. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: URL: <http://www.mensp.min-saude.pt/MCSP/> [acedido em 10/02/2006].
3. Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005. Diário da república - I Série-B Nº 196 (Oct. 12, 2005). p 5981 -5982.
4. Direcção-Geral da Saúde. Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral – Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.
5. Mariotti H. Conceitos básicos. In: Organizações de aprendizagem – educação continuada e a empresa do futuro. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1996. p. 17-38.
6. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Um futuro para a Medicina de Família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais – APMCG; 1991.
7. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Onde estamos – como nos comparamos com outros países da OCDE. In: Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora: em publicação 2006.
8. Cabral MV, Silva PA, Mendes H. Saúde e Doença em Portugal. 1.ª edição. Lisboa: ICS; 2002.
9. MetrisGfK. O que os portugueses pensam dos Serviços de Saúde. Relatório Síntese de Análise. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos; 2002.
10. Data crítica. Estado da Nação 2001. Lisboa: Escola superior de Comunicação Social; 2001.
11. Data crítica. Estado da Nação 2002. Lisboa: Escola superior de Comunicação Social; 2002.
12. Data crítica. Estado da Nação 2003. Lisboa: Escola superior de Comunicação Social; 2003.
13. Jornal Médico de família. Maioria dos portugueses está contra as propostas do governo – Sondagem Marktest/Jornal Médico de Família. Médico de Família 2002 Out; 32

(III série).

14. Ferreira PL, Luz A, Valente S, Raposo V, Godinho P, Felício ED. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Rev Port S Pública* 2001; volume temático: 53-61.

15. Instituto da Qualidade em Saúde, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. *A Voz dos Utentes dos Centros de Saúde – Portugal Continental*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde; 2002.

16. Ferreira PL. A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. *Questionário Europep*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 1999.

17. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Satisfação dos Utentes. In: *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos* (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora; em publicação 2006.

18. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Saúde: que rupturas? - Relatório da Primavera 2003*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.

19. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Avaliação da Inspeção-Geral da Saúde. In: *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos* (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora; em publicação 2006.

20. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Avaliações de entidades internacionais e nacionais. In: *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos* (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora; em publicação 2006.

21. OCDE. *Études Économiques de l'OCDE: Portugal 1997-1998*. Paris : Éditions de l'OCDE ;1998.

22. OCDE. *Economic Review – Portugal 2004*. Paris: OCDE; 2004.

23. World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*. Geneve: World Health Organization; 2000. Disponível em: URL: <http://www.who.int/whr/2000/en/> [acedido em 10/02/2006].

24. Direcção-Geral da Saúde. *Rede de Cuidados de Saúde Primários*. In: Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Volume II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direc-

ção-Geral da Saúde; 2004. p. 153-5. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf> [acedido em 10/02/2006].

25. Baker R. Reforming primary care in England – again. Plans for improving the quality of care. *Scand J Prim Health Care* 2000 Jun; 18 (2): 72-4.

26. Wilkinson JE, Rushmer RK, Davies HT. Clinical governance and the learning organization. *J Nurs Manag* 2004 Mar; 12(2): 105-13.

27. Nutley SM, Davies HT. Developing organizational learning in the NHS. *Med Educ* 2001 Jan; 35 (1): 35-42.

28. Davies HTO, Nutley S. Developing learning organisations in the new NHS. *BMJ* 2000;320:998-1001.

29. Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – I. The characteristics of learning organizations in Primary Care. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug;10 (3): 375-86.

30. Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – III. Leadership, empowerment, protected time and reflective practice as core contextual conditions. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug; 10 (3): 399-405.

31. Rushmer R, Kelly D, Lough M, Wilkinson JE, Davies HT. Introducing the Learning Practice – II. Becoming a learning practice. *J Eval Clin Pract* 2004 Aug; 10 (3): 387-98.

32. Mariotti H. A educação da organização inteira. In: *Organizações de aprendizagem – educação continuada e a empresa do futuro*. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 1996. p 49-67.

33. Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Volume I - Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf> [acedido em 10/02/2006].

34. Biscaia A. O médico de família e o mundo. In: Valente Alves M, Ramos V, editores. *Medicina Geral e Familiar: da memória*. Lisboa: MVA Invent; 2003. p.125-31.

35. Mariotti H. A dança dos conceitos. In: *As paixões do ego – complexidade, política e solidariedade*. São Paulo: Palas Athena; 2000. p. 83-121.

36. Rowe A, Hogarth A. Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change. *J Adv Nurs* 2005 Aug; 51 (4): 396-405.

37. Plsek PE, Greenhalgh T. Complexity change: the challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001 Sep 15; 323 (7313): 625-8.

38. Plsek P, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001 Sep 29; 323 (7315): 746-9.

39. Morin E. A cabeça bem feita. In: Repensar a reforma. Reformar o Pensamento. A cabeça bem feita. Lisboa: Instituto Piaget; 2002. p.23-36.

40. Direcção-Geral da Saúde. Investigação e desenvolvimento em Saúde. In: Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Volume II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004. p. 140-4. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006757.pdf> [acedido em 10/02/2006].

41. Direcção-Geral da Saúde. Gestão da saúde e do conhecimento. In: Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Volume I - Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.p.68-72. Disponível em: URL: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf> [acedido em 10/02/2006]

42. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Que info-estrutura da saúde queremos/precisamos?. In: Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora: em publicação 2006.

43. Wolfson M, Alvarez R. Vers des systèmes d'information sur la santé intégrés et cohérents pour évaluer la performance: l'exemple du Canada. In: Organisation de Coopération et de Développement Économiques (Editors). *tre à la hauteur – Mesurer et amé-*

liorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE. Paris: Éditions de l'OCDE; 2002. p. 147-72.

44. Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. A info-estrutura da saúde do Canadá. In: Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). Lisboa: Padrões Culturais Editora: em publicação 2006.

45. Ohlsson A. Knowledge translation and evidence-based perinatal/neonatal health care. *Neonatal Netw* 2002 Aug; 21 (5): 69-74.

46. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Enciclopédia. Disponível em: URL: <http://www.observaport.org/OPSS/Enciclopedia/ABC/A/> [acedido em 10/02/2006].

47. Last J. *A dictionary of epidemiology.* 4th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001.

48. Ahluwalia S, Clarke R, Brennan M. Transforming learning: the challenge of interprofessional education. *Hosp Med* 2005 Apr; 66 (4): 236-8.

49. Morin E. Os desafios. In: Repensar a reforma. Reformar o Pensamento. A cabeça bem feita. Lisboa: Instituto Piaget; 2002. p.13-21.

Endereço para correspondência:

André Biscaia

Rua António Pedro, nº 16, 1º dir.

1150-046 Lisboa

E-mail: andre.biscaia@netcabo.pt