

The difficulty lays not so much in developing new ideas as in escaping from old ones.
John Maynard Keynes

Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde.

Luis Pisco

Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Outubro 2005 a Abril 2010

Ministério da Saúde

Portugal

Resumo

Em 2005, Portugal iniciou uma reforma da APS. É descrito e analisado esse processo de reforma até Abril de 2010, período em que a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, teve a responsabilidade de conduzir essa profunda reconfiguração da Atenção Primária Portuguesa.

Os principais objectivos a atingir com essa reforma são: melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos profissionais e dos cidadãos. As suas principais características são a adesão voluntária, trabalho em equipa, existência obrigatória de sistema de informação, pagamento sensível ao desempenho, contratualização e avaliação.

A reconfiguração dos centros de saúde obedeceu a um duplo movimento: formação de pequenas unidades funcionais autónomas, as Unidades de Saúde Familiar – USF, prestando serviços com proximidade e qualidade; por outro lado a agregação de recursos e estruturas de gestão, os agrupamentos de Centros de Saúde – ACES visando eficiência e economia de escala. As USF conseguiram simultaneamente mais eficiência, acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos, numa palavra, mais qualidade.

De salientar a importância de um forte apoio político, da criação de uma estrutura responsável pelo desenho e implementação da reforma e de uma boa ligação com a comunicação social.

Palavras chave:

Reforma da atenção primária; unidades de saúde familiar; agrupamentos de centros de saúde; autonomia.

Abstract

Reforming Primary Health Care in Portugal

In 2005, Portugal began a reform of Primary Health Care. It is described and analyzed this reform process until April 2010. During this period the Mission for Primary Health Care, had the responsibility to conduct such a profound reconfiguration.

The main objectives to achieve with this reform are:improving accessibility, efficiency, quality and continuity of care and increase the satisfaction of professionals and citizens. The main features are: voluntary basis, teamwork, mandatory information system, performance-sensitive payment, contracting and evaluation.

The reconfiguration of health centres followed a double movement: the formation of small autonomous functional units, the Family Health Units - USF, providing services with proximity and quality, on the other hand the aggregation of resources and management structures, groups of health centres – ACES, aiming efficiency and economy of scale.

The FHU proved to have simultaneously more efficiency, accessibility, better working climate, greater citizen satisfaction, in a word, more quality. We stress the importance of strong political support, the creation of a structure responsible for the design and implementation of reform and good liaison with the media.

Keywords:

Reform of primary health care; family health units, groups of health centres; autonomy.

1. Introdução

Porter ^{1, 2} refere que a prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade económica. Aumento de custos, aumento dos problemas de qualidade e um aumento crescente de cidadãos sem acesso aos cuidados de saúde necessários é inaceitável e insustentável, e recomenda estratégias de reforma que permitam obter para os cidadãos melhores cuidados de saúde, para os profissionais a recompensa pelas boas práticas e para os financiadores contenção de custos.

A Organização Mundial de Saúde ³ refere que também na Europa, é necessário um maior investimento na atenção primária para permitir que os sistemas de saúde cumpram todo o seu potencial em benefício dos doentes. Outras organizações e autores ^{4, 5, 6} partilham este interesse renovado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e que o investimento tem a ver não só com recursos humanos e infra-estruturas, mas também com formação, educação, investigação e melhoria contínua da qualidade.

Em Outubro de 2005, Portugal iniciou uma ambiciosa reforma da APS sendo objectivo deste artigo descrever e analisar esse processo de reforma no período de Outubro de 2005 a Abril de 2010, período em que a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), teve a responsabilidade de conduzir essa profunda reconfiguração da Atenção Primária Portuguesa.

A metodologia empregue foi um estudo de caso a partir de fontes documentais e observação participante desde a perspectiva de gestor governamental atuante em todas as fases da reforma desde o seu desenho à sua implementação no terreno.

É necessário avaliar o desempenho dos sistemas de saúde – e as suas reformas – tendo em conta os principais objectivos da política de saúde. A reforma foi analisada considerando a institucionalidade, a agenda da reforma e alguns impactos tomando como lógica para a analisar as propostas da OCDE referidas nas lições aprendidas.

2. Contexto de partida

Portugal está situado na Península Ibérica, no sudoeste da Europa. É uma Nação independente desde 1143, uma República desde 1910, uma democracia desde 1974 e integrou a União Europeia em 1986. Tem centros de saúde comunitários desde 1971, um Serviço Nacional de Saúde desde 1979 e iniciou uma reforma da atenção primária em 2005.

Nos últimos anos, a situação económica e social em Portugal tem tido um progresso significativo e a melhoria sistemática dos nossos serviços de saúde tem sido internacionalmente reconhecida.^{7,8}

O sistema de saúde português oferece cobertura universal, uma gama completa de serviços de saúde, sendo financiado principalmente através de impostos, e apoiando-se sobretudo na prestação pública de cuidados.

Actualmente, temos centros de saúde, hospitais, equipamentos e profissionais de elevada qualidade. A nossa população está cada vez mais conscientes dos seus direitos, mais exigente e atenta à protecção da sua saúde.^{9,10} No entanto, nem sempre foi assim. Não devemos esquecer as décadas em que a maioria da população não tinha acesso a cuidados de saúde e o sistema de saúde era muito frágil.

No início dos anos 70, Portugal foi um dos primeiros países europeus a adoptar uma abordagem integrada para a atenção primária criando uma rede de centros de saúde que abrange a generalidade do país. Os centros de saúde são em Portugal um património cultural, técnico e institucional que importa não apenas preservar, mas também modernizar e desenvolver pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população.

