

Resumo: A partir da reflexão sobre a sua experiência e de leituras, na perspectiva da cooperação intersectorial, os autores debatem a situação actual dos serviços de saúde e o seu evoluir.

Cooperação intersectorial - uma ideia antiga, ainda difícil de concretizar mas cada vez mais urgente. Apesar de muitos profissionais reconhecerem a sua importância, a maioria das organizações de saúde ainda não coopera efectivamente.

No futuro, os serviços prestadores de cuidados de saúde precisam aprofundar uma abordagem preventiva global e práticas médicas baseadas na evidência, adoptar procedimentos de garantia da qualidade e políticas de inclusão de controlo das desigualdades que, na prática, se conduzirão por táticas de discriminação positiva. As suas organizações focais serão equipas, geridas por objectivos, articuladas, monitorizadas e avaliadas.

Favorecer processos de aprendizagem apropriados, reorientar os serviços para programas articulados de índole comunitária, organizar sistemas de referência adequados, desenvolver projectos de investigação que visem a melhoria dos cuidados prestados e desconstruir barreiras burocráticas e organizacionais são as estratégias apresentadas para incrementar a cooperação.

Palavras-chave: Cooperação intersectorial; Serviços de saúde; Participação.

Résumé: D'après la réflexion sur leur expérience, dans la perspective de la coopération intersectorielle, les auteurs débattent l'actuelle situation des services de santé et son évolution.

Coopération intersectorielle - une ancienne idée, difficile encore à réussir, mais chaque jour plus urgente. Malgré son importance soit reconnu par un grand nombre de professionnels de ce secteur, la plupart des organisations de santé ne sont pas au point de collaborer effectivement.

Au futur, les services de soins de santé, doivent approfondir l'abordage de prévention global e les pratiques des médecins basés sur l'évidence, adopter les procédures de garantie de qualité et des politiques de contrôle des inégalités que, en pratique, doivent être guidées par tactiques de discrimination positive. Les organisations focales seront des équipes qui doivent être guidées par objectifs, articulées, et avec systèmes d'évaluation.

Promouvoir des procédures d'apprentissage appropriées et réorienter les services pour des programmes articulés au caractère communautaire, renforcer les perspectives pour l'action intersectorielle, développer la recherche orienté pour améliorations substantielles des soins de santé et réduire les barrières bureaucratiques sont les stratégies présentées pour améliorer la coopération.

Mots clé: Coopération intersectorielle; Services de soins de santé; Participation.

Abstract: The authors based on their experience and readings debate the current situation in health services and its evolution under an intersectorial action perspective.

Intersectorial action is a former idea, difficult to build in real life and each time more urgent. In spite of a large amount of professionals be prepared, the majority of health organizations are not yet cooperating with others.

In the near future, health care services have to improve a global preventive approach based on evidence-based medical practices, to assure quality and to adopt policies aiming to control inequities through positive discrimination practices. In health care provision, networks of well-articulated and evaluated goal-oriented teams will be the focal organizations.

To facilitate appropriated learning processes, to reorient health services towards community health programs, to organize adequate referral systems, to develop research projects aiming to improve quality assurance and to destroy bureaucracy and organizational barriers are the policies advocated to implement intersectorial action.

Key words: Intersectorial action; Health care services; Participation.

COOPERAR - Uma ideia com futuro

José Luís Castanheira(*) e Teresa Contreiras(**)

COOPERAR - intra e interequipas, no mesmo Serviço e entre Serviços, públicos e privados - uma ideia antiga, ainda difícil de concretizar mas que sentimos cada vez mais urgente. As nossas práticas profissionais, individualistas até ao século XIX, ultra-especializadas no século XX, estão a transformar-se em actos de cooperação. Hoje, a pretensa onipotência do profissional individual é um símbolo des- troçado.

Em ambientes profissionais em mutação permanente, em contexto de escassez de recursos, perante o evoluir de todos os perfis de desempenho em que os protagonistas e os protagonismos mudam quase constantemente quando pensamos o futuro das nossas Unidades, para não falar do Serviço Nacional de Saúde, identificamo-nos com José Régio: "Não sei para onde vou/Não sei por onde vou/Só sei que não vou por aí."

