



Relatório da Avaliação de Desempenho do Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego

Agosto 2020 – Agosto 2023

José Luís Biscaia

Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar



ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

- FORMA COMO EXERCI ESTAS FUNÇÕES – LIDERANÇA;
- GRAU DE CUMPRIMENTO DA MINHA CARTA DE MISSÃO;
- GESTÃO DE PANDEMIA COVID E UNIVERSALIZAÇÃO DAS ULS
- INTERVENÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ANEXOS

1. CARTA DE MISSÃO
2. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES BM - METODOLOGIA E RESULTADOS
3. "CONVERSAS NO ACES" - 16.09.2022 – QUALIFICAÇÃO DO ACESSO – GUIÃO
4. ACES BM – QUALIFICAR O ACESSO – USF/UCSP – DOC TRABALHO – JLBISCAIA
5. ACES BM – GESTÃO DA AGENDA – USF/UCSP – DOC TRABALHO – JLBISCAIA
6. ACES BM – GESTÃO DOS HORÁRIOS – USF/UCSP – DOC TRABALHO – JLBISCAIA
7. USF COIMBRA CELAS - HORÁRIO MGF (VALIDADO)
8. ACES BM - GESTÃO ESTRATÉGICA DOS RECURSOS HUMANOS – 2023 - JLBISCAIA
9. EXCERTOS DO PLANO DE NEGÓCIOS DA ULS BAIXO MONDEGO - 21-06-2023
10. PENSAR SAÚDE - QUALIFICAR E REFORÇAR O SNS - JLBISCAIA - 28.12.2022
11. ESTADOS GERAIS_1.4.2023 - FUNDAÇÃO SNS – JLBISCAIA
12. ACADEMIA FUTURO 2023 - SI E GOVERNAÇÃO CLINICA - JLBISCAIA

... Marco Polo, descreve uma ponte, pedra por pedra.

“Mas qual é a pedra que sustenta a ponte”? pergunta Kublai Khan.

“A ponte não é sustentada por esta ou aquela pedra, mas pela curva do arco que elas formam”, responde Marco Polo.

Kublai Khan, fica em silêncio a refletir, e depois acrescenta:

“Então para quê falar das pedras? Só o arco me interessa”.

Marco Polo responde: “Sem as pedras o arco não existe”...

Italo Calvino, em *“As Cidades Invisíveis”*



RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES BAIXO MONDEGO AGOSTO 2020 - 2023

NOTA INTRODUTÓRIA

A avaliação do desempenho, é uma prática natural que deve acompanhar toda a atividade profissional, em qualquer área ou função, e que deve ser assumida como parte integrante do processo de desenvolvimento e trajeto profissional, numa cultura de melhoria contínua.

As funções de diretor executivo de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), cargo dirigente de nomeação na administração pública, tornam esta prática, numa exigência ética de prestação de contas e transparência.

Iniciei a comissão de serviço nas funções de Diretor Executivo (DE) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Baixo Mondego (BM) a 18 de agosto de 2020, na sequência da co-assinatura de Carta de Missão, e consequente nomeação pela Ministra da Saúde (MS), Marta Temido.

A 22 de junho de 2022, passei a reunir as condições de idade e tempo de exercício profissional para aposentação plena. Por respeito ao compromisso assumido, decidi não formalizar o pedido da mesma nessa data, assegurando o cumprimento da comissão de serviço, nos restantes 14 meses.

Sendo as funções de DE do ACeS, um lugar executivo de nomeação após validação curricular pela CRESAP, na sequência da remodelação governamental, a 19 de outubro de 2022, como era minha natural obrigação, coloquei o meu lugar à disposição do novo MS, Manuel Pizarro, que me manifestou a sua inteira confiança no meu trabalho, pedindo que mantivesse o exercício das minhas funções.

A 25 de maio de 2023, informei o MS, o Diretor Executivo do SNS (DE-SNS) e a Presidente da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC) que, terminando a comissão de serviço a 18 de agosto do corrente ano, da minha indisponibilidade para eventual renovação da mesma, e da decisão de formalizar o meu processo de aposentação em agosto, fazendo assim coincidir a sua efetivação, com o fim da comissão de serviço.

Fi-lo com uma dilação temporal de mais de 60 dias, com a certeza de garantir assim as condições para uma tempestiva tomada de decisão sobre a minha substituição, evitando uma vacatura das funções executivas no ACeS.

Não recebi até à presente data, qualquer resposta ou comunicação.

A 18 de agosto do corrente ano, terminou, como já acima referi, a minha comissão de serviço de 3 anos, como DE do ACeS BM, pelo que é chegada altura de proceder à avaliação do meu desempenho destas funções e a sua natural partilha com a tutela, os meus homólogos da ARSC, e os profissionais do ACeS BM.

Tendo como quadro de referência, a Carta de Missão (**Anexo 1**), em devido tempo partilhada com todos os profissionais do ACeS, que essencialmente se traduz numa clara assunção de princípios e valores, e um compromisso com um modelo de governação e definição de objetivos estratégicos, a minha avaliação de desempenho deve naturalmente incidir na forma como exerci essas funções, e no grau de cumprimento dos objetivos identificados na Carta de Missão.