São conhecidas as suas limitações e necessidades nomeadamente a crónica carência de recursos humanos, de que os Médicos de Família são apenas a face mais conhecida.^{9,11} Precisamos ainda de enfermeiros de família, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e dentistas entre outros. Precisamos aumentar a nossa capacidade resolutive e dar resposta aos problemas de saúde que diariamente nos colocam.¹²

Todos os residentes em Portugal têm acesso aos cuidados de saúde disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), estando garantido o direito de todos os cidadãos à protecção da saúde, a cuidados gratuitos e universais, independentemente do estatuto económico e social.

A prestação pública está particularmente presente na atenção primária, o primeiro ponto de contacto dentro do sistema público, e nos cuidados hospitalares. Os produtos farmacêuticos, os meios complementares de diagnóstico e as consultas médicas constituem a parte mais significativa da prestação privada de cuidados de saúde.¹³

Os Portugueses têm beneficiado de melhorias substanciais no seu estado de saúde ao longo dos últimos anos. A esperança de vida à nascença (Tabela 1) praticamente duplicou durante o século XX, tanto para as mulheres como para os homens. Esta

tendência tem continuado a evoluir favoravelmente fazendo a esperança de vida convergir para a média da União Europeia.^{16,17} As principais causas de morte, devem-se a neoplasias malignas e a patologia cardiovascular.

Os indicadores de saúde infantil, (Tabela 1) ainda que melhorando desde o início dos anos sessenta, sofreram reduções excepcionais desde a revolução de 1974. A taxa de mortalidade infantil baixou cinco vezes entre 1970 e 1990, e para menos de metade entre 1991 e 2006 situando-se abaixo do valor médio verificado na EU. Deixaram de estar entre os piores nas décadas de 1980 e 1990 para estar entre os melhores a partir de 2003.^{7,13}

No entanto, apesar dessas notáveis melhorias, ainda há importantes desigualdades na saúde – entre homens e mulheres, entre regiões e grupos socioeconómicos, e os principais indicadores de desempenho do sistema de saúde ainda não chegaram ao nível da UE ou à média da OCDE. Além disso, os gastos com a saúde passaram de 8,0% do produto interno bruto em 1996 para 10,2% em 2008¹⁵ valor que ultrapassa a média da UE, levantando a questão da rentabilidade e sustentabilidade financeira do sistema de saúde.¹⁶ O financiamento público, como percentagem do financiamento total, é de cerca de 72%.

O sistema de saúde tem estado em foco no debate político. Apesar de melhorias na saúde das populações, uma preocupação crescente com os níveis de despesa e a consciência cada vez mais clara do desperdício na utilização dos recursos, deram origem a várias decisões políticas.

Em 2008, Portugal subscreveu a Carta de Tallinn da OMS¹⁷ visando melhorar a saúde das pessoas através do reforço dos sistemas de saúde. Comprometeu-se na promoção da transparência e ser responsável pelo desempenho do sistema de saúde para alcançar resultados mensuráveis. Pediu à OMS uma avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde e do desempenho do sistema de saúde tendo sido recentemente disponibilizadas as principais conclusões.¹⁸

3. Descrição do problema

Dados estatísticos divulgados pela Direcção Geral da Saúde¹⁹ relativos a 2006, a nível nacional os cuidados de atenção primária são prestados: (i) em 347 CS, 1823 extensões, 259 serviços de atendimento permanente (SAP), 41 centros de saúde com internamento num total de 573 camas; (ii) por 6.235 especialistas de medicina geral e familiar, por 861 clínicos gerais (não especialistas), por 7.236 enfermeiros e 6.688 administrativos.

Nos centros de saúde estão inscritas 10.110.271 pessoas, das quais 10,6% não têm médico de família; são utilizadores efectivos 7.435.468, que corresponde a uma taxa de utilização de cerca de 70% e foram efectuadas um total de 33.997.624.

Segundo o relatório ²⁰ “Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”, elaborado, a solicitação da MCSP, por um Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde coordenado pelo Prof. Miguel Gouveia, resumido na Tabela 2 os centros de saúde são demasiado grandes para a prestação de cuidados, tendo em conta a prestação de serviços com proximidade e qualidade, e demasiado pequenos para efeitos de economias de escala, obtenção de ganhos de eficiência e melhorias da gestão.

Embora em teoria o sistema de saúde pareça bom, na realidade continua a enfrentar múltiplos problemas ^{13, 21}. O SNS é uma estrutura altamente centralizada e burocrática, não existindo incentivos para o bom desempenho ou para a qualidade. A insatisfação profissional é um desafio e uma ameaça para o desenvolvimento da Atenção Primária. Médicos e enfermeiros são funcionários públicos com salários fixos independentes do desempenho. ²²

O ponto de partida para a actual reforma assenta pois num baixo nível de satisfação de todos os intervenientes, cidadãos, profissionais e decisores políticos, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.

4. Desenvolvimento do Projecto e soluções encontradas

O governo procura organizar o sistema de saúde de molde a melhorar a justiça distributiva, a eficiência, a efectividade e a capacidade de resolver os problemas dos cidadãos. Todos os esforços são feitos para manter os princípios de solidariedade e justiça, para que todos possam beneficiar dos avanços científicos e tecnológicos postos ao serviço da saúde e do bem-estar.

Para concretizar esta visão, prestar melhores cuidados e obter mais saúde, tornou-se necessário mudar o cenário da atenção primária, tornando-a mais acessível, mais eficiente e mais adequada às necessidades, não apenas em resposta às necessidades dos cidadãos, mas também dos profissionais.

O Programa do XVII Governo Constitucional, na área da saúde, dava um particular enfoque à atenção primária, e à sua importância na ligação ao usuário, por ser o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde.