Para participar no formatar de um futuro que não desistimos de pretender mais gratificante, tanto para as nossas praxis individuais como para os modelos organizacionais em que nos moveremos, é preciso sentir o acontecer da História da nossa Sociedade, dos seus serviços e dos seus profissionais, em que a intervenção dos políticos é efémera como a bruma matinal e compreender o presente, disfarçado em números e gráficos nos relatórios dos gestores e em opiniões nos media. Porém, submetidos à fadiga e à pressão de um quotidiano exigente, por vezes, iludimo-nos com as quimeras do que existe lá fora e isso desconstrói o nosso entusiasmo. Busca-se um olhar sereno, realista e exigente que contribua para fortalecer o ânimo e a auto-estima que controlam o "burning-out" a que inexoravelmente nos sujeitamos.

Neste trabalho, a partir de algumas leituras mas sobretudo da reflexão sobre a nossa experiência, debatemos a situação actual dos serviços de saúde e os desafios com que são confrontados no perspectivar do evoluir da cooperação intersectorial. Enfrentam-se questões que não

podem deixar de inquietar tanto os cidadãos como os profissionais: no futuro, como serão os Serviços de Saúde? Continuaremos a assistir à organização de mais do mesmo? Que marcas do futuro podemos recolher já hoje?

1. Introdução

Ao longo do século XX, os Serviços de Saúde e as respectivas Unidades especializaram-se em patologias, prestadores ou tipo de cuidados. A fragmentação de cuidados tornou-se inevitável numa praxis profissional em desenvolvimento acelerado, distribuída por especialidades. Contudo os clientes são *globais* e exigem uma compreensão sistémica e holística. Assim, trabalho em equipa, articulação entre Unidades e cooperação intersectorial impuseram-se como exigências quotidianas que o desenvolvimento de tecnologias novas de comunicação pode ajudar a satisfazer⁽¹⁾, pois facilita o funcionamento descentralizado e mesmo à distância.

O aumento da sobrevida e a cronicização de diversas situações, o confluir de várias patologias (evidente no domínio das toxicodependências), o emergir de problemas novos, as mudanças constantes nas estruturas de suporte, nomeadamente na matriz familiar, o desenvolvimento fulminante de tecnologias, tanto de diagnóstico como terapêuticas, tornam inevitável um futuro diferente. Tanto mais que a *factura social* está à beira dos limites (se é que não os ultrapassou já) e a desilusão dos contribuintes (eleitores) e a insatisfação (frustração?) dos profissionais são ineludíveis, o que não deixa de ser explorado pelos media financiados pela publicidade os quais pretendem orientar a capacidade de investir e consumir para bens mais lucrativos na perspectiva dos produtores que não dos utentes e muito menos dos doentes.

Nos países desenvolvidos, nunca se viveram tantos anos e com tanta qualidade de vida. Primeiro, porque a paz tem sido duradoura e a melhoria das condições de vida progressiva. Segundo, porque é evidente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, médicos e de saúde, o que obriga a programar uma diversidade de intervenções necessárias, a conjugar saberes e agires dispersos, a reunir apoios e solidariedades que se estendem para além dos domínios profissionais e da família tradicional.

Cooperar é uma necessidade sentida a todo o momento, seja entre elementos de uma mesma equipa, entre as

diversas unidades focais de um sistema ou entre instituições várias. Contudo, embora reconhecida e desejada, no quotidiano de profissionais, de Serviços e de Instituições, continua a ser difícil transformá-la em realidade. Todavia, a prática de algumas equipas e de algumas unidades de elite evidencia que cooperar é possível.

Para além dos problemas que tradicionalmente exigiam actividades intersectoriais para o seu controlo (e.g. luta contra as doenças transmissíveis, acidentes, apoio a pessoas com deficiências), nos últimos decénios têm emergido situações novas que se constituem em desafios à nossa capacidade de cooperar: toxicodependência, SIDA, idosos dependentes e/ou em situação de isolamento social, deslocados e sem abrigo ("homeless"), doentes oncológicos, etc..

Alguns Programas cooperativos, por definição ou por natureza, curiosamente ou talvez não, aparentam ser pouco eficazes. Alguns apesar da disponibilidade relativa de recursos de que beneficiam, devido à burocracia avassaladora que geram, chegam mesmo a ser castradores de iniciativas locais de cooperação. Acreditamos que a acção precisa acontecer sobretudo a nível local, na relação utente (doente ou não) - profissional. Portanto, o critério *major* para validar qualquer tipo de cooperação intersectorial deve ser o facilitar ou dificultar a qualidade desse relacionamento: o congregar de esforços está a potenciar a qualidade do que se faz ou está a iludir os problemas?