Não pode deixar de contemplar a forma como lidei com 2 situações imprevistas e de grande complexidade e impacto, como foram a gestão da pandemia Covid, designadamente do processo de vacinação e a reorganização assistencial das unidades do ACeS nesse período temporal, bem como, no 1º trimestre de 2023, a decisão da DE-SNS de universalização do modelo Unidade Local de Saúde (ULS) a todo o SNS, no caso do ACeS BM, com a criação da ULS de BM e da ULS de Coimbra e os processos e impactos subsequentes.

Ao longo da minha vida profissional, tenho tido o privilégio e a oportunidade, de participar ativamente na discussão e construção do pensamento e ação de processos de mudança e melhoria nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e na Saúde em geral, seja como ator, coautor ou autor em diferentes contextos e funções exercidas.

Os últimos 3 anos, não foram exceção, em muitas situações em que essas participações foram não só a título individual, mas com o estatuto e na representação institucional de DE do ACeS BM, pelo que importa incorporar esta dimensão na minha avaliação.

Neste contexto, a minha avaliação de desempenho está centrada em quatro dimensões

1. Forma como exerci estas funções – governação e liderança;
2. Grau de cumprimento da minha carta de missão;
3. Gestão da pandemia covid e a universalização das ULS
4. Intervenção socioprofissional

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

1. A FORMA COMO EXERCI ESTAS FUNÇÕES – LIDERANÇA

A avaliação desta dimensão, foi concretizada com a utilização de uma adaptação do questionário da “Common Assessment Framework” (*The European model for improving public organizations through self-assessment – 2020*), conjugando duas avaliações, se quisermos, 2 “olhares”: a minha autoavaliação e a avaliação pelos profissionais do ACeS.

Como seria metodologicamente obrigatório, questionário construído na plataforma *Forms*, era anónimo, não permitindo a identificação do respondente, só a sua caracterização (género, grupo etário, grupo profissional e unidade funcional), só permitindo uma resposta por profissional.

O questionário, a metodologia, as respostas obtidas e os seus resultados, estão descritas no **Anexo 2**

Não sendo a avaliação dos órgãos executivos pelos profissionais no contexto das organizações de saúde do SNS, uma prática habitual, diria mesmo quase inédita, uma taxa de resposta de 40% (388/1080), num processo censitário, é francamente representativa e significativa.

A que acresce a representatividade dos respondentes, pela diferentes profissões, unidades funcionais de origem e escalões etários, que os caracterizam.

Quais, em minha opinião, os aspetos mais relevantes?

A avaliação pelos profissionais, é bastante favorável, já que em todas as áreas, na quase totalidade das perguntas, a soma das % de respostas nas avaliações positivas e muito positivas (5 e 6) é superior a 60%, nalgumas perto dos 70%.

Das 3 perguntas em que esta soma, embora positiva, fica pelos 55%, 2 são na área de “optimização dos recursos” e uma na área “visão estratégica”.

A minha autoavaliação, embora com alguma proximidade com a avaliação dos profissionais, é menos positiva em 8 perguntas, 3 das quais com uma diferença de 2 posições.

Estas 3 perguntas, distribuem-se pelas áreas “planeamento e organização”, “optimização dos recursos” e “desenvolvimento e motivação dos colaboradores”

Neste dimensão, existe um claro e inequívoco reconhecimento positivo da forma como exerci as minhas funções, no quadro dos princípios e valores previamente assumidos.

Ficam identificadas áreas de melhoria nas minhas competências e no meu desempenho, nas funções de liderança, designadamente nas áreas do “planeamento e organização”, “optimização de recursos” e “gestão de conflitos”.

2. O GRAU DE CUMPRIMENTO DA CARTA DE MISSÃO

A avaliação do desempenho nesta dimensão, divide-se em 4 pontos:

- **Qualificar o Acesso e a Gestão Integrada dos Percursos**

Sendo esta uma área nobre da governança clínica, em que o papel do DE, é essencialmente enquadrar e garantir condições para a sua prossecução, sofre do sobredimensionamento do ACeS BM, com 53 unidades funcionais e grande dispersão geográfica (9 concelhos), bem como um Conselho Clínico e de Saúde (CCS), com a maioria dos seus membros a tempo parcial.

Foi realizada a 1ª das “Conversas no ACeS BM”, tendo como tema a “**QUALIFICAÇÃO DO ACESSO**” (**Anexo 2**)

Foi um encontro multiprofissional, com a participação de 123 profissionais de todas as Unidades, com uma metodologia mista de breves apresentações introdutórias, trabalhos de grupo temáticos e sessão plenária da discussão das propostas e conclusões, abordou 4 grandes temas:

- Qualificar o Acesso – multidimensionalidade e transparência, afirmação e prestação de contas;
- Gestão da Agenda – nomenclatura e atributos funcionais;
- Gestão da Resposta – capacitar, incluir, responder;
- Gestão do Horário – capacitar, flexibilidade, adequação

Como definido na metodologia adotada, a síntese estruturada das conclusões, bem como documentos de reflexão e alguns quadros de referência sobre este tema, elaborados pelo diretor executivo e conselho clínico foram partilhados por todos os profissionais/unidades funcionais, como desafio à reflexão das equipas e à sua adaptação e adoção (Anexos 4, 5 e 6).