Referia explicitamente que a atenção primária é o pilar central do sistema de saúde, que o Centro de Saúde (CS) constitui a entidade enquadradora das unidades de saúde familiar (USF) e que seriam adoptadas as seguintes medidas de política:

- Reestruturação dos CS através da criação de USF, obedecendo aos princípios seguintes: (a) pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; (b) autonomia organizativa funcional e técnica; (c) contratualização de uma carteira básica de serviços; (d) meios de diagnósticos descentralizados; (e) sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade;
- As USF devem ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo, quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado;
- Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos.

Na sequência do estabelecido no Programa do Governo, o Conselho de Ministros ²³ criou na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF.

Nessa resolução a MCSP é incumbida entre outras tarefas, de:

- apoiar a reconfiguração dos CS em USF, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos CS;
- desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das USF;
- propor, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas USF;
- elaborar os termos de referência da contratualização das ARS com os CS e destes com as USF;

- promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;
- propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de CS e USF;

Por Resolução do Conselho de Ministros, o mandato da MCSP foi prorrogado por dois anos e posteriormente mais um ano. A MCSP terminou, em 14 de Abril de 2010, o seu mandato, após quatro anos e meio de actividade.

Em Janeiro de 2006 a MCSP publica as “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”²⁴ onde divulga as suas propostas de medidas em oito áreas de actuação e clarifica qual seria a evolução da reforma.

Estabeleceu como grandes objectivos para a Reforma da Atenção Primária a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretendeu-se também aumentar a satisfação dos Profissionais criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas. Simultaneamente tem que se melhorar a eficiência e promover a contenção de custos.

A reforma da atenção primária insere-se no quadro mais vasto da reforma da Administração Pública, passa pela reconfiguração dos CS obedecendo a um duplo movimento: a) a constituição de pequenas unidades funcionais autónomas - as USF - prestadoras de cuidados de saúde à população b) a criação de agrupamentos de CS, promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala.

4.1 Unidades de Saúde Familiar

A fase inicial, e com maior visibilidade pública, foi a criação de USF, pequenas equipas multiprofissionais, voluntárias, auto-organizadas e compostas por três a oito médicos de família, igual número de enfermeiro de família e secretários clínicos, abrangendo uma população entre 4.000 e 14.000 pessoas. Estas equipas têm autonomia técnica, funcional e organizativa e muito importante, um sistema de pagamento misto (capitação, salário, objectivos), incentivos financeiros e profissionais que recompensam o mérito (baseado em actividades) e é sensível à produtividade e acessibilidade, mas também, e acima de tudo, á qualidade.^{25, 26}

A reestruturação também está em andamento na reorganização da intervenção comunitária, uma melhoria dos cuidados domiciliários, melhoria dos cuidados paliativos, a utilização de unidades móveis em certas situações e a utilização de redes de apoio às famílias.

4.2 Agrupamentos de Centros de Saúde

A reconfiguração dos CS e a criação de ACES tem o objectivo principal de dotar os actuais CS dum enquadramento organizacional e de estruturas de apoio, que lhes permitam aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade, passando de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços e optimização dos fluxos de informação.

Esses agrupamentos, num máximo de setenta e quatro a nível nacional, devem obedecer, em regra, a um critério populacional que corresponda a um número de pessoas residentes entre 50 a 200 mil e complementado por um conjunto de variáveis como a acessibilidade geográfica, a densidade populacional e a acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares.

Os CS, reorganizados no novo modelo de ACES, caracterizam-se por ²⁷ uma estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais descritas no Quadro 1, com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede, têm autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade, órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional, sistemas de liderança e de governação clínica e técnica bem definidos, mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos.

É celebrado um contrato-programa entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da Administração Regional de Saúde pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

4.3 Governação Clínica

Uma das inovações do novo modelo de organização foi a criação de uma hierarquia técnica, instituída através da formação de um Conselho Clínico, cujo presidente é o Director Clínico, obrigatoriamente um Médico de Família. Integram ainda o Conselho Clínico, um Enfermeiro, um Médico de Saúde Pública e uma outra profissão como por exemplo um nutricionista ou psicólogo. Entre as suas atribuições ²⁷ salientaria a

avaliação da efectividades dos cuidados de saúde prestados, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente aprovando orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes. Apoiam o director executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica, decidem sobre conflitos de natureza técnica, monitorizam o grau de satisfação dos profissionais e organizam as actividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação.

4.4 Formação de Dirigentes

Os ACES têm que se integrar numa lógica de organizações flexíveis com capacidade de adaptação. Deles se espera um novo quadro de gestão descentralizada, criando os mecanismos que lhes permitam fazer de forma cíclica uma correcta avaliação das necessidades, planeamento estratégico, olhar para a prestação de cuidados e adequá-la às necessidades da população, avaliar e monitorizar o desempenho. Para se desenvolver uma mudança organizacional efectiva houve a preocupação de que os Directores Executivos tivessem acesso a formação específica, direccionada para as funções que iriam desempenhar. Tratou-se de uma iniciativa inédita e inovadora na Administração Pública Portuguesa.

O PACES – Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica, Liderança e Sistemas de Informação para dirigentes dos ACES ²⁸ é um projecto de formação inovador, com o objectivo essencial de criar uma cultura e prática de gestão que resultam de aprendizagens e vivências partilhadas. Foi coordenado pelo Instituto Nacional de Administração (INA) que é uma instituição criada para valorizar e qualificar os recursos humanos da Administração Pública.