2. Olhar o evoluir da história recente

No final do século XIX, as organizações focais da Saúde eram consultórios e hospitais, organizados para lidar sobretudo com doenças infecciosas e com as consequências de traumatismos. As classes dominantes optavam por ser cuidadas nos seus domicílios.

Ao longo de todo o século passado, os profissionais de saúde multiplicaram-se, diversificaram-se, diferenciaram-se em especialidades várias e institucionalizaram-se. As unidades foram adquirindo a sua especificidade através de:

- As abordagens metodológicas adoptadas (Medicina *versus* Cirurgia);
- Os aparelhos ou órgãos a que se dedicavam (ORL, Oftalmologia, Estomatologia, etc.);
- As patologias que pretendiam controlar (Tisiologia, Oncologia, etc.);

- Os meios onde pretendiam actuar (Saúde Ocupacional, Saúde Escolar, etc.).

Depois da II Guerra Mundial, no auge da especialização médica, surgiram mesmo organizações específicas. Na União Europeia a tendência evolutiva tem sido para a sua integração em serviços compreensivos e globais. Em 1948, a Grã-Bretanha organizou o seu Serviço Nacional de Saúde e desde então outros países têm seguido o exemplo. No final da década de 70, na fase de expansão dos chamados cuidados primários de saúde, a Itália, a Grécia, Portugal e a Espanha organizaram os respectivos Serviços Nacionais de Saúde⁽²⁾.

Entre nós, foram paradigmáticos os Institutos de Assistência Psiquiátrica, Maternal, Português de Oncologia e de Assistência Nacional aos Tuberculosos. Naturalmente, acabaram por ser integrados no Serviço Nacional de Saúde.

Na época em que estava em organização o S.N.S. e algo *contra natura*, no âmbito do Ministério da Justiça, surgiram os primeiros Centros orientados para o controlo do problema da toxicoddependência - os Centros de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD). Na década de 80 acabaram integrados verticalmente no Ministério da Saúde.

Desde a sua génese, os Serviços especializados na prevenção da toxicoddependência têm sido portadores de inovações fundamentais das quais se destacam a multidisciplinaridade, o ênfase na equipa, a descentralização e a plasticidade organizativa. Têm uma história relativamente breve embora muito rica, e, como tal, estarão mais *soltos* para compreender e se adaptarem ao futuro.

Entre entidades ou organizações podem ser reconhecidos vários modelos de cooperação:

- Colaboração - informal (frequentemente assegurada devido a contactos pessoais) ou formalizada através de acordos ou protocolos;
- Articulação - funcional ou mesmo orgânica de estratégias de intervenção;
- Integração de recursos que se pretendem otimizar pelo que são colocados sob comando unificado.

A maioria das cooperações consistem em *colaborações* mais ou menos formalizadas. De facto, são raras as situações em que as estratégias são articuladas, nomeadamente através de Planos de Actividades, pois as nossas organizações (ou as suas chefias?) têm um medo quase fóbico de perder a sua identidade. Porventura, porque

aquilo a que se tem chamado *integração* tem sido quase sempre o destroçar da cultura e dos valores de uma organização, geralmente a mais rica, colocada sob o domínio de outra.

No domínio estrito da Saúde Pública, a década de 80 dedicada à água foi uma oportunidade excelente para ensaiar modalidades de cooperação intersectorial, desde o nível local até ao internacional. Numa reunião de avaliação e prospectiva, organizada pela OMS/Europa foi salientada a vantagem dos programas de cooperação integrarem nomeadamente bases de dados comuns, normas e padrões de actuação, actividades de consciencialização e educacionais e projectos de investigação⁽³⁾. De facto, a experiência em comum destes elementos facilita e cimemta o relacionamento entre técnicos e unidades.

Em Portugal, particularmente após a adesão à Comunidade Europeia, os Governos pressionados pela necessidade de adaptar as organizações às realidades novas, têm criado diversas comissões, conselhos e projectos de carácter intersectorial, muitos de âmbito interministerial. Não se nos afigura apropriado opinar sobre a eficácia e eficiência daqueles que funcionam com repercussões sobre os domínios da saúde e da luta contra a toxicoddependência, tanto mais que as generalizações seriam abusivas, contudo, consideramos que aos profissionais e aos contribuintes deve ser reconhecido o direito de questionar se os investimentos feitos nessas formas de pretensa cooperação, em detrimento dos orçamentos dos Serviços, têm constituído parte da solução ou agravado alguns problemas.