Naturalmente, o seu impacto nunca seria imediato, já que implica apropriação de conceitos e mudança de comportamentos, que têm um tempo próprio e muito variável numa organização multipolar e dispersa, como a nossa.

Em diálogo e apoio continuado, algumas unidades, foram assumindo diferentes soluções, tendo como exemplo recente mais efetivo e bem conseguido, a gestão de agendas e horários médicos, aprovados na USF CoimbraCelas, e por mim validados, que podem ser consultados na página da USF, www.usfcoimbracelas.com, ou visualizar um exemplo (Anexo 7).

A **QUALIFICAÇÃO DA DISCUSSÃO CLÍNICA**, foi uma área em que o desenvolvimento foi residual.

Para tal não foi alheio o contexto dos 2 anos de gestão da pandemia covid, que determinou uma total alteração das prioridades e disponibilidades do DE, CCS e dos profissionais.

No entanto, este contexto de gestão da resposta à pandemia, designadamente pelas exigências do processo de vacinação massiva que vivenciámos, não garantindo a **CONSENSUALIZAÇÃO DE UM PLANO DE AÇÃO CONJUNTO DAS UNIDADES FUNCIONAIS NO CONTEXTO DO “CENTRO DE SAÚDE”**, em várias das dimensões, designadamente a horizontalização e integração dos programas de Saúde Pública, muito contribuiu para uma maior proximidade e comunicação entre as unidades, e a redescoberta do valor da complementaridade e trabalho em rede.

- A obrigatória renovação da equipa do **PPCIRA BM**, por aposentação da sua coordenadora e menor disponibilidade de vários elementos, permitiu um novo impulso nesta área essencial, de que destaco: um novo regulamento interno, um manual de procedimentos em discussão e um plano de ação partilhado por todas as unidades envolvendo-as, na criação da rede PPCIRA BM (interlocutores PPCIRA e responsáveis pelos edifícios/condomínios), com visitas a todas elas visando a qualificação dos procedimentos e equipamentos de esterilização, e a sua participação nas atividades comemorativas do Dia Mundial da Higiene das Mãos.
- Foi nomeada a **COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA (CQS)**, que tem desenvolvido relevante atividade com todas as unidades, de que são exemplo: o programa de gestão e segurança da rede de frio (fluxogramas de atuação, planos de contingência, auditorias), a dinamização do PAPVSS, a efetiva operacionalização do Notifica, a elaboração do Manual Orientador para a elaboração de Planos de Melhoria contínua da qualidade, a publicação trimestral do seu Boletim Informativo e a realização do 1º Seminário sobre Segurança dos Utentes.
- O planeamento efetivo e sustentado do aumento de **RESOLUTIVIDADE NO ACES**, em áreas como Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Saúde Oral, num contexto de enorme carência de profissionais (apenas 6 psicólogos, 4 nutricionistas, 3 fisioterapeutas, 3 médicos dentistas, 1 técnica ortóptica) e sem qualquer intervenção na tomada de decisão sobre necessidades e recrutamento, é uma quase impossibilidade. No entanto, o recente recrutamento de 5 psicólogos, respeitando o enquadramento do seu processo

formativo para ingresso na carreira, permitiu numa discussão em proximidade com as unidades da sua área de colocação, definir projetos comuns, prioridades assistenciais e qualificação das referências internas com melhor gestão dos percursos dos cidadãos.

- **Qualificar a Governação Institucional**

Não foram criados quaisquer **ACORDOS DE TIPOS E NÍVEIS DE SERVIÇOS (ATNS)** nas áreas da gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, financeira, patrimonial e orçamental, entre o ACeS e os serviços da ARSC.

Tal facto explica-se pelo modelo de governação na ARSC e conseqüentemente no seu impacto no ACeS e a nossa incapacidade para o alterar

Caraterizando o “mega” ACeS BM:

- 1080 profissionais, 53 unidades funcionais, abrangendo 9 concelhos correspondendo a cerca de 390 000 habitantes;
- Em 2022, teve uma “estrutura de custos” de 120 milhões €, mas sem dotação orçamental ou previsional autónoma;
- O DE tem delegação de competências para autorizar despesa até 5 mil €, mas não tendo orçamento, toda e qualquer despesa, mesmo a que decorre da visita “diagnóstica” de uma avaria de equipamento, tem que ser enviada à ARSC para cabimentar e autorizar;
- Tem um fundo de manuseio de mil€ /mês (12 mil€/ano);
- A gestão do RHV e o processamento de vencimentos estão centralizados no departamento de recursos humanos (DRH) da ARSC;

Neste contexto, gestão no/do ACeS, surge como uma quase impossibilidade formal, tornando o objetivo de criar e desenvolver ATNS, uma óbvia e natural exigência, como forma de transformar a cultura de governação existente, centralizadora, de comando e controlo, numa cultura de participação e de responsabilização com compromissos explicitamente assumidos.

Na área financeira, materiais e equipamento, foi possível agilizar e simplificar alguns processos, pela disponibilidade e compreensão do vogal da área financeira e dos seus serviços, embora sem nunca conseguir normalizar e adotar de forma sustentada, alguns desses procedimentos.

Na área dos recursos humanos, existiu sempre um “conflito” entre 2 culturas de gestão:

- A do ACeS, orientada pelo compromisso com a missão da organização, assumindo os profissionais como o maior ativo da organização, interpretando positivamente o enquadramento legal existente (“onde está escrito que não se pode fazer?”)
- A do DRH / ARSC, orientada pelo estrito compromisso administrativo com uma leitura restritiva da letra da lei e da norma, aparentemente não valorizando o impacto dos pareceres/decisões, no compromisso e missão da organização.

Num quadro de carência de recursos humanos, a forma como “simples decisões”, são percebidas e aceites, faz toda diferença entre profissionais motivados e disponíveis, ou o hoje bem reconhecido e preocupante “*quiet quitting*”.

O conceito funcional de **Armazéns Avançados** está implementado em todo o ACeS, num processo em que foi essencial, a combinação da disponibilidade dos profissionais das diferentes unidades, o apoio da UALP e a coordenação e estímulo dos Serviços Farmacêuticos da ARS.

Apesar do difícil e exigente contexto destes últimos anos, foi possível desafiar e apoiar os profissionais de várias unidades (UCSP) na **criação de USF**, tendo como resultado:

- 5 novas USF - Penacova, S. Marcos do Mondego, Salis e Campos do Mondego, já em atividade, estando a USF Figueira Sul pronta para homologação pela ARS;
- 2 candidaturas, Dolmen e Claridade, dependentes da efetivação de mobilidades (internas e externas), mas com previsão de concretização a curto prazo, ainda este ano;
- 2 candidaturas já formalizadas, MonteMayor e Tricana, e 2 UCSP, Cantanhede e Mira, que manifestaram intenção de avançar, tendo já iniciado as reuniões preparatórias internas, para a formalização da candidatura.

A concretização de todas elas, significa um enorme salto qualitativo na matriz organizacional do ACeS BM, em que só uma UCSP ainda não iniciou este processo de transformação e qualificação. Evoluiu para modelo B, 1 USF, a Marquês de Marialva, encontrando-se ativas mais 3 candidaturas: Topázio, Norton de Matos e Coimbra Celas.

Face ao fim das “quotas” administrativas à progressão para modelo B e com a expectativa que a nova legislação sobre USF, signifique uma clara aposta no conceito USF, preservando a sua identidade, princípios e valores, tendo associado um inteligente modelo de remuneração sensível ao desempenho, é expectável que no durante o ano de 2024, a quase totalidade do ACeS BM estará organizado em USF B.

Foi criada a **EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS**, aproveitando a existência de alguns profissionais médicos e enfermeiros do ACeS com competências nesta área, e uma linha de financiamento de “La Caixa”.

Sediada em Cantanhede, e dada a limitação de recursos humanos, nesta 1ª fase ainda só abrange além de Cantanhede, os concelhos da Figueira, Mira e Montemor.

Tem feito um excelente trabalho nas suas várias vertentes e dimensões, unânime reconhecido pelas famílias que têm beneficiado dos seus cuidados.

Os Recursos Humanos são o principal valor (ativo) das organizações de saúde, pelo que a sua gestão estratégica é essencial.

No contexto dos instrumentos de gestão e governação em vigor nos ACeS e na plena assunção das competências próprias e delegadas, foi criado o **QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS (anexo 8)**

Tem como valores

- Transparência – decisões explícitas, a sua base de evidência, e seus decisores;
- Equidade – igualdade de oportunidades;
- Previsibilidade – confiança e planeamento;

Tem como eixos estratégicos orientadores:

- Construir um equilíbrio entre 3 aspetos essenciais das nossas organizações:
 - Projetos de vida profissionais e individuais;
 - Autonomia responsável das unidades;
 - Compromisso organizacional;
- Uma clara definição de:
 - Critérios explícitos para apoio à tomada de decisão

- Níveis de responsabilidade

Naturalmente de âmbito multiprofissional e abrangendo todas as unidades funcionais, os seus aspetos mais relevantes, são:

- Mapa dos Recursos Humanos (BI RH) – 2/2 meses, relatório partilhado com todos os profissionais;
- Conceitos e procedimentos, para identificação das necessidades, definição e priorização das vagas, mobilidades internas e interACeS;
- A definição das competências, critérios e procedimentos em vigor, em áreas como: mapas de férias, ausências para formação e decorrentes da participação nas organizações socio profissionais, e estatuto de trabalhador estudante;

Representou uma clara mais valia para todos os profissionais, e tem sido fator agregador e diferenciador do e no ACeS BM.

No 2º semestre de 2022, num trabalho conjunto dos ACeS da região centro, foi possível consensualizar entre todos, alguns dos principais pontos nas áreas das mobilidades e recrutamento, criando um Quadro de Referência comum, que em janeiro deste ano foi entregue e aceite pelo CD da ARSC, com o compromisso conjunto da sua adoção por todos.

As **COMUNIDADES PRÁTICAS FORMATIVAS**, em nº de 9, estão criadas em todo o ACeS, envolvendo todas as unidades, incluindo aquelas que não têm Internos de especialidade.

Todas definiram os seus planos de atividades, que têm vindo a executar de forma cada vez mais participada e inclusiva.

No 1º trimestre de 2022, na sequência da apresentação pela SPMS, do **SISTEMA DE RESPOSTA RÁPIDA E ÁGIL (SARA)**, ficou claro, que a sua implementação poderia ser feita suportada por telemóveis, não ficando dependente do cronograma de instalação das “centrais digitais”.

A SPMS, aceitou o nosso desafio e proposta de implementação e assim, com uma pequena equipa de missão do ACeS (2 médicos), beneficiando da partilha da experiência da ARSN, já em fase muito avançada da instalação do SARA, foi possível ter em maio de 2022, todos os 70 polos do universo das UCSP/USF com o SARA plenamente funcional.

Representou uma substantiva qualificação do acesso, como é facilmente demonstrável:

- Média de 2100 chamadas atendidas por dia, pico máximo em março – 2875 chamadas, com 65% das chamadas, devolvidas em menos de 30 minutos;
- A satisfação dos utentes, evidenciada pelo desaparecimento das reclamações efetuadas sobre o acesso telefónico que representavam à data, mais de metade do total;
- A satisfação dos profissionais, pela substancial melhoria das suas condições de trabalho e a qualificação da sua resposta.

O **ENVIO DE SMS**, confirmando o agendamento das consultas, começou a ser implementado no final de 2021 e abrange hoje todas as USF/UCSP, contribuindo de forma efetiva, para a diminuição do absentismo às consultas e reforçando uma relação de confiança com os utentes. Decorreu de protocolo com a “Seamlink”, homologado pela ARSC, que permitiu ainda o desenvolvimento da aplicação “A minha Saúde”, um canal de contato privilegiado dos cidadãos com as suas unidades com múltiplas funcionalidades, que não foi possível implementar por ser

“concorrencial” com a estratégia da SPMS no desenvolvimento da sua plataforma omnicanal, o SNS 24.

Não foi possível inscrever no orçamento da ARSC a dotação de **QUIOSQUES** para todas as unidades, por ser assumido que essa era uma medida de âmbito nacional, e que estando inscrita na componente da Transição Digital do PRR, não faria sentido a sua antecipação, o mesmo se aplicando à proposta de criação de “**MICROSITES**” para todas as unidades.

- **Acompanhar a Municipalização como projeto de integração de proximidade e de reinvenção do Centro de Saúde**

Iniciou-se a criação de uma rede de proximidade com todos os executivos dos 9 Municípios da área de abrangência do ACeS, alicerçado em várias reuniões com cada um deles e inclusive com vários Presidentes de Junta de Freguesia.

Esta relação foi positivamente influenciada pela urgente necessidade de criar respostas locais para a situação de exceção como foi a pandemia covid, designadamente na gestão do processo de vacinação covid, cujo sucesso em muito se deve à capacidade executiva, disponibilidade e colaboração de todos eles.

Neste enquadramento, foi possível começar a conversar sobre que tipo e níveis de serviços são adequados, desejados e possíveis numa saúde de proximidade, descolando do habitual foco das infraestruturas, leia-se da exigência de uma unidade em cada lugar.

Ultrapassadas que foram, pelo menos algumas das questões financeiras levantadas pelas Autarquias, a transferência de competências na Saúde, têm vindo a suceder-se. O processo é todo gerido centralmente pela ARSC, e só após o acordo assumido, é chamado o ACeS, para a garantir a sua operacionalização, designadamente nos transportes para a atividade assistencial, gestão das Assistentes Operacionais, os contratos da Limpeza e a gestão e manutenção do edificado. Esta será uma das áreas na qual a Saúde sairá claramente beneficiada, dada a capacidade executiva das Autarquias, com um modelo de governação muito mais efetivo que o da ARSC.

A proximidade e a relação de confiança entretanto criada, tem sido um importante aliado na gestão desta mudança.

- **Monitorização regular da Carta de Missão**

Não foi efetuada a monitorização regular e pública da Carta de Missão, representando este relatório, a prestação de contas pública da sua execução ao longo destes três anos.

3. GESTÃO DA PANDEMIA COVID E UNIVERSALIZAÇÃO DAS ULS

A minha comissão de serviço enquanto DE do ACeS BM, fica naturalmente marcada pelo impacto da **gestão da pandemia covid** e pela decisão de **universalização das ULS**.

Gestão da pandemia covid - relevo 3 processos marcantes:

- **“Dos ADR para as Unidades de Saúde”**

No verão de 2020, na sequência do 1º confinamento, e como forma de conseguir retomar uma atividade assistencial em proximidade, foram dadas orientações para que de acordo com o

contexto local, os ADR serem o mais rapidamente possível, substituídos por procedimentos de triagem nas unidades, com a criação de circuitos diferenciados, para suspeitos de doença respiratória, tentando garantir uma maior acessibilidade em segurança.

Naturalmente de forma e em tempos diversos nas várias unidades, de acordo com o seu contexto, conseguiu-se antecipar um pouco o retorno à normalidade possível e sobretudo poupar os profissionais a múltiplas escalas em ADR, pouco eficientes e efetivas.

- **“Equipa Trace Covid”**

Para o acompanhamento e monitorização dos doentes com covid em ambulatório, pelos médicos de família, foi desenvolvida pela SPMS, a plataforma “Trace Covid”.

Teve como grande valor acrescentado, dois aspetos essenciais: a demonstração que era possível fazer registos clínicos em segurança, fora da RIS, e pela 1ª vez, a incorporação da auto monitorização de queixas, sintomas e dados vitais pelo cidadão, permitindo o seu registo.

Infelizmente, manteve as disfuncionalidades recorrentes à altura, nas plataformas da SPMS: a não interoperabilidade com o SClínico, obrigando a duplicação de registos, funcionalmente ser muito pouco amigável – inúmeros “cliques”, processos e registos redundantes e repetitivos, sem dispositivos de apoio à decisão clínica, ausência de um módulo de gestão da informação para monitorização.

Face à enorme sobrecarga desta atividade não presencial, agravada pelo absentismo de muitos profissionais com infeção covid, foi criada no ACeS BM a equipa “Trace Covid”, constituída por médicos internos (3º e 4º anos) e alguns médicos que se voluntariaram, coordenada por especialistas MGF, para com critérios explícitos apoiar as equipas que pela insuficiência de profissionais e/ou nº excessivo de casos, não tinham capacidade para garantir esta resposta.

Esta medida permitiu evitar rupturas em várias unidades, garantindo a resposta e acompanhamento em tempo útil aos doentes covid.

- **“Vacinação Covid”**

O processo de vacinação massiva de toda a população com esquema vacinal de várias doses, diferentes vacinas, contextos complexos como o das ERPIs e outros grupos de risco, foi talvez o maior desafio à organização do ACeS, que enfrentámos.

No nosso contexto, identifiquei como aspetos determinantes do sucesso:

- Todos os profissionais, com especial realce dos enfermeiros, pela competência, profissionalismo e capacidade de adaptação que demonstraram.
- A estratégia definida, assente em 3 eixos:
 - Liderança – equipa de coordenação do ACeS e coordenadores locais dos CVC, reconhecidos pelos seus pares, e capacitados pelo exercício de uma autonomia responsável,
 - Capacitação - linhas de orientação no ACeS, claras, suportadas em evidência e partilhadas por todos;
 - Inclusão – Reuniões regulares (semanais) com todas as unidades/CVC, abertas a todos os profissionais, com espaços de partilha, garantindo o apoio e solidariedade.

Como sempre as dificuldades e crises, são sempre oportunidades e a regra confirmou-se.

Identifico como mais relevante, a afirmação entre os profissionais de fortes lideranças naturais, reconhecidas interpares e que passaram a ser um valor acrescentado para a governação e desenvolvimento do ACeS.

Universalização das ULS

Em abril deste ano, fomos confrontados com a decisão da DE SNS, da criação de mais Unidades Locais de Saúde (ULS), tendo em maio sido nomeado para o Grupo de Trabalho (GT) que iria elaborar o Plano de Negócios (PN) da ULS BM integrando as unidades dos CSP dos concelhos da Figueira, Montemor e Soure e o Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF).

A consequência óbvia desta decisão da DE SNS, foi o abandono da possibilidade da criação de ACeS, adequadamente redimensionados, verdadeiramente autónomos com contratos programas, tal como definido no DL dos Estatutos do SNS.

Decisão esta, naturalmente legítima, mas geradora de grande desconforto pessoal e profissional, pela minha discordância da mesma.

A 4 meses do fim da minha comissão de serviço, a minha recusa em integrar o GT, com a obrigatória colocação do meu lugar à disposição, com grande probabilidade de não ser substituído em tempo útil, significaria que teria que assegurar todas as funções como DE, como tal sem qualquer efeito prático.

Assim, na 1ª reunião do GT com a DE SNS, optei por formal e publicamente, expressar a minha posição, e assumir as inerentes responsabilidades institucionais enquanto DE, integrando o GT. A construção do PN foi um processo exigente, pela ausência de um quadro de referência para a sua concretização, as dúvidas que todos os elementos do GT tinham sobre este processo, e o curto prazo (10 semanas), mas que foi concretizado em tempo útil.

Algumas notas sobre este processo:

- Pelo ACeS foi criada uma equipa alargada com o CCS e a UAG, mas infelizmente não fomos capazes de envolver os profissionais das unidades abrangidas pela futura ULS.
 - Foram realizadas 3 reuniões não presenciais, abertas a todos eles, em que foi feito o ponto de situação do PN, mas pouco efetivas, já que eram muitas as incertezas e poucas as nossas respostas.
- De realçar, o excelente relacionamento pessoal e profissional com o CA e equipa do HDFF, bem como o reconhecimento da sua disponibilidade e competência.
- Por solicitação nossa, reunimos com as Ordens (Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, e Psicólogos, a dos Nutricionistas não pode estar presente) para em conjunto refletirmos sobre esta transformação. Todas reconhecem que existe um grande desconhecimento e sobretudo ausência de um quadro de referência que enquadre este processo, designadamente no que ao modelo de governação diz respeito, mesmo a Ordem dos Psicólogos, que como a dos Nutricionistas tem protocolo assinado com a DE SNS, acordando a criação de um “serviço profissional autónomo com núcleos dos CSP e CH”. Todas demonstraram disponibilidade e interesse em integrar um espaço de participação e acompanhamento da construção e desenvolvimento da futura ULS BM.
- Reunimos igualmente com a SPMS, sua presidente e equipa. Infelizmente ficou claro que esta alteração organizacional não está sustentada ou ainda não é acompanhada

com as mudanças em curso no sistema de informação, deixando-nos com algumas angústias e problemas para resolver:

- Uma das dimensões essenciais da Integração de Cuidados, objetivo principal das ULS, exige uma integração dos sistemas de informação, processo que aparentemente está longe de ser conseguido
- Nos CSP, continuam o conjunto de promessas sobre o que está ser feito no futuro SClinico, sem respostas para os problemas atuais, há muito identificados.

Pela sua relevância e porque permitem uma rápida perceção da visão e propostas que foram plasmadas no PN da USL BM, partilho alguns capítulos do PN, que parecem mais relevantes para tal – o enquadramento, a análise SWOT, os eixos estratégicos com as suas dimensões e ações e o capítulo da nossa proposta de gestão da mudança - **Excertos do Plano de Negócios ULS Baixo Mondego v21-06-2023 (Anexo 9)**

Importa referir, que desde a entrega do PN no prazo definido, e do rápido e efetivo esclarecimento de 2 dúvidas sobre alguns dados, não houve qualquer informação da DE SNS, sobre o mesmo, leia-se a sua aprovação, ou não!

Em junho deste ano foi feito na comunicação social o anúncio da universalização das ULS, entre as quais a ULS de Coimbra, integrando as restantes unidades do ACeS BM (Cantanhede, Coimbra, Mealhada, Mira Mortágua e Penacova), do ACeS PIN, e os CHUC, HAJC e HRP

Em outubro foram publicados:

- Despacho nº 04/2023 do SES com as Orientações para a Elaboração dos Planos de Desenvolvimento Organizacional (PDO) para 2024
- Termos de Referência para a Contratualização de 2024

ambos os documentos tendo como referencial a nova organização do SNS em ULS.

Foi igualmente nomeado, o novo CA do CHUC.

Neste contexto, importa referir que até à data, não houve qualquer reunião sobre a futura ULS de Coimbra, envolvendo o ACeS BM.

4. INTERVENÇÃO SOCIO PROFISSIONAL

Não tendo este documento uma finalidade curricular, optei por identificar 3 áreas em que ao longo dos últimos anos quer individualmente ou em diversos grupos de trabalho e contextos, tenho desenvolvido pensamento estruturado e propostas de trabalho que se podem sintetizar como contributos para a construção de uma visão estratégica de evolução e desenvolvimento do SNS

- **Qualificar o SNS, com foco nos CSP**

A convite da DE-SNS, a 28 de novembro de 2022, em reunião presencial de trabalho, com 2 dos elementos da sua equipa (o DE, Fernando Araújo, e Fátima Fonseca), foi analisado e discutido o documento “Pensar Saúde - Qualificar e Reforçar o SNS - JLBiscaia_28.12.2022” (Anexo 10), que tinha previamente partilhado.

Este documento, para além de identificar de forma clara, uma estratégia com prioridades e objetivos concretos, tinha associado um conjunto de documentos com propostas de trabalho,

produtos “chave na mão”, elaborados ao longo dos anos por diferentes grupos de trabalho e em diversos contextos organizacionais e institucionais, que garantiam a sua rápida operacionalização e concretização.

Reunião tranquila e interessante, em que apesar de uma clara sintonia na identificação e priorização dos problemas, bem como nos objetivos gerais a alcançar, ficou evidente a divergência sobre a estratégia que iria ser seguida, ou se quisermos os caminhos a percorrer para os atingir.

A convite da USF AN, tive oportunidade de nas Jornadas Parlamentares de Saúde do PS, realizadas na Assembleia da República, 16 de maio de 2023, apresentar e discutir, uma versão mais sintética, do documento já referido.

- **Sistema de Informação na Saúde**

A transição digital e as verbas que lhe estão associadas no PRR, são uma oportunidade única para qualificar, simplificar e modernizar o sistema de informação na Saúde.

Nos últimos 10 anos, em múltiplos espaços e contextos institucionais e profissionais, tenho vindo a propor uma visão estratégica e operacional para o sistema de informação na Saúde, com propostas concretas e trabalho desenvolvido, de que o exemplo mais relevante foi o portal BI USF, que foi posteriormente adotado pelo Ministério da Saúde – hoje é o BI CSP.

No âmbito dos Estados Gerais, 3ª sessão, organizados pela Fundação pela Saúde-SNS, tive oportunidade de partilhar essa visão, documento “Estados Gerais_1.4.2023_Fundação SNS_JLBiscaia” (*Anexo 11*) ou visualizar a sessão no link (<https://drive.google.com/file/d/1Ln2xUGzOaiolZ9b1-XWktEqzxB9OTT9e/view>).

- **Governança clínica**

Governança clínica, entendida como o desenvolvimento nas nossas organizações de saúde, de uma cultura de melhoria contínua tomando por base a procura de bases de evidência clínica para o exercício profissional e centrada também na gestão dos percursos de saúde/doença das pessoas, só é possível com dispositivos de gestão do conhecimento, que garantam a inclusão, partilha e capacitação dos seus profissionais.

Este foi o tema da minha participação numa das sessões de trabalho da Academia do Futuro da USF AN, 1 de julho de 2023 - *Academia Futuro 2023 - SI e Governança Clínica- JLBiscaia” (Anexo 12)*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram 3 anos desafiantes, exigentes, muito desgastantes e certamente os mais frustrantes da minha vida profissional.

Os três primeiros sentimentos são, penso que facilmente percebidos ou explicáveis, por um conjunto de fatores intrínsecos e extrínsecos, relativamente evidentes:

- O ACeS – o seu sobredimensionamento, a sua descapitalização de competências gestionárias e tecnologias de informação, a sua falta de autonomia;
- O modelo de governação vigente – burocrático, centralizado, com sub-orçamentação, não orientado para os resultados;
- O contexto do exercício – 2 anos com o impacto da gestão da pandemia covid, último semestre com a incerteza e o desconfiança da universalização das ULS

O sentimento de frustração, é mais difícil de explicar.

Não decorre da minha avaliação de desempenho que apesar de insuficiências e dimensões menos conseguidas e já acima identificadas, teve quer um claro reconhecimento pelos profissionais na forma com exerci as funções, bem como o cumprimento da maioria dos objetivos previamente assumidos.

Será talvez melhor explicado, por uma inadequada gestão de expectativas, já que tendo a convicção que era possível melhorar o atual modelo de governação nos CSP, a sua não concretização parcial ou total, e a aprendizagem daí decorrente, transformou convicções em certezas.

Os ACeS foram e são uma realidade nunca concretizada.

A recente e legítima decisão, da universalização das ULS, , significa uma clara opção de centralização da gestão, pela sua integração vertical, em detrimento de uma gestão de proximidade e da criação de organizações inteligentes centradas na gestão do conhecimento.

Hoje, o desafio para os CSP, passa por afirmar, pugnar e demonstrar, que:

- É possível gerir com transparência, em proximidade, delegando e capacitando outros profissionais e diferentes níveis da organização;
- Integração de cuidados, pressupõe, diria que exige, uma integração funcional nas suas diferentes componentes: clínica, informação, financeira e administrativa;
- Organizações inteligentes, são as que funcionam em rede, respeitando as identidades e culturas dos seus diferentes centros de resultados, de que são exemplo as USF B;
- Exigem e partilham uma contratualização inteligente – compromisso de recursos, processos e resultados;
- Assumem um modelo remuneratório sensível ao desempenho, com 3 componentes: fixa (base salarial) e variáveis (dimensões quantitativa e qualitativa);
- É obrigatório redesenhar os processos, simplificando, com foco nos resultados esperados e no que deve acontecer, suportado na melhor evidência disponível;
- As tecnologias de informação e comunicação (TIC) têm que estar ao serviço desta mudança, o que implica investir na literacia digital em todos os níveis da administração;
- A gestão do conhecimento, que significa incluir, partilhar e capacitar todos os profissionais, otimizada por uma inteligente incorporação das TIC, é claramente o fator diferenciador e determinante do sucesso;
- A criação dos Sistemas Locais Saúde (Lei de Bases e Estatuto do SNS) como garante do desenvolvimento da rede multisectorial e da implementação da Saúde em todas as Políticas.

Coimbra, 30 de outubro de 2023

José Luís Biscaia

*Assistente Graduado Sénior Medicina Geral e Familiar
Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego*



Relatório da Avaliação de Desempenho do Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego

Anexos Disponíveis em:

<https://tinyurl.com/JLB2023RA>

QR Code



Alternativa: https://drive.google.com/file/d/1vMPYe7IUWSJCZONaNdOQnfr_qPobtAJ/view?usp=sharing