O PACES, pretendia fornecer as ferramentas fundamentais de gestão, numa dinâmica de formação-acção, favorecendo práticas de inovação e sobretudo criar uma rede de colaboração entre directores executivos aproveitando o facto de terem sido nomeados simultaneamente setenta e quatro altos dirigentes da atenção primária. O programa para directores executivos teve a duração de doze meses e 400 horas de formação. O programa TEAM para os Conselhos Clínicos abrangeu todos os membros dos setenta e quatro ACES. O TEAM foca-se na criação de uma cultura de equipa nos vários conselhos clínicos e o objectivo é criar uma rede de aprendizagem e partilha, um espaço

de reflexão, para encontrar soluções, trocar experiências e ideias, e sobretudo potenciar uma nova cultura de governação clínica.

É uma iniciativa inovadora e que muito contribuirá para a implementação com sucesso dos ACES e das suas unidades funcionais e que tem continuação com programas de formação para as USP que já se iniciaram e para as UAG a iniciar brevemente.

Em resumo, o actual processo de mudança passou pela:

- Constituição das USF;
- Criação dos ACES;
- Introdução de novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica;
- Reorganização dos serviços de suporte.

Para levar por diante este desafio, a MCSP elaborou um plano estratégico²⁹ constituído por dez linhas estratégicas, agrupadas em três eixos, contemplando um vasto conjunto de objectivos que correspondem aos resultados que se pretendia ver alcançados no final desta primeira fase da reforma.

5. Resultados obtidos

5.1 Legislação

Foi publicado, em Agosto de 2007, o decreto-lei que estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento aplicável a todos os modelos de USF assim como o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.²⁵

Em Fevereiro de 2008 foi publicado o decreto-lei²⁷ que estabeleceu o regime jurídico da organização e funcionamento dos ACES bem como toda a legislação relativa às suas unidades funcionais. O quadro legislativo da Reforma está completo.

5.2 Unidades Funcionais

As USF estão todas informatizadas, têm um conjunto de indicadores de desempenho para a sua avaliação,³⁰ contratualizam objectivos^{31, 32} e para efeito de pagamento dos incentivos institucionais são avaliados e monitorizados indicadores em sete áreas: disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação.

Os indicadores associados ao pagamento de incentivos financeiros aos médicos para além dos cuidados domiciliários, integram a vigilância de planeamento familiar, vigilância da gravidez, seguimento da criança no 1º e 2º ano de vida, vigilância da diabetes e vigilância da hipertensão.

No final de Abril de 2010, quarenta e quatro meses após a abertura das primeiras dez USF em Setembro de 2006, estavam em funcionamento 242 unidades (Gráfico 1), numa média de 5,5 aberturas por mês, das quais 102 em Modelo B (com pagamento ligado ao desempenho) abrangendo (Gráfico 2) 4.836 profissionais, dando cobertura a 3.043.044 cidadãos (Gráfico 3). A média das listas anteriores era de cerca de 1550 pessoas e actualmente a média é de 1770 por médico. Com este aumento das listas foi possível dar médico de família a 368.021 pessoas o que representa um acréscimo de cobertura de 13,7%. A média de inscritos por USF é de 12.600 pessoas, para um total de 20 profissionais dos quais sete médicos. Cento e dez candidaturas estão activas aguardando a sua entrada em funcionamento.

Os ACES foram todos criados e as suas unidades funcionais vão sendo sucessivamente colocadas no terreno. Os seus dirigentes foram todos nomeados e participaram em acções de formação especificamente desenhadas para eles.

5.3 Ganhos de eficiência

Está a ser ultimado um estudo, resultante de uma tese de doutoramento sobre a eficiência das diferentes unidades existentes actualmente na atenção primária.

Pode no entanto, desde já, verificar-se um aumento dos níveis de eficiência nos relatórios dos departamentos de contratualização. Por exemplo, em media, cada USF do norte do país gastou cerca de 170 € em medicamentos e 65 € em ECD (contra 204 € em medicamentos e 95 € com ECD nos centros de saúde de origem) por utilizador/ano, resultando na poupança de muitos milhares de euros - menos 21,9% nos medicamentos e 27,0% nos MCDT.³² De salientar que as taxas de cobertura são sistematicamente maiores que nos CS da mesma região.

5.4 Satisfação de Usuários e Profissionais

A MCSP encomendou um estudo a uma entidade independente (Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) sobre a monitorização da satisfação dos profissionais e dos usuários de todas as 146 USF constituídas até Novembro de 2008. O estudo foi publicado em livro³³ e está disponível nas páginas Web da MCSP e do CEISUC³⁴.

Na sequência de um censo de um dia, foram entregues 16.768 questionários com uma taxa global de respostas de 75,8%. Constatou-se a existência de satisfação com os cuidados prestados pelos profissionais destas USF, realçando-se as componentes relacionais e humanas. Detectou-se, por outro lado, uma menos alta satisfação em relação à organização dos serviços, nomeadamente em relação aos tempos de espera que os utilizadores continuam a sentir ser exagerados.

Verificou-se, em geral, a existência de um grande apreço pela competência, pelo carinho e pela cortesia dos prestadores de cuidados, pelo respeito com que os utilizadores sentem ser tratados e pelas condições das instalações. Os serviços ao domicílio atingem, ainda, no entanto, valores menos bons neste contexto.

A análise qualitativa permitiu também aprofundar e complexificar a informação obtida através dos dados quantitativos, dando voz às palavras dos inquiridos. Os textos dos comentários e opiniões revelaram uma preponderância das surpresas agradáveis sobre as desagradáveis no contacto com as USF, assim como uma valorização dos aspectos relacionais dos cuidados e das qualidades e desempenho dos profissionais, confirmando a análise da informação quantitativa relativa à satisfação.