3. Compreender o presente

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a cooperação intersectorial é (teria sido) uma componente essencial do Programa Saúde para Todos, enfatizada na Declaração de *Alma-Ata*. Em 1980, na 30ª sessão do Comité Regional Europeu, foi salientada a impossibilidade de controlar os problemas de saúde apenas no seio do sector Saúde⁽⁴⁾.

Apesar do consenso amplo e abrangente sobre a sua importância, de facto, a cooperação é ainda mais um *discurso* que um *percurso*, pois a sua implantação no dia-a-dia das equipas e a forma de a desenvolver coerente e consistentemente nas organizações são (ainda) incipientes. Em 1991,

um estudo piloto realizado para a OMS/ Europa em sete Estados-membros revelou que ainda era escassa, nomeadamente nos níveis local e intermédio⁽⁶⁾.

Hoje, habitualmente os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipa e as vantagens de não estarem isolados, mesmo quando as organizações não identificam a necessidade de colaborar efectivamente com outros Serviços. Mas, para que a cooperação, em qualquer uma das suas modalidades ocorra, precisam verificar-se alguns requisitos: é essencial que os objectivos e interesses sejam comuns ou afins, os mandatos sociais sejam convergentes ou complementares e que as agendas de preocupações sejam comuns. Para lograr esta união de interesses, facilita que existam opções estratégicas similares, fontes de financiamento comuns, estabilidade institucional e que existam oportunidades de formação e de investigação comuns.

Pelo que temos observado, muitas dificuldades decorrem da não verificação desses requisitos essenciais. Alguns exemplos, banais em muitos locais e tempos, mas que se confundem com conflitos interpessoais:

- Saúde *versus* Agricultura e Economia - na produção e comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco ou no controlo da qualidade da cadeia alimentar;
- Saúde e Educação *versus* Justiça e Administração Interna - no controlo da droga e da toxicodependência, na assistência à população prisional ou na assistência aos imigrantes;
- Saúde e Ambiente *versus* Economia (Indústria e Comércio) - no controlo dos resíduos tóxicos ou na gestão de recursos hídricos;
- Planeamento e Ordenamento do Território e Economia (Turismo) *versus* Saúde e Ambiente - na exploração da faixa costeira ou na apreciação de planos directores municipais. Sem muita imaginação, esta lista poderia prolongar-se indefinidamente. Os exemplos permitem compreender que:
- A vida em sociedade exige um esforço permanente de concertação e de negociação;
- Mesmo entre instâncias governamentais, os conflitos de interesses são inevitáveis;
- Uma opinião pública esclarecida e informada é fundamental;
- A capacidade pedagógica dos media e dos políticos são determinantes no definir dos problemas e no descortinar de soluções;
- É ingénuo (ou demagógico) organizar plataformas para

coordenar a resolução de problemas com parceiros sociais que têm interesses e/ou perspectivas antagónicas.

A literatura mostra que a colaboração entre equipas mesmo quando instituída pode ser dificultada de variados modos⁽⁶⁾:

- Competição (desnecessária) por recursos sempre insuficientes e/ou por *poder* muitas vezes confundido com protagonismo mediático;
- Incompreensão dos interesses e necessidades de outros grupos (e.g., as rivalidades entre serviços estatais e organizações não governamentais);
- Pensamento horizontal minimalista dos gestores que tendem a abordar linearmente problemas que exigiriam intervenções sistémicas;
- Imediatismo das estratégias adoptadas, dominado por pensamento de curto-prazo influenciado mais por condicionantes políticas que por determinantes científicas;
- Escassez de oportunidades de formação conjuntas;
- Relutância em partilhar em equipa o desempenho das funções de planeamento e de controlo.

Na nossa experiência constatámos serem frequentes barreiras provenientes de:

- confusão de protagonismos e de interesses entre pessoas, grupos e organizações envolvidas, a qual perturba qualquer processo de negociação ou a gestão por objectivos;
- ausência de uma cultura de colaboração orientada para a prossecução de objectivos devidamente monitorizada e avaliada;
- formação académica quando realizada numa perspectiva corporativa e *omni*-ciente e -potente, a qual dificulta o trabalho em equipa;
- solidariedades organizacionais incipientes, muitas vezes decorrentes da instabilidade vivida na unidade (de facto, não ajuda manter as organizações em remodelação permanente...).

Todavia, equipas motivadas e orientadas para a prossecução de objectivos, conduzidas por líderes entusiasmadas e competentes, têm *feito caminho* no concretizar de projectos intersectoriais, apesar das dificuldades, muitas vezes em circunstâncias adversas. Sobretudo a nível local, encontram-se iniciativas e experiências promissoras de equipas que têm sido capazes de descobrir objectivos comuns e de *fazer pontes* nas suas intervenções, com criatividade, capacidade de adaptação e facilidade de comunicação.

4. Formatar o Futuro

Como horizonte, é fascinante e apelativo. O desafio é chegar lá!

"Intersectorial action is a political imperative, and its mechanisms encompass joint agreement on priorities, targets and plans, joint groups, cross-membership, joint funding of projects, joint appointment of staff, joint conferences, joint publications and information sharing. In adopting any of these, problems of rivalry, incompetence and ignorance have to be recognized and overcome"(7) (OMS, 1989).

Como estratégias para incrementar a cooperação é viável:

- Favorecer processos de aprendizagem apropriados;
- Reorientar os serviços para programas articulados de índole comunitária;
- Organizar sistemas de referência adequados;
- Desenvolver projectos de investigação que visem a melhoria dos cuidados prestados;
- Desconstruir as barreiras burocráticas e organizacionais, na medida do possível mas com determinação.

Formação

Faculdades e Institutos revelam dificuldades ancestrais em ultrapassar métodos de ensino corporativo, sobretudo no ensino pré-graduado em que é quase impossível proporcionar experiências de trabalho em equipas multidisciplinares. Contudo, por iniciativa de estudantes, têm sido desenvolvidos projectos promissores, alguns de carácter associativo, normalmente como actividades extra-curriculares.

A educação pós-graduada e a formação em serviço, cada vez mais inevitáveis, são oportunidades fundamentais para capacitar para desempenhos cooperativos. A nossa experiência no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa sugere que os programas de mestrado devem ser pluridisciplinares e que durante a fase lectiva a aprendizagem deve centrar-se em processos de grupo. Esta opção pedagógica precisa reflectir-se nos métodos adoptados de avaliação da aprendizagem.

Reuniões de equipa e de serviço, com a participação efectiva daqueles com quem existe cooperação são essenciais. À semelhança do que já ocorre em alguns Serviços, a comunicação intra e interequipas, alicerçada em reuniões frequentes deverá intensificar-se: importa manter

a equipa *aberta* para o exterior e gerir a qualidade dessas reuniões que devem ter objectivos definidos e monitorizados. Algumas equipas de Saúde Mental têm sido pioneiras e com a sua experiência muito teríamos a aprender.

Programas articulados

Desde a I Conferência Mundial para a Promoção da Saúde - Ottawa (1986), têm sido repetidas as recomendações no sentido de serem reorientados os serviços de saúde. Todavia, os seus efeitos práticos afiguram-se-nos insignificantes. Em 1989, em encontro promovido pela OMS/Europa, foi realçado que a promoção da saúde e a condução de políticas globais em favor da saúde reclamam formas de gestão renovadas(8). Mas, entre nós, na área social persiste uma propensão aborrecida para o monolitismo e a rigidez organizacionais e para um autoritarismo *salazarento*, por ironia tão ao gosto dos que professam ideologias de centralismo democrático. Porventura, devido ao facto das gerações actualmente no poder terem sido instruídas em regime de livro único quando não por sebatas.

No formatar do futuro, desconcentrar e descentralizar são expressões imprescindíveis. Porém, verbos difíceis de conjugar nos Ministérios e nos Serviços Centrais que não podem simpatizar com quem os deseja conjugar a nível local....

Dentro de limites bem estabelecidos, configurados em objectivos contratualizados, cada equipa precisa ter o direito de se organizar conforme melhor entender, em função das necessidades com que é confrontada, das potencialidades que encerra e das oportunidades com que se depara. Todavia, esta plasticidade organizativa implica uma gestão por objectivos, assente numa prática avaliativa fundamentada.

Ao cidadão representado democraticamente, deve ser reconhecido o direito de saber efectivamente como os governantes, os serviços públicos ou as entidades privadas cofinanciadas com verbas do erário público administraram ou geriram os recursos disponibilizados. Os investimentos devem ser validados com base em factos e não em pressupostos ideológicos dentre os quais uma das falácias mais apregoada é a ideia segundo a qual a iniciativa privada (mesmo quando parasita ou saprófita do Orçamento do Estado) é mais eficiente que a intervenção de serviços públicos. O desafio é implantar modelos de gestão empresariais eficientes, tanto nos serviços públicos como nos

privados. O problema está em o futuro tardar a despontar! Confunde-se reorientar os serviços com mudança das equipas de gestores ou com reformas (?) consubstancializadas em meras remodelações. Na Saúde, se apreciarmos as leis orgânicas produzidas depois da criação do S.N.S. verificamos as contradições e as ambiguidades, as incongruências e as inconsistências de legisladores que normalmente intervêm de forma avulsa. Fica-se com a sensação que *andam às escuras* ou não perseguem com coerência o que pretendem. Naturalmente, a questão é muito mais complexa: têm procurado *dar tudo a todos*, num contexto orientado para a gratuidade quando os investimentos precisam ser cada vez mais avultados e a capacidade de despende está cada vez mais controlada por exigência da nossa adesão europeia. Assim, as opções essenciais a fazer, as ditas reformas estruturais, tornam-se inacessíveis para quem está inexoravelmente suspenso dos ciclos eleitorais. Reorientar os serviços requer radicalidade:

- Abandonar o paradigma hierárquico e burocrático para adoptar definitivamente modelos descentralizados e desconcentrados;
- Substituir o profissional-funcionário por médicos e por técnicos retribuídos em função da especificidade, da qualidade e da quantidade do que produzem;
- Transformar o cliente-consumidor de bens e serviços num investidor que faz escolhas esclarecidas mas que também comparticipa pessoalmente no investimento, de acordo com as suas possibilidades.

Qualquer reorientação dos serviços muito mais que mudança do enquadramento legal exige mudança de atitude e de comportamentos dos gestores, quem tem a responsabilidade de transformar os recursos em actividades e de assegurar a coordenação. De facto, a prossecução articulada de actividades programadas exige modalidades mais sofisticadas de coordenação assente em respostas a questões essenciais: *Quem deve garantir a coordenação? Legitimado por quem? Financiada como?* No fundo, sejam expressas a nível local ou entre ministros, as lutas por protagonismo expressam geralmente lutas por *poder* e são inevitáveis quando as definições de responsabilidades não estão formalizadas ou pelo menos foram verbalizadas e aceites pelas partes implicadas - "*it should be clearly understood that all political players have certain authority and responsibilities which they are not necessarily willing to abdicate*"⁽⁹⁾ (OMS, 1987).

Sistemas de referência

O modelo organizativo assente em equipas integradas em unidades que serão apoiadas pelos serviços, funcionará cada vez mais em *rede*.

Cada equipa é um *nó* e terá relacionamentos preferenciais com os que estão no *plano* em que se podem atingir os objectivos almejados. Assim, estabelecerão referências, ascendentes e descendentes, definidas numa perspectiva de resolução de problemas/gestão de situações e não segundo o modelo burocrático actual, baseado em relacionamentos convencionais. A lógica actual seria subvertida: cada equipa organizaria os relacionamentos preferenciais mais convenientes que por sua vez gerariam as interligações de serviços necessárias para apoiar esses esforços. Muitos *conflitos de interesses* poderão ser controlados desta forma.

Nesta perspectiva, estritamente técnica, não fará sentido que estruturas de concertação de índole predominantemente política, criadas com finalidades estratégicas, sejam clonadas nos diferentes níveis de intervenção. Naturalmente, no domínio político, a organização de plataformas de diálogo e de concertação far-se-ia de outra forma, conforme as finalidades prosseguidas, mas não deve enformar a cooperação entre equipas embora a deva estimular.

Investigação

A plasticidade organizativa e funcional que advogamos pressupõe capacidade de monitorizar e de avaliar de acordo com metodologias rigorosas. A aceitação das práticas preventivas, as expressões da patologia, a adesão ("*compliance*") às diferentes modalidades terapêuticas e o apoio social à reabilitação e à reinserção flutuam significativamente em função de múltiplas variáveis dentre as quais se destacam os meios culturais e as condições sociais.

No passado, os Serviços usavam (e abusavam) do resultado de investigações, realizadas em Universidades, geralmente americanas e com populações específicas, com os quais fundamentavam as suas opções tanto clínicas como de gestão. No futuro, a validação desses estudos e a adaptação das suas conclusões tem de ser feita localmente.

A pressão inexorável para o incremento da eficiência dos serviços e para a garantia da qualidade dos cuidados prestados conduzem inevitavelmente à Medicina baseada na evidência ou ao que é designado por "*clinical gover-*

nance”. Paulatinamente, consoante a natureza das intervenções que desenvolvem e o apoio social de que beneficiam, as unidades de saúde também serão forçadas a aprofundar a sua *cultura avaliativa*.

Hoje, já se verificam condições relevantes para essa evolução:

- A disponibilidade de meios informáticos existentes nas unidades propicia estudos avaliativos desde que os registos sejam feitos sistematicamente e de acordo com as normas adoptadas. Exigências aliás da gestão da qualidade;
- O acesso a fontes de documentação científica, facilitado através da Internet, pode estimular o planeamento de projectos ou a reflexão sobre os resultados verificados;
- A formação académica dos mais jovens, pois o ensino universitário tem vindo a evoluir de uma dominante teórica e discursiva para uma aprendizagem orientada para a resolução de problemas e o estudo científico das realidades;
- O número crescente de técnicos que frequenta(ra)m programas de mestrado, os quais podem constituir uma oportunidade privilegiada para introduzir nas equipas metodologias de investigação apropriadas.

Nem todos os projectos de investigação contribuem da mesma forma para o desenvolvimento das unidades ou para a capacitação das equipas. Contudo, todos consomem tempo e exigem o dispêndio de recursos. Assim, cada serviço deve ter a sua agenda de investigação que democraticamente cada unidade deve ter a possibilidade de adaptar em função das suas necessidades peculiares e das motivações das suas equipas. No caso concreto da prevenção das toxicodependências, a agenda que em tempo propusemos⁽¹⁰⁾ poderá ser um ponto de partida.

Desconstruir barreiras

No quotidiano, todos sentimos serem insustentáveis as *burocracias* que asfixiam as práticas profissionais e infernizam a vida dos utentes e seus familiares. É tradicional atribuí-las à nossa Administração Pública, mais que estafada e ultrapassada mas que o Poder tarda em actualizar. Todavia, uma quota parte de responsabilidade deverá também ser atribuída à (falta de) formação dos profissionais, mais propensos para a (des)ordem e a indisciplina organizacional que para a inovação e a produtividade; e ao comportamento das organizações profissionais, defensoras do *status quo* (com melhores salários) e opositoras da competitividade.

Por outro lado, importa reconhecer haver nos serviços de saúde cada vez mais profissionais que não previnem, nem curam ou tratam. Vieram para aumentar a eficiência!

A rigidez organizacional e a burocracia funcional são barreiras a desconstruir. Com criatividade, competência e perseverança, cada equipa pode fazer a diferença. E muitas já a fazem.

Gostamos de acreditar que a burocracia que existe em cada organização é construída pelo burocrata que existe em cada um de nós... Portanto, a mudança está também nas nossas mãos!

5. Em síntese

No passado, foram organizados hospitais sobretudo para cuidar de doentes infectados ou traumatizados. Mais recentemente, para tornar o acesso a cuidados mais fáceis e também para prevenir doenças, foram organizados os centros de saúde alguns dos quais chegaram a ter unidades de internamento de dimensões reduzidas. No entanto, foram ensaiados outros modelos organizativos que não têm sobrevivido à prova do tempo.

Por força da época e da inércia das instituições, assiste-se hoje a uma (confrangedora) monotonia organizativa: com uma indiferença olímpica aos ventos de mudança que percorrem todo o tipo de organizações, os serviços de saúde persistem em fazer *mais do mesmo* (quando não, *mais do mais fácil*). As consequências da resistência à mudança são patentes: ineficiência e insatisfação. Porém, quanto à insatisfação nomeadamente dos utentes, permita-se que duvidemos, pois qualquer iniciativa inovadora tem sempre que enfrentar também a oposição dos utentes e das oposições políticas.

Em 2000, apesar dos países se terem comprometido com uma política de *saúde para todos*, sob a égide da OMS, verifica-se que nunca as desigualdades em saúde foram tão escandalosas, entre países ou dentro do próprio país, expressão de iniquidades brutais⁽¹¹⁾. De facto, têm sido esquecidos aqueles que mais necessitam, pois desde sempre a doença se desenvolveu com maior facilidade em bolsas de pobreza, não exclusivamente económica. No futuro, para responderem cabalmente às exigências que se adivinham os serviços prestadores de cuidados, médicos e de saúde, precisam adoptar:

- Uma abordagem preventiva global;
- Práticas médicas baseadas na evidência;
- Procedimentos de gestão da qualidade que tenham em consideração tanto os processos como o impacto;
- Políticas de inclusão no controlo das desigualdades que, na prática, se irão reflectir na adopção de táticas de discriminação positiva.

E terão como *organização focal*:

- Equipas (não confundir com colecções de profissionais) multidisciplinares, integradas em hospitais organizados numa perspectiva comunitariocêntrica e algumas também em centros de saúde;
- Geridas por objectivos de saúde contratualizados em função das necessidades reconhecidas e das prioridades da comunidade. Progressivamente, o Estado virá a assumir uma função reguladora (imprescindível) e abandonar a prestação directa de serviços;
- Articuladas, formal e informalmente, com outras equipas e/ou Unidades, públicas e privadas, de molde a assegurarem a continuidade de cuidados (não através do mesmo profissional, mas na mesma equipa) de qualidade (isto é, de acordo com as normas e os padrões adoptados);
- Monitorizadas e avaliadas devida e apropriadamente.

As mudanças que inevitavelmente irão ocorrer nos serviços actuais repercutir-se-ão também no recrutamento, formação e retribuição dos profissionais. Para as antever, basta compreender o que se passa(ou) em outras organizações do sector serviços (exemplos possíveis poderão ser a banca ou as seguradoras) ou o que está a ocorrer por essa União Europeia.

Alguns serviços ou clínicas estão mais perto do futuro. No Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência há equipas que inequivocamente podem ser tomadas como modelos para o futuro.

Naturalmente, irão *sobreviver* melhor aqueles - serviços, unidades, equipas ou profissionais - que com maior eficiência e qualidade forem capazes de fazer o *mesmo* do MAIS. E, para tal, é imprescindível aprofundar todas as modalidades de colaboração, pois COOPERAR já se tornou inevitável. ■

Notas

(*) Chefe de Serviços de Saúde Pública. Professor Associado Convidado da Faculdade de Ciências Médicas da UNL.

(**) Assistente Graduada de Saúde Pública. Assistente Convidada da Faculdade de Ciências Médicas da UNL.

(1) FRIED, Andrew; BLUM, Henrik L.; McDONALD, Mike (1995). "Public Health Informatics: How Information-Age Technology Can Strengthen Public Health". *Annual Review of Public Health*, 16: 239-52.

(2) DUPLESSIS, Pierre (editor). (1989). *Public Health and Industrialized Countries*. Canadá: Les Publications du Québec.

(3) OMS-Euro. (1989). *Intersectorial Action in the Development of Post-Decade Activities*. (Relatório de um Grupo de Trabalho).

(4) OMS-Euro. (1989). *Intersectorial Action: Practical Argumentation and Mechanisms*. (Relatório de um Grupo de Trabalho).

(5) OMS-Euro. (1991). *Economic and Social Support to Intersectorial Collaboration for Health Development*. (Relatório de um estudo piloto).

(6) Vide nota 4.

(7) Vide nota 4.

(8) OMS-Euro. (1991). *Nouvelles Organisations-Passerelles pour la Promotion de la Santé*. (Relatório de um Grupo de Trabalho).

(9) ALTENSTETTER, Christa. (1987). *Intersectorial Action to Aid Maternal and Child Health Understanding the Policy Process*. (Relatório para OMS - Euro).

(10) CASTANHEIRA, José Luís e FÉLIX DA COSTA, Nuno (1996). "Contributo para uma agenda de investigação em toxicodependência". *Toxicodependências 2* (3): 83-4.

(11) OMS (2000). *Address by the Director-General to the 53rd World Health Assembly*.