Rapidamente, as USF se tornaram em unidades de saúde com uma certa autonomia, responsáveis pela saúde, bem-estar e qualidade de vida da população servida. Os resultados obtidos pelo presente estudo devem ser encarados com ânimo e esperança na sustentabilidade deste processo de reforma.

O estudo sobre a monitorização da satisfação dos profissionais das USF ³⁵ pretende monitorizar a avaliação que os profissionais das USF fazem do local de trabalho e dos cuidados aí prestados. Foi feita uma sondagem pela Internet a todos os profissionais das USF constituídas até Novembro de 2008. Dos 2.821 profissionais então existentes nas USF em estudo 2.398 acederam à página concebida pelo CEISUC e responderam ao questionário, o que corresponde a uma taxa de respostas de 85,0% muito superior ao que é habitual neste tipo de estudos. Como exemplo, podemos salientar que 72,2% estão satisfeitos com a qualidade da USF como local de trabalho, 73,6% com a política de recursos humanos, 80,2% com o estado de espírito, 80,3% com o superior hierárquico, 48,6% com o vencimento e 61,4% com o local de trabalho e equipamento.

Em resumo, as USF conseguiram simultaneamente mais eficiência, mais acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos, numa palavra, mais qualidade. Constituem um bom exemplo do sucesso da filosofia de gestão que recomenda não

dizer às pessoas como fazer as coisas. Atribuir uma missão para cumprir e dar liberdade para o fazer. Esta solução organizativa despertou algum interesse a nível nacional e internacional.^{36, 37, 38}

6. Lições aprendidas

Por vezes, assegura-se que o conteúdo de uma reforma é menos importante na sua aprovação pública e legislativa que o timing da sua apresentação, a forma como é apresentada e discutida com as partes interessadas, e uma infinidade de outros factores. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) está a desenvolver um projecto de carácter transversal sobre estas questões, chamado “Fazer a reforma acontecer”.³⁹

Estão a ser estudados os factores por trás da implementação de reformas bem sucedidas, com base em evidências provenientes de países que viram nos últimos anos os seus sistemas de saúde analisados pela OCDE e sobre uma exaustiva revisão da literatura. O projecto considera quatro questões em particular, utilizadas em todas as diferentes áreas estudadas:

- A existência de instituições adequadas para apoiar as reformas da decisão à implementação.
- O impacto e as reacções dos afectados pelas reformas.
- A agenda da reforma, calendário e as interacções entre as diferentes áreas.
- O papel das evidências e das organizações internacionais no apoio às reformas.

Conclui-se que algumas fases da reforma têm que estar concluídas antes de se poder dizer que uma reforma foi bem sucedido, uma falha numa delas geralmente leva ao fracasso da reforma. Questões específicas do sector da saúde incluem entre outras o papel dos grupos profissionais que prestam serviços de saúde, da informação, das evidências disponíveis, das comparações internacionais no desempenho dos sistemas de saúde, de um diagnóstico claro e um design atraente para a reforma, o aproveitamento das "janelas de oportunidade" políticas, a utilização de incentivos, para alinhar os interesses das partes interessadas com as intenções da reforma e assegurar recursos suficientes para "lubrificar as engrenagens da mudança”.

É necessário avaliar o desempenho dos sistemas de saúde – e as suas reformas – tendo em conta os principais objectivos da politica de saúde. O trabalho da OCDE tem-se focado preferencialmente no acesso, capacidade de resposta, sustentabilidade, qualidade, equidade e eficiência.

Salientamos como importante para o sucesso da reforma o facto da criação das USF ser um processo voluntário da base para o topo, com total envolvimento dos profissionais de saúde. Estes fizeram a escolha da equipa, definiram um plano de acção, têm autonomia organizacional e de gestão, em função de objectivos, e co-responsabilização. Também importante foi a existência de um forte apoio político e da existência de uma boa interacção com a comunicação social.

Finalmente, a importância da reforma se centrar na melhoria da acessibilidade dos utilizadores aos serviços e na melhoria da qualidade do atendimento.

O desaparecimento da MCSP, concluída que foi a fase de planeamento, arranque e implementação das vertentes e componentes essenciais abriu caminho a uma segunda etapa de desenvolvimento com a institucionalização e internalização dos dispositivos de prossecução da reforma trazendo alguma apreensão sobre a sua sustentabilidade.

A abertura de novas USF e o ultrapassar de mais de 50% de cobertura por este novo modelo organizativo está de algum modo assegurada pelas mais de uma centena de candidaturas em carteira. Mas a sustentabilidade da reforma está muito ligada ao sucesso no combate à crescente e ameaçadora falta de recursos humanos, principalmente médicos de família, ultrapassar as conhecidas insuficiências do sistema de informação, conseguir colocar as unidades funcionais dos ACES a trabalhar em rede, criar mecanismos mais efectivos de acompanhamento e avaliação. Mas acima de tudo, o maior risco para a sustentabilidade de qualquer reforma tem a ver com as alterações nas prioridades políticas e um eventual desinvestimento político.

Segundo Pedro Ferreira ³³ a reforma dos CSP em curso, consubstanciada inicialmente pela aplicação de novas medidas de gestão e pela criação das USF, foi possível graças a um feliz encontro de três determinantes fundamentais: a vontade dos profissionais e a sua aposta na mudança, a liderança profissional conduzida por um grupo de missão e, por fim, o constante apoio político por parte do Ministério da Saúde. A ausência de qualquer um destes pilares de desenvolvimento teria inviabilizado todo o processo.

7. Referências bibliográficas

1. Porter M, Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Cambridge, MA, Harvard Business School Press, 2006.
2. Porter M, Teisberg E. How physicians can change the future of health care. JAMA, March 14, 2007 – vol 297, No. 10
3. Atun, R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Health Evidence Network Report (HEN), Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, January 2004.
4. Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca. Geneve, OMS, 2008. Disponível em: URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
5. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education, 2006. Disponível em: URL: http://whqlibdoc.who.int/euro/2006/0335213650_eng.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
6. Barbara Starfield. Refocusing the System. N Engl J Med. Volume 359:2087-2091, Number 20. November 13, 2008.
7. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health care systems in transition: Portugal. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004. Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf> [Acedido em 10 Julho 2010].
8. Health at a glance 2009. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2007. Disponível em: URL: <http://www.oecd.org/health/healthataglance> , [Acedido em 10 Julho 2010].
9. Pisco Luís. Êxitos e Insucessos da Medicina Geral e Familiar Portuguesa ou o que conseguimos em 20 anos e o que falta conseguir. Da Memória. Lisboa: MVA Invent, 2003. p. 15-23.
10. Santos O, Biscaia A, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R; Charondièrre P. Os centros de saúde em Portugal – a satisfação dos utentes e dos profissionais. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários: 2007.
11. Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal -Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005) . 2º ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.
12. Pisco, Luís. Cuidados de Saúde Primários: O Futuro. O Futuro da Saúde em Portugal. Lisboa: Companhia de Ideias, 2007. p. 133-142.
13. Barros P, de Almeida Simões J. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(5): 1–140. Disponível em: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
14. The European Health Report 2009. *Health and health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009. Disponível em: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].

15. OECD Health Database [online database]. Paris, OECD, 2009. Disponível em: URL: <http://www.oecd.org/health/healthdata> , [Acedido em 10 Julho 2010].
16. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009. Disponível em: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
17. The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008. Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/document/e91438.pdf>, [Acedido em 10 Julho 2010].
18. WHO Regional Office for Europe (2010). WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010). Copenhagen, 2010. Disponível em: URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
19. Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e produção do SNS 2006. DGS. Lisboa. Jan 2007. 127pg. ISSN 1645-8893.
20. Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa 2006.
21. Cabral, V.; Silva, P. O Estado da Saúde em Portugal, Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa em relação ao sistema de saúde. evolução entre 2001 e 2008 e comparações regionais. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 2009.
22. Pisco, Luís. Remuneração dos Médicos de Família. Financiamento, Inovação e Sustentabilidade. Lisboa: Companhia de Ideias, 2008. p. 218-230.
23. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 22 de Setembro de 2005. Disponível em: URL: http://mcsplvengine.com/Imgs/content/page_12/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
24. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Janeiro 2006. Disponível em: URL: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Linhas_Cuidados_Saude_Primarios.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
25. Regime Jurídico das USF. Diário da República, 1.ª série – N.º 161 – DL n.º 298/2007, de 22 de Agosto de 2007. Disponível em: URL: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/95C24BF5-4850-4C49-AA0B-A1BDB23B52BB/0/DL298_2007de22Ago_RegJuridicodasUSF.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
26. Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, 12 de Abril de 2006. Disponível em: URL: http://mcsplvengine.com/Imgs/content/page_46/Indicadores_desempenho_USF_MCSP20060412.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
27. Regime Jurídico dos ACES. Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. Disponível em: URL: http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/02/agrupamento_centros_saude.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].

28. Programa Avançado de Gestão para Directores Executivos dos ACES. Livro de Curso. Coordenação: Luís Lapão. INA Editora. Oeiras 2010.
29. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2007-2009. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Abril 2007. Disponível em: URL: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Estrategia_Cuidados_Saude_Primarios.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
30. Matriz de indicadores, a contratualizar com as USF para o ano de 2006 e 2007. Agências de contratualização dos serviços de saúde. 11 de Maio de 2006 Disponível em: URL: http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Contratualizacao%20-%202007.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
31. Contratualização com as unidades de saúde familiar para 2007. Agências de contratualização dos serviços de saúde. 28 de Dezembro de 2006. Disponível em: URL: http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Contratualizacao%20-%202007.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
32. Unidades de Saúde Familiar – Contratualização 2008. Relatório Final. ARS Norte, IP – Departamento Contratualização. Porto, Julho de 2009. Disponível em: URL: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Cuidados%200Saude%20Primarios/Relatorios/2008/Relatorio_Contratualiza%C3%A7%C3%A3o_2008.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
33. Ferreira PL, Antunes P, Portugal S. *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.
34. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) Maio de 2009. Disponível em: URL: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Util/USF_Rel_Util [Acedido em 10 Julho 2010].
35. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização da satisfação dos profissionais das USF. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) Maio de 2009. Disponível em: URL: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Prof/USF_Prof_Rel.pdf [Acedido em 10 Julho 2010].
36. Pisco, Luis. Main lines of action for reforming primary health care in Portugal. *Primary Health Care*, (Quarterly edited by the Greek Association of General Practitioners). Volume 18, Number 2, 63-66, April - June 2006.
37. Pisco, Luís. A reforma dos cuidados de saúde primários. *Ordem dos Economistas. Cadernos de Economia*, ano XX nº 80 – Jul/Set 2007. 60-6.
38. Pisco, Luís. (2008) "Integrated care in Portugal," *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*: Vol. 1: Iss. 1, Article 6. Disponível em: URL: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss1/6> [Acedido em 10 Julho 2010].
39. Jeremy Hurst. Effective ways to realize policy reforms in health systems. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2010. (OECD Health Working papers No. 51.) Disponível em: URL: <http://www.oecd.org/officialdocuments/displaydocumentpdf> [Acedido em 10 Julho 2010].

Quadro 1. – Agrupamentos de Centros de Saúde. Estrutura orgânica e unidades funcionais

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde - Nova matriz organizacional e funcional assente em unidades funcionais com autonomia gestonária, constituídas por equipas multiprofissionais , funcionamento em rede e compromissos assistenciais contratualizados.	
USF	Unidade de Saúde Familiar - Cuidados de saúde à pessoa e à família. Unidade que promove a formação de equipas multidisciplinares para o desempenho de cuidados personalizados. As USF distinguem-se das UCSP pelo nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos. Está regulamentada em legislação própria.
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Cuidados de saúde à pessoa e à família. Tem dimensão idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo constituída por equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. Depende hierarquicamente do Director Executivo e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica.
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade - Cuidados organizados e orientados para grupos e ambientes específicos. Tem actuação multidisciplinar, que engloba a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, de base geográfica e domiciliária, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde.
USP	Unidade de Saúde Pública - Saúde populacional, ambiental e pública. Coordenam intervenções orientadas para garantir o bem público comum no domínio da saúde. Funcionam como observatórios de saúde local, unidade de administração de saúde populacional, de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário. Responsável pela realização de estudos populacionais, vigilância epidemiológica e exercício da função de autoridade de saúde.
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados - Apoio técnico-assistencial a todas as unidades. É uma unidade que organiza e coordena múltiplos meios, recursos e competências assistenciais específicas de cada ACES (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afectos totalmente a outras unidades funcionais) cuja missão é a de apoiar as demais unidades funcionais.
UAG - Unidade de Apoio à Gestão - Apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão. Viabilização do funcionamento adequado de toda a organização. A UAG é uma unidade de “back-office” que viabiliza que, em cada momento, existam condições materiais e objectivas para que todos possam cumprir a sua missão.	

Tabela 1. Evolução de Indicadores relevantes.

	1920	1980	2000	2007
esperança de vida à nascença, em anos, mulheres	40,0	74,6	80,3	82,0
esperança de vida à nascença, em anos, homens	35,8	67,5	73,2	75,5
	1980	1990	2000	2008
taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos	24,3	11,0	5,54	3,3

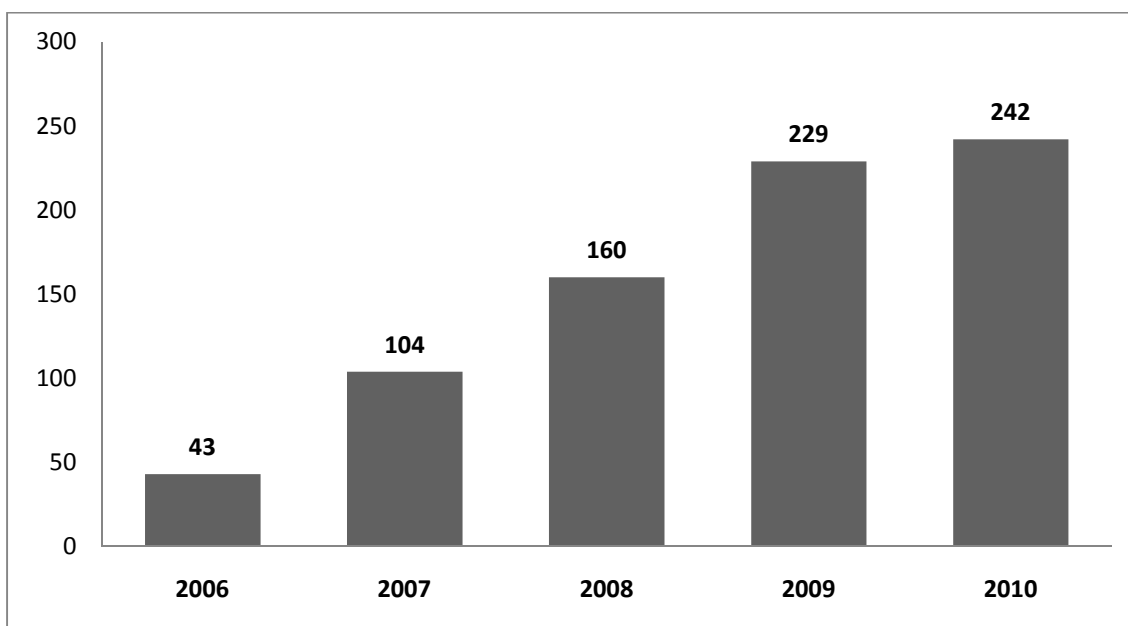
Fonte: Barros P, de Almeida Simões J. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(5): 1–140. Health at a glance. Europe 2010.

Tabela 2. Análise da produção e custos dos Centros de Saúde em Portugal em 2005.

<p>Dimensão e produção anual de um Centro de Saúde médio</p> <ul style="list-style-type: none"> • total pacientes registados: 30.834 • <i>sem médico de família: 10,8%</i> • usuários utilizadores num ano: 19.792 • médicos: 20,9 • enfermeiros: 20,6 • consultas num ano: 97.315 • Custos totais anuais: €6.674.690 	<p>Custo médio anual por cada paciente registado: €216,5</p> <ul style="list-style-type: none"> • vencimentos dos médicos: €34,8, • vencimentos de enfermeiros: €14,0 • custos administrativos e direcção: €18,6 • custo anual médio com exames complementares de diagnóstico: €40,9 • custo anual médio medicamentos: €84,3 • outros custos: €24
<p>Custo médio anual por cada usuário utilizador efectivo: € 337,3</p> <ul style="list-style-type: none"> • vencimentos médicos: €54,2 • custo anual médio com exames complementares de diagnóstico: €63,7 • custo anual médio medicamentos: €131,4 	<p>Custo por cada consulta médica: € 68,6</p> <ul style="list-style-type: none"> • vencimento do médico: €11,0 • custo com exames complementares de diagnóstico: €13,0 • custo com medicamentos: €26,7

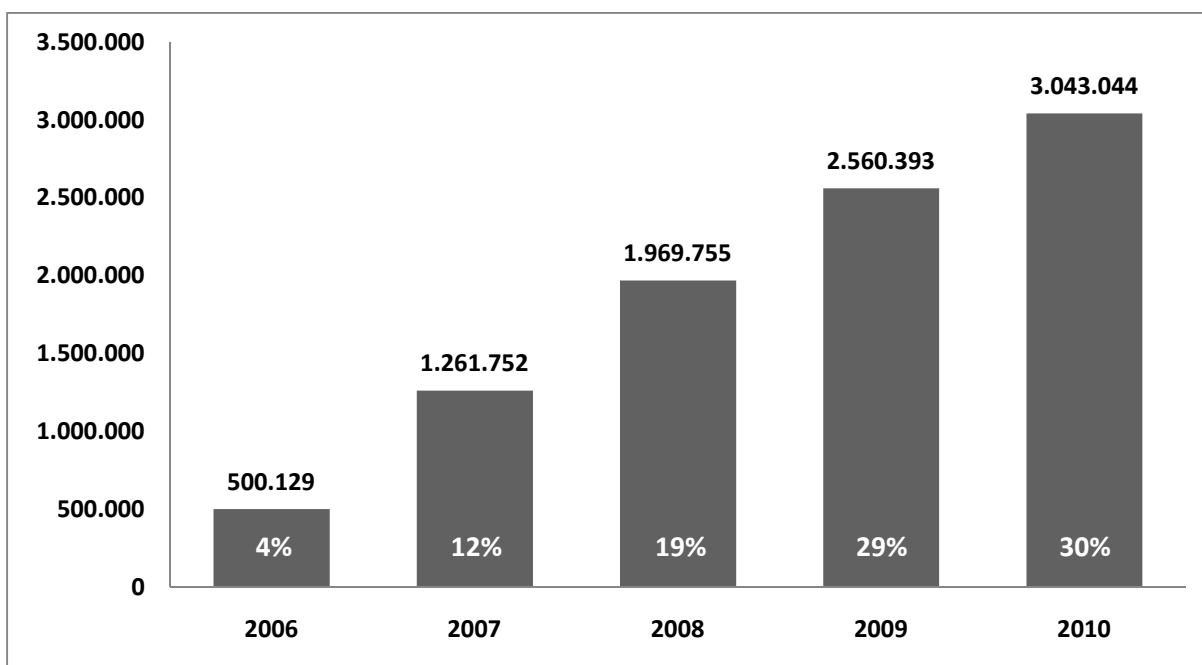
Fonte: Prof. Miguel Gouveia Grupo de Trabalho da APES

Gráfico 1. Número de USF em actividade por ano em Portugal entre Setembro de 2006 e Abril de 2010.



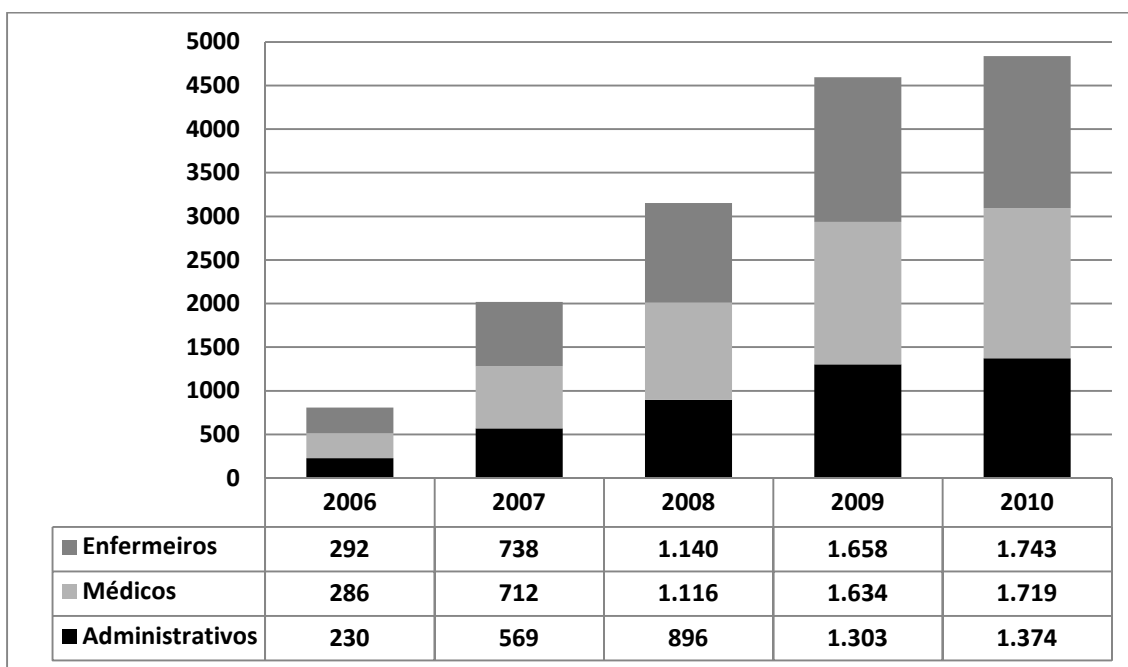
Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Gráfico 2. População inscrita em USF em Portugal, por ano, em valor absoluto e percentagem da população total entre Setembro de 2006 e Abril de 2010.



Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Gráfico 3. Profissionais de saúde a trabalhar em USF em Portugal, por ano e por profissão, entre Setembro de 2006 e Abril de 2010.



Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários