



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

NUNO ANDRÉ GRAÇA E MAGALHÃES

***UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: O SEU PAPEL NA
REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE ECONOMIA E GESTÃO DA SAÚDE

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR VITOR JOSÉ LOPES RODRIGUES**

03/2013



UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

O seu papel na reforma dos Cuidados de Saúde
Primários



Nuno André Graça e Magalhães

nagm89@gmail.com

MARÇO DE 2013

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

“Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination.”

(Artigo VI da Declaração de Alma-Ata, Setembro de 1978)

Conteúdos

Lista de Abreviaturas.....	v
Lista de Gráficos e Tabelas	vi
Resumo & Palavras-Chave.....	vii
Abstract & Keywords	viii
Introdução	1
Materiais e Métodos	2
Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal	3
A evolução dos Cuidados de Saúde Primários desde a sua criação.....	3
O papel dos Cuidados de Saúde Primários no sistema de saúde português	6
As Unidades de Saúde Familiar	12
Contexto do aparecimento das Unidades de Saúde Familiar	12
Da ideia à implementação	16
Modelo Final	20
Pontos fortes e fraquezas	33
Conclusão	35
Agradecimentos	37
Referências Bibliográficas	38

Lista de Abreviaturas

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde;

ADSE – Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas;

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (=APMCG);

CSP – Cuidados de Saúde Primários;

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários;

MGF – Medicina Geral e Familiar;

OMS – Organização Mundial de Saúde (=WHO);

PNS – Plano Nacional de Saúde;

PIB – Produto Interno Bruto;

RRE – Regime Remuneratório Experimental;

SAMS – Serviço de Assistência Médico-Social – dos trabalhadores da banca;

SAP – Serviço de Assistência Permanente;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

SSV – Seguro de Saúde Voluntário;

UC – Unidades Contratualizada

UP – Unidade Ponderada

USF – Unidade de Saúde Familiar.

Lista de Gráficos e Tabelas

Resumo

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a pedra basilar de um Sistema de Saúde forte e bem organizado.

Em Portugal, os CSP passam agora por um período de transição com uma reforma do seu modelo organizacional há muito precisa, após quase duas décadas de desinvestimento pelas entidades governamentais.

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são apenas uma parte dessa reforma, mas certamente a que tem mais impacto, quer mediático quer junto dos utentes. Estas permitem uma reestruturação da assistência primária aos cidadãos garantindo mais acessibilidade, eficiência e qualidade, através do trabalho em equipa dos profissionais de saúde, incentivados ao bom desempenho por um regime retributivo especial que contempla a produtividade.

Este trabalho, através da revisão da legislação e de vários estudos e artigos publicados, entende analisar todo contexto que precede a criação das USF, o processo da sua implementação, o seu método de funcionamento e o conjunto de normas que as regem, por forma a elaborar uma análise crítica acerca das suas vantagens e desvantagens.

As USF conseguiram simultaneamente mais eficiência, mais acessibilidades, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos e, no geral, mais qualidade. A reforma foi um sucesso claro no que toca à adesão dos profissionais. Contudo ainda existem algumas fraquezas a melhorar e a continuidade do sucesso das USF está intimamente dependente da continuidade do interesse, tanto das entidades governamentais como dos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Unidades de Saúde Familiar; USF; Cuidados de Saúde Primários; CSP; Sistema de Saúde Português; Reformas da Saúde em Portugal.

Abstract

Primary Health Care are the keystone of a strong well organized Health System

In Portugal, PHC travels through a period of change with a needed reform of its organizational model, after almost two decades of continuous uninvestment by the governmental organizations.

The Family Health Units (FHU) are just a part of this reform, but undoubtedly the one which has more impact, either by the media or by the people. They allow the recentralization of the primary assistance in the user by increasing the accessibility, efficiency and quality, through encouraging teamwork in the health professionals, motivated by productivity enhanced retributive regime.

This essay, through the revision of the legislation and various published articles and studies, pretends to analyze all the context preceding the creation of the FHU, its implementation process, its *modus operandi* and guidelines, to be able to question its advantages and disadvantages.

The FHU were able to increase simultaneously the efficiency, the accessibility, as well as improve the working environment and the satisfaction of the citizens. Generally, they brought more quality to the PHC. The reform was a well-established success concerning the accession of the health professionals. However there are still some weaknesses to improve and the continuity of the success of this new organizational model is directly related to the continuity of the interest manifested by either the governmental organizations or by the health professionals.

Keywords: Family Health Units; FHU; Primary Health Care; PHC; Portuguese Health System; Health Care Reforms in Portugal.

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) tomam, no sistema de saúde português, um papel fulcral, agindo, idealmente, como primeiro ponto de entrada do utente no sistema, bem como na prevenção e na promoção de boas práticas de saúde. Desta forma, uma estrutura de CSP bem gerida e bem organizada que cubra toda a população permite que o sistema de saúde cumpra todo o seu potencial.

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são um modelo inovador de assistência primária de saúde. Idealizado por membros da classe médica, as USF são dotadas de autonomia organizativa e funcional e têm como objetivo suprir as necessidades de saúde primárias de uma população fixa de utentes. Organizadas numa lógica de equipas multiprofissionais, visam a personalização dos cuidados prestados atendendo aos contextos socioeconómicos do utente, dos agregados familiares e da população.

Este modelo está alicerçado num conjunto de estímulos aos profissionais de saúde que o integram, através de um sistema retributivo variável, em função de objetivos previamente contratualizados. Desta forma procura-se um maior estímulo à envolvimento com o utente e com a comunidade, ponto fulcral na otimização dos cuidados de saúde primários.

Debruçando-me sobre esta nova realidade, parte de uma imperativa reforma no sistema de saúde, o objetivo deste trabalho é analisar esta nova reforma dos Cuidados de Saúde Primários e o contexto do aparecimento das Unidades de Saúde Familiar, caracterizar o seu método de funcionamento e o conjunto de normas que as regem, por forma a elaborar uma análise crítica acerca das suas vantagens e desvantagens assim como de todo processo da sua implementação.

Materiais e Métodos

A pesquisa inicial de artigos foi realizada através da *Medline* com interface *PubMed* utilizando a seguinte equação de pesquisa:

(“*Primary Health Care*” [MESH] + Portugal) AND (“*Health Systems*” [MESH] + Portugal)

A pesquisa foi realizada com os *limits language*, inglês e português.

Efetuei ainda uma pesquisa, com os mesmo *limits*, em texto livre, com a equação:

(“*Family Health Units*”)

A referida pesquisa resultou num total de 57 resultados, sendo excluídos os artigos que não se enquadravam no contexto deste trabalho ou que estavam desatualizados de acordo com artigos mais recentes.

Procurei ainda aprofundar o conhecimento recorrendo a livros de autores de mérito reconhecido na área ou com algum grau de envolvimento no processo estudado neste trabalho.

Utilizei, também, o *site* da Missão dos Cuidados de Saúde Primários (<http://www.mcsp.min-saude.pt>) para consultar toda a legislação necessária bem como os Planos Nacionais de Saúde.

Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal

A evolução dos Cuidados de Saúde Primários desde a sua criação

Desde muito cedo que o Estado português reconheceu as suas responsabilidades na saúde dos seus cidadãos. Começou com uma primeira reforma, no final do século XIX início do século XX, maioritariamente com medidas de saúde pública, sendo mesmo reconhecida hoje como o embrião do sanitarismo moderno. Em 1945, através do Decreto-lei nº35 108, cria duas direções-gerais, a da Saúde e a da Assistência, esta última com responsabilidade administrativa sobre os hospitais e os antigos sanatórios. Cria, ainda com esta norma, uma delegação de saúde em cada distrito e uma subdelegação em cada concelho, os Hospitais Civis de Lisboa, os Hospitais da Universidade de Coimbra entre outros organismos, todos eles com autonomia técnica e administrativa, assim como regulamenta as diversas instituições de assistência particular, nomeadamente as Misericórdias, que passam a estar na dependência do, então denominado, Ministério do Interior. Com esta segunda reforma o Estado tomou um papel mais ativo na prestação dos cuidados de saúde, encarando uma política de saúde com três principais frentes: a “assistência preventiva”, a “assistência paliativa e curativa” e a “assistência construtiva”. [2]

Portugal acabaria por ser um dos primeiros países europeus a ter uma rede de cuidados de saúde primários a servir a sua população quando, no início da década de 70, é criada a primeira geração de Centros de Saúde. Estes teriam, nesta altura, uma linha de ação principalmente preventiva. Contudo, a análise da evolução dos principais indicadores de saúde-materno infantil e incidência das doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação permite

concluir que esta primeira geração foi, para a época e contexto, um sucesso notável.[2-4] Um sucesso tão uniformemente apreciado, que mesmo após a queda do Estado Novo, o novo regime político, com ideologias tão diferentes, continuou a trabalhar na consolidação desta plataforma de assistência primária. A grande diferença em políticas da saúde pós-Revolução do 25 de Abril seria mesmo a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, que, pela primeira vez, abrangia todos os cidadãos, passando a Saúde a ser um direito do cidadão português.[2, 5, 6] Os CSP viam também, em 1983, a sua linha de ação reforçada com uma rede de Centros de Saúde de 2ª geração que passaria a cobrir todo o país e a prestar cuidados preventivos, de promoção da saúde e curativos. Esta reforma teria lugar um ano depois de ter sido criada a especialidade de Medicina Geral e Familiar, numa altura em que esta nova área de especialização ainda estava a ser desenvolvida pelos recém-especialistas.[5, 7]

Em 1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), fundada em 1985, viria a publicar o documento *Um futuro para a medicina de família em Portugal* onde, pela primeira vez, seria proposta a alteração à assistência primária de saúde que iria ser a base da nova reforma aqui analisada neste trabalho de revisão.[4, 7-9]

Os CSP sofreram ainda outras duas pequenas reformas que não tiveram grande impacto prático no seu funcionamento. Uma em 1999 que dava alguma autonomia aos Centros de Saúde de maiores dimensões, quase numa tentativa de ir ao encontro do publicado no documento supracitado, mas sem grandes efeitos práticos. Outra em 2003, que possibilitava que os Centros de Saúde não fossem dirigidos necessariamente por um médico, permitindo que a gestão ficasse ao encargo de, por exemplo, uma entidade privada mediante um contrato de gestão. Esta reforma dividia também os Centros de Saúde em quatro unidades: cuidados médicos; apoio à comunidade e de enfermagem; saúde pública; e gestão administrativa.[2]

A quinta reforma, que podemos denominar como “A Reivindicação dos Cuidados de Saúde Primários”[5], teve início em 2006 após uma experiência de reorganização dos CSP bem-sucedida, o Regime Remuneratório Experimental. Este modelo experimental, iniciado em 1998 em cerca de 20 unidades de saúde e 120 médicos de família[9], veria o seu grande impulsionador nos próprios médicos de família e tinha como base muitos dos conceitos idealizados em 1991 pela APMCG.

O papel dos Cuidados de Saúde Primários no sistema de saúde português

O sistema de saúde português, desde a publicação da Lei de Bases da Saúde, tem como seu pilar fundamental os cuidados de saúde primários.

“1 - O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.”

(Base XIII – Níveis de cuidados de saúde

Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto)

Numa breve análise do sistema de saúde português, podemos defini-lo como uma mistura de três sistemas sobrepostos: o SNS; os subsistemas de saúde, públicos ou privados, dependentes da ocupação profissional, como a ADSE, da função pública, ou o SAMS, dos trabalhadores da banca; e ainda seguros de saúde privados, que qualquer cidadão pode contratualizar com as diferentes companhias de seguros, conhecido como Seguro de Saúde Voluntário (SSV). Ou seja, como muitos outros sistemas de saúde europeus, o nosso sistema de saúde obtém o seu financiamento através de uma mistura de fundos públicos e privados.[1]

Os subsistemas de saúde podem ser considerados um reminiscente do período pré-SNS, em que o estado não assumia a responsabilidade de financiar os gastos de saúde dos portugueses, ficando esse encargo entregue principalmente às entidades patronais e aos utentes.[1, 2] Só após a criação do SNS é que a saúde passou a ser um direito de todo o cidadão português, independentemente do seu estatuto económico ou social.[6]

Segundo dados de 2007, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), atualmente 16% da população está coberta por um dos vários subsistemas, destes quase 10% são subsidiários da ADSE e apenas cerca de 6% fazem parte de um subsistema privado, cerca

de 10% tem SSV e menos de 2% tem cobertura cumulativa destes dois tipos de sistemas. O SNS é mesmo o principal interveniente do nosso sistema de saúde, constituindo suporte exclusivo para cerca de 75% da população que não tem a possibilidade de optar entre um dos outros dois (Figura 1).[1] Portanto, apenas cerca de 16% dos portugueses podem optar por uma comparticipação de fundos privados dos seus gastos em saúde.

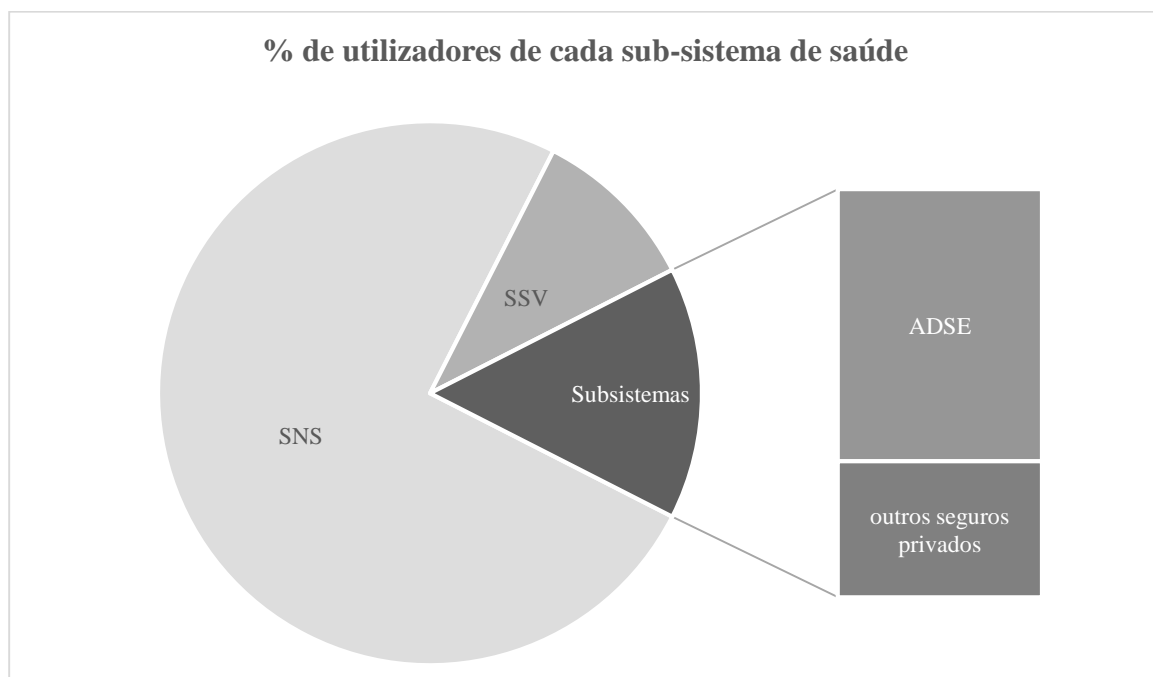


Figura 1 - % de utilizadores de cada subsistema [1]

De facto, segundo dados de 2008, do Instituto Nacional de Estatística, os prestadores de cuidados privados tem uma contribuição muito baixa na despesa da saúde em Portugal, apenas 2,2% para os subsistemas privados e 2,9% para os outros seguros privados.

A principal fonte de financiamento da saúde é o setor público (Tabela 1), representando 65,6% do total, dos quais 51,1% são referentes ao SNS. Este financiamento é alimentado sobretudo através dos impostos gerais e incluído no Orçamento de Estado. Ainda assim, a segunda maior porção do financiamento é feita pelos próprios utentes (28,7%), quer seja através

de copagamentos, quer através de pagamentos diretos aos provedores de cuidados (pagamentos out-of-pocket).[1, 2]

Fontes de Financiamento	Milhares de €	Percentagem
Administrações Públicas	10.728.398	65.6%
• SNS	8.351.802	51.1%
• Subsistemas de saúde públicos	1.167.410	7.1%
• Outras Unidades de Administração Pública (exceto Fundos de Segurança Social)	1.001.345	6.1%
• Fundo de Segurança Social	207.841	1.3%
Sector Privado	5.631.254	34.4%
• Subsistemas de saúde privados	367.642	2.2%
• Outros seguros privados	474.579	2.9%
• Despesa privada familiar	4.695.886	28.7%
• Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (exceto as de seguros sociais)	14.319	0.1%
• Outras corporações (exceto as de seguros de saúde)	78.828	0.5%
DESPESA CORRENTE TOTAL EM SAÚDE	16.359.652	100,0%

Tabela 1 - Despesa corrente em saúde por fonte de financiamento, em Portugal, em 2008
 Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2011 [2]

Em Portugal, os gastos com a saúde, segundo dados da OCDE, representam mais de 10% do PIB (Tabela 2), acima da média europeia (9%), apesar da despesa *per capita* e a percentagem de despesa pública com a saúde se situarem um pouco abaixo da média europeia.

Com o crescimento da despesa total da saúde, consistentemente, acima do crescimento do PIB (Figura 2) e com o financiamento público a constituir mais de três quartos desse esforço, torna-se imperativo tomar medidas, a fim de continuar a garantir a sustentabilidade do SNS e a capacidade de continuar responder às necessidades em saúde dos portugueses, bem como às suas expectativas. Aqui entra um dos principais papéis dos CSP.

	2000	2005	2006	2007	2008
Despesa c total em saúde <i>per capita</i> (€)	1 012.0	1 367.4	1 394.6	1 440.5	-
Despesa total em saúde em % do PIB	8.5	9.7	9.5	9.4	-
Crescimento médio anual do PIB (base: ano 2000)	3.95	0.94	1.4	1.87	-0.02
% de Despesa Pública na Despesa total em saúde	72.9	71.4	71.2	69.8	-
% de Despesa Privada na Despesa total em saúde	27.1	28.6	28.8	30.2	-

Tabela 2 – *Progressão da Despesa Total em Saúde, de 2000 até ao último ano disponível*
 Fonte: Instituto Nacional de Estatística, 2011 [1]

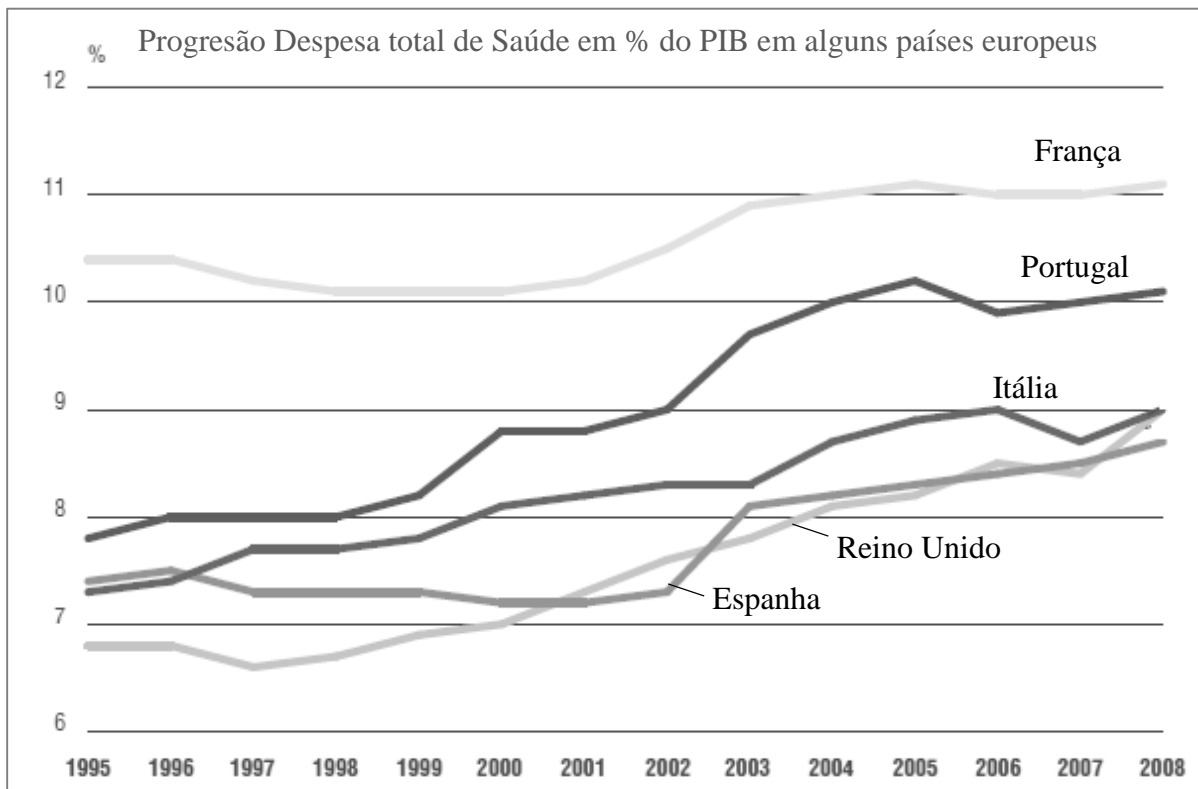


Figura 2 - *Progressão Despesa total de Saúde em % do PIB em alguns países europeus*
 Fonte: WHO Regional Office for Europe, 2011. [1]

É universalmente aceite que um sistema de saúde assente numa estrutura sólida, bem organizada e eficiente de CSP é mais custo-efetivo, apresenta maior equidade e tem melhores resultados em saúde e satisfação das populações[4]. Isto torna-se ainda mais notório num sistema de saúde continuamente desafiado por novos paradigmas de doença e necessidades em saúde, como o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas, a par de uma crescente limitação da capacidade de financiamento da despesa.[10]

Por exemplo, o custo médio de um episódio de urgência num hospital central, com o seu alto nível tecnológico, é de 143,5€[1], enquanto o custo por consulta médica num centro de saúde é de 68,6€.[11] Mesmo analisando estes dados muito superficialmente, podemos concluir que um sistema de saúde que foque a assistência ao doente num suporte que lhe é acessível, com quem está familiarizado e em que confia através de uma rede de CSP bem organizada e eficiente reduzirá certamente em larga escala a taxa de utilização dos serviços de agudos dos hospitais, contribuindo para um sistema mais sustentável e mais saudável.

Mas o principal papel dos CSP não é estritamente económico nem relacionado apenas com a sustentabilidade do sistema de saúde. Como supracitado, também é da aceitação geral que os CSP estão diretamente relacionados com um sistema mais equitativo e com melhores resultados em saúde e de satisfação das populações. A OMS considera-os universalmente tão importantes para o sucesso de ambas as vertentes de qualquer sistema de saúde que dedicou o relatório de 2008 para o desenvolvimento da saúde mundial exclusivamente aos CSP, com o título: *“Primary Health Care: Now more than ever”*. [12]

Portugal é referido, neste relatório, como um exemplo a seguir pelo sucesso que teve, com as sucessivas reformas, nos índices de saúde da sua população, principalmente atribuído à implementação da rede nacional de Centros de Saúde e ao alargamento do seu campo de ação. O *WHO Report 2008* põe mesmo Portugal como um dos 5 melhores países do mundo no que toca à redução das taxas de mortalidade, a par da Malásia, Chile, Omã e Tailândia.[1, 12] Este

relatório surge no trigésimo aniversário da declaração de Alma-Ata que, pela primeira vez, punha os CSP como essenciais na saúde das populações e na equidade dos sistemas de saúde, numa altura em que se começava a mudar o conceito de saúde de uma mera ausência de doença ou enfermidade para um estado de completo bem-estar físico, mental e social.[13] Não se pode deixar de salientar que as primeiras incursões de Portugal na assistência primária de saúde precedem esta declaração, mais um ponto em que o nosso sistema de saúde é tido como inovador.

Em cerca de 30 anos, Portugal conseguiu aumentar a esperança média de vida à nascença em 9,2 anos; baixou a mortalidade perinatal em 71%, a mortalidade no primeiro ano de vida em 86%, a mortalidade infantil em 89% e a mortalidade materna em 96%.[12]

Os CSP são, portanto, a melhor arma para suprir as necessidades de saúde das populações, permitindo a Portugal que passasse, em relativamente poucos anos, da cauda da Europa em vários índices de saúde para um dos melhores sistemas de saúde do mundo (12º melhor do mundo segundo uma análise da OMS a 191 países[5]).

As características de uma rede de CSP bem estruturada, consolidada e eficiente permitem tais ganhos em saúde das populações especialmente por satisfazer as principais expectativas dos utentes com o sistema de saúde português. Incluem-se nessas expectativas: fácil acesso aos cuidados de saúde, quando deles precisam; qualidade e abrangência no atendimento, ou seja, que lhes sejam prestados cuidados com qualidade igual ao padrão dos outros países e que correspondam às suas necessidades; que o SNS os proteja preventivamente contra doenças transmissíveis, quer por um plano nacional de vacinação gratuito, mas também com medidas de prevenção de doença e de promoção de saúde que fomentem bons hábitos e estilos de vida; e, finalmente, que o SNS tenha meios materiais e humanos suficientes para uma distribuição equitativa dos recursos segundo as suas necessidades, e que estes sejam garantidos de forma sustentável, adequada ao nível de desenvolvimento e riqueza do País.[11]

As Unidades de Saúde Familiar

Contexto do aparecimento das Unidades de Saúde Familiar

A prestação de cuidados de saúde estará sempre num equilíbrio muito delicado entre aquilo que são as necessidades dos doentes e aquilo que é a realidade económica. [6, 14, 15]

Em Portugal, os CSP são um património cultural, técnico e institucional que, apesar das conhecidas limitações, sempre tiveram provas dadas no melhoramento dos índices de saúde das populações. Importa não apenas preservá-los, mas também modernizá-los e desenvolvê-los, pois, como é reafirmado no *WHO Report 2008* e universalmente aceite, continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população.

Não se percebe, portanto, o desinvestimento dos sucessivos governos nos CSP durante os últimos anos. Desinvestimento esse, não apenas pela desproporcionalidade na atribuição de fundos entre os CSP e os cuidados diferenciados, como pela falta de um plano estratégico que visasse colmatar ou, pelo menos, atenuar as limitações que sempre estiveram presentes. É exemplo disso a crónica carência de recursos humanos, tão necessários ao bom funcionamento, quer pelo desinteresse dos recém-formados em medicina no ingresso da carreira de MGF como pelo envelhecimento e aposentações crescentes dos que dela sempre fizeram a sua vida.

O *WHO Report 2008* estabelece como essencial a qualidade formativa de todos os profissionais dos CSP, quer sejam médicos, enfermeiros ou administrativos, bem como necessário o incentivo na carreira, social e financeiro, que estimule os profissionais de saúde a escolher esta área de especialização, outrora menos prestigiante e menos recompensadora.[12]

Esta carência em recurso humanos, aliada ao crescente aumento da esperança média de vida (Figura 3) ao aumento dos custos com a saúde (Tabela 2) e à eminente recessão económica, tornou mais que necessário um reaproveitamento e otimização dos recursos existentes.

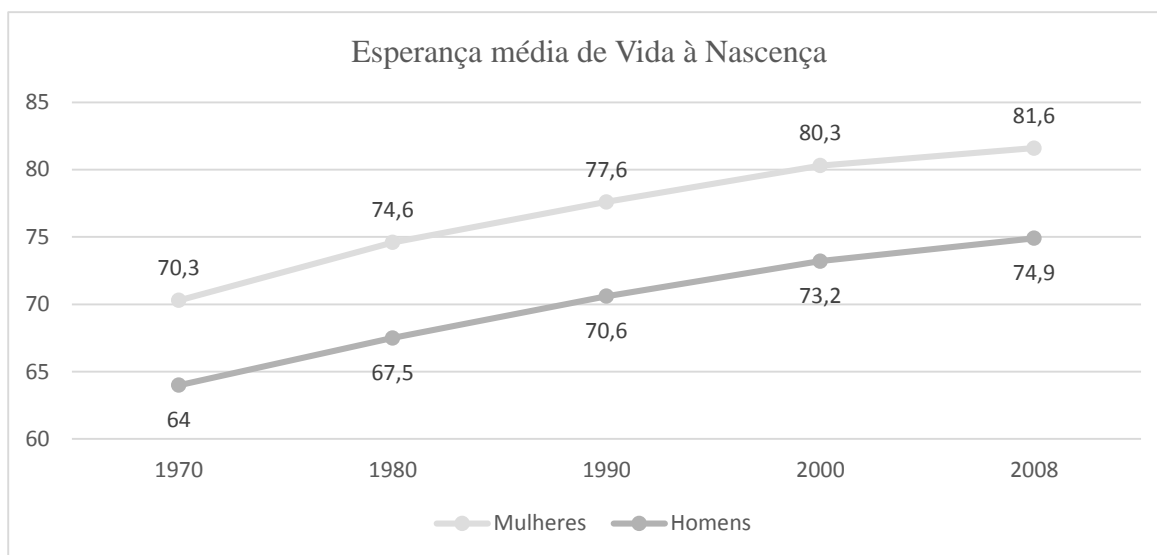


Figura 3 - Esperança Média de Vida à Nascimento
Fonte: Portugal: Health System Review [1]

Os CSP, no início de 2006, eram um sistema dispendioso, ineficiente e inequitativo. Apesar dos consideráveis recursos existentes, que cobriam quase todo o território, estes estavam subaproveitados. Portugal dispunha de 347 Centros de Saúde, 259 SAP, 41 Centros de Saúde com internamento (um total de 573 camas) e 6235 médicos especialistas em MGF, 861 clínicos gerais (não especialistas), 7236 enfermeiros e 6688 administrativos. Tudo isto traduzia-se em cerca de 30 milhões de consultas por ano. Contudo, cerca de 15% dos inscritos nos Centros de Saúde não tinham médico de família atribuído, uma percentagem representativa de cerca de 700 a 750 mil Portugueses. Nesta altura, quase 1/5 das consultas realizadas por ano num centro de saúde correspondiam a atividade não programada, ou seja, consultas de recurso, para quem não tem médico de família ou marcação, ou consulta de SAP. Era, ainda, estimado que cerca de 33% dos inscritos nos Centros de Saúde não os frequentavam, optando por recorrer diretamente às urgências, às consultas externas dos hospitais ou ao médico privado.[6, 11]

Estes últimos números iam contra o conceito do que deveria ser uma rede de CSP bem estruturada. O primeiro contacto do utente com o sistema de saúde acabava por cair na maioria das vezes num encontro impessoal entre ele e um médico, seu desconhecido e que por sua vez desconhecia toda o seu historial clínico, em detrimento do acompanhamento contínuo por um médico especialista em MGF, que para além de estar familiarizado com o historial clínico do doente, também conheceria o seu agregado familiar e o seu contexto socioeconómico. Ou seja, apesar de termos sido inovadores na criação de uma rede de CSP que abrangesse todo o território, continuava-se a olhar o sistema de saúde numa vertente mais hospitalocêntrica.

Era, portanto, necessário recentralizar os cuidados no utente, reinvestindo e reestruturando os CSP por forma a aumentar a acessibilidade e, também, a sua confiança nos mesmos. O objetivo seria que, face aos seus problemas de saúde, o utente pudesse recorrer, em primeira instância, a uma instituição que reconhecia e onde se sentisse em casa. Para além disso, era necessário que o sistema desse resposta eficiente a uma população cada vez mais exigente, mais atenta e mais consciente dos seus direitos relativamente à proteção da sua saúde.

Por outro lado, o sistema tornara-se burocrático e centralizado. Médicos, enfermeiros e administrativos, como funcionários públicos, tinham os seus salários fixos independentemente do seu desempenho, sem incentivos à produtividade e à qualidade. Se, no que respeita ao sistema de saúde, Portugal estava como 12º melhor do mundo, no que tocava às expectativas não médicas como, disponibilidade, atendimento por parte dos funcionários (administrativos), tempo de espera, conforto e horários de atendimento, Portugal não passava do 38º lugar. [5, 6] Era importante tomar medidas que estimulassem a excelência na prestação de cuidados e que aumentassem o grau de satisfação dos profissionais de saúde.

Ainda numa outra perspetiva, o relatório “Análise de Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”, elaborado por um Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia e Gestão da Saúde, a pedido da MCSP, concluía que os Centros de

Saúde eram demasiado grandes para a prestação de cuidados, garantindo os padrões de proximidade, acessibilidade e qualidade, mas demasiado pequenos para a aplicação de economias de escala, obtenção de ganhos de eficiência e melhorias da gestão.[6]

Da ideia à implementação

Por tudo o que foi supracitado, tornava-se cada vez mais premente uma reforma, uma reestruturação e reorganização dos CSP. Mudar a forma de pensar e atuar na assistência primária de saúde. O objetivo final era uma rede de CSP mais acessível, mais eficiente e mais adequada às necessidades dos cidadãos, bem como, dos profissionais de saúde.

A solução proposta para esta reorganização dos CSP teria como base um modelo idealizado pelos próprios médicos de família e que já se encontrava em fase experimental, num grupo restrito de Centros de Saúde, com bons resultados. Nascia, assim, o conceito de Unidades de Saúde Familiar (USF), enquadradas nos Centros de Saúde.

As USF seriam constituídas por pequenas equipas multiprofissionais, médicos, enfermeiros e administrativos; com autonomia organizativa, funcional e técnica; com meios de diagnóstico descentralizado; e com um sistema retributivo que premiasse a produtividade e a qualidade, através de um acréscimo, ao ordenado fixo, de um suplemento variável, atribuído através do cumprimento de objetivos pré-contratualizados. [6] Teriam como missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por elas abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma personalizada, com boa acessibilidade e continuidade, abrangendo os contextos sócios-familiares dos utentes.[11]

Fase experimental – Regime Remuneratório Experimental

As USF não foram invenção de nenhum governo, são um produto da inteligência, experiência e não resignação de um conjunto de médicos de família. Partiu de alguns deles o conceito, o desenho, a flexibilidade do modelo, a fórmula de implantação e até a antevisão de obstáculos.[11] O documento *Um futuro para a medicina de família em Portugal*, publicado

pela APMCG, em 1991, seria a base do modelo ensaiado pela primeira vez em 1998, em que entraram cerca de 20 Centros de Saúde e 120 médicos de família. O Regime Remuneratório Experimental (RRE), legislado pelo decreto-lei nº 117/98, de 5 e Maio, permitia que os médicos de MGF tivessem uma remuneração baseada numa capitação ajustada aos doentes inscritos na sua lista e ponderada por um número selecionado de fatores de desempenho. Ou seja, pela primeira vez, era incentivada a produtividade e acessibilidade através de um suplemento financeiro que tinha em conta critérios explícitos de desempenho.

Os profissionais que desejassem ser contemplados neste modelo teriam que se integrar em grupos de pelo menos 3 médicos e preencher mais uma série de pré-requisitos, estipulados no artigo 3º do decreto supramencionado. São exemplos destes pré-requisitos, garantir o atendimento de utentes, no mínimo, das 8h às 20h nos dias úteis e que poderia ir até às 24 horas; atendimento no próprio dia aos doentes, de quaisquer das suas listas, que procurassem ajuda médica; e que apresentassem um plano de ação anual do grupo, aprovado pela direção do centro de saúde.

Este modelo teria, segundo a previsão inicial, uma duração de dois anos, mas, pelos bons resultados obtidos e para se poder consolidar uma maior evidência dos seus benefícios, foi alargado até 2003.[1, 2, 9, 11, 16]

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)

A avaliação verdadeiramente positiva desta experiência, com ótimos resultados obtidos principalmente no que toca a satisfação, tanto dos utentes como dos profissionais, levou a que fosse alargada à generalidade dos Centros de Saúde. Foi, então, criada, em 2005, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, na dependência direta do Ministério da Saúde, com a finalidade de orientar o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da

estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde. Dava-se, assim, início ao quinto modelo de organização dos CSP com o protagonizado principalmente pelas USF.

A MCSP ficava incumbida de:

- Apoiar a reconfiguração dos Centros de Saúde 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 aspetos de reconfiguração dos CS;
- Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efetivo 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.

Em Janeiro de 2006, a MCSP publica o documento *Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, que estabelecia como principais objetivos a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços e dos profissionais, através de boas condições de trabalho e recompensação de boas práticas.[6, 11, 17]

Regulamentação das Unidades de Saúde Familiar

Em 2006 dava o arranque esta nova reforma com as primeiras 10 USF e muitas candidaturas em espera para serem aprovadas. A grande adesão por parte dos especialistas de MGF invocava cada vez mais a necessidade de uma legislação completa que regulamentasse este novo modelo, dado que o Despacho Normativo nº9/2006 apresentava várias lacunas.

Era estabelecido, a 22 de Agosto de 2007, o Regime Jurídico das Unidades de Saúde Familiar, através do decreto-lei 298/2007. Este decreto-lei vinha regulamentar não só o funcionamento das USF e o regime retributivo dos profissionais que as integrassem, mas também todo o processo de candidatura e de contratualização da carteira de serviços com os Centros de Saúde e ARS respetivos, bem como o acompanhamento e avaliação do seu funcionamento.

No final de 2007, estavam em pleno funcionamento 105 USF, com novas candidaturas continuamente a surgir. Era conseguido, apenas com o alargamento da lista de utentes por médico de 1500 para 1800, cobrir mais 152 mil cidadãos, recolocando o utente no centro do sistema, numa relação ímpar com o seu médico e enfermeiro de família.[11, 18, 19]

Modelo Final

As USF são unidades elementares, autónomas do ponto de vista organizacional, funcional e técnico, de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares. Têm como principal pilar uma equipa multiprofissional constituída por médicos, enfermeiros e por funcionários administrativos, que deverão promover o sinergismo entre si, potenciando aptidões e competências de cada grupo profissional. Encontram-se, invariavelmente, integradas numa lógica de rede com outras unidades funcionais do Centro de Saúde ou da unidade local de saúde, que por sua vez são agrupados em ACES.

É sua missão prestar cuidados de saúde personalizados e melhorar o estado de saúde da população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Os profissionais de saúde que delas integrem são abrangidos por um sistema salarial misto (capitação, salário, objetivos), incentivos financeiros e profissionais que recompensam o mérito e sensível à produtividade, acessibilidade e, no geral, à qualidade do serviço prestado.[6, 11, 18]

Criação de uma USF – candidatura e organização

Faz parte do conceito lato de USF que esta não parta de uma imposição do governo, o que, em experiências anteriores com reformas semelhantes, tinha demonstrado maus resultados, mas antes da própria vontade dos profissionais de saúde. A vontade de criação de uma USF deveria surgir de candidaturas espontâneas geradas por grupos de médicos (com grau de assistente em MGF), enfermeiros e de funcionários administrativos que se encontrassem de acordo no compromisso de criação.

Esta forma de implementar a alteração ao modelo dos CSP – num movimento da base para o topo – permite obter uma maior motivação dos profissionais que o vão integrar,

centralizando o poder de decisão neles mesmos, assim como a responsabilidade para o sucesso da mudança. Poderemos afirmar que este terá mesmo sido um fator determinante no êxito da reforma a par da resiliência e inconformidade dos profissionais.

No processo de candidatura, a equipa multiprofissional proponente deverá apresentar, conjuntamente, o regulamento interno, o plano de ação e compromisso assistencial da USF e o manual de articulação com o Centro de Saúde que a acolhe.

O regulamento interno da USF estabelece a estrutura orgânica e respetivo funcionamento da USF, assim como a sua missão, valores e visão. Deve, também, estar patente no regulamento interno: as intervenções e áreas de atuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa; o horário de funcionamento e de cobertura assistencial; o sistema de marcação de consultas e de renovação das prescrições; o acolhimento, orientação e comunicação com os utentes; o sistema de intersubstituição dos profissionais; a forma de prestação de trabalho dos elementos; a formação contínua dos profissionais; as inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da USF; e a Carta da Qualidade.

O plano de ação da USF manifesta o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. O compromisso assistencial deverá ser formalizado na candidatura e, após isso, anualmente com o Centro de Saúde, através de carta de compromisso onde deverá constar: a afetação dos recursos necessários ao cumprimento o plano de ação; o manual de articulação centro de saúde/USF; e as atividades específicas desempenhadas pela USF, como, planeamento familiar, vigilância materno-infantil, vigilância de diabéticos e hipertensos. Deverá, também ser indicado: a definição da oferta e a carteira básica de serviços; o horário de funcionamento da USF, por defeito das 8h às 20h, mas que poderá ser alargado ou reduzido mediante as

características geodemográficas, dimensão da lista de utentes e o número de elementos da equipa; e a aceitação expressa das condições, dimensão e modo de recolha de informação que permita às entidades autorizadas por despacho do Ministro da Saúde avaliar os resultados da equipa e dos seus membros, em termos de efetividade, eficiência, qualidade e equidade.

Cada USF deverá abranger uma população não inferior a 4000 nem superior a 18000 utentes. O número de utentes inscritos irá depender do número de profissionais da equipa multiprofissional, num mínimo de cerca de 1550 e um máximo de cerca de 1900 por cada médico e um número correspondente a cerca de 300 a 400 famílias por enfermeiro, e tendo em conta as características geodemográficas da região.

Apresentadas as candidaturas, estas são avaliadas por comissões de pares e pela ARS respetiva, que decidirá se é justificado e sustentável a criação daquela USF de acordo com as necessidades da região e um número máximo de USF a constituir anualmente. Este número é estabelecido todos os anos, até 31 de Janeiro, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

Aceite a candidatura, a recém-criada USF passa por um período de implementação com vigilância e avaliações intercalares apertadas – USF tipo A. No primeiro ano, esta vigilância é feita de 3 em 3 meses através de autoavaliação e relatório de atividades (Figura 4). No segundo e terceiro ano a avaliação passa a ser por acreditação externa. Só finalizado este período de transição é que a USF toma as suas plenas funções e que os seus profissionais passam a usufruir do sistema de remuneração misto – USF tipo B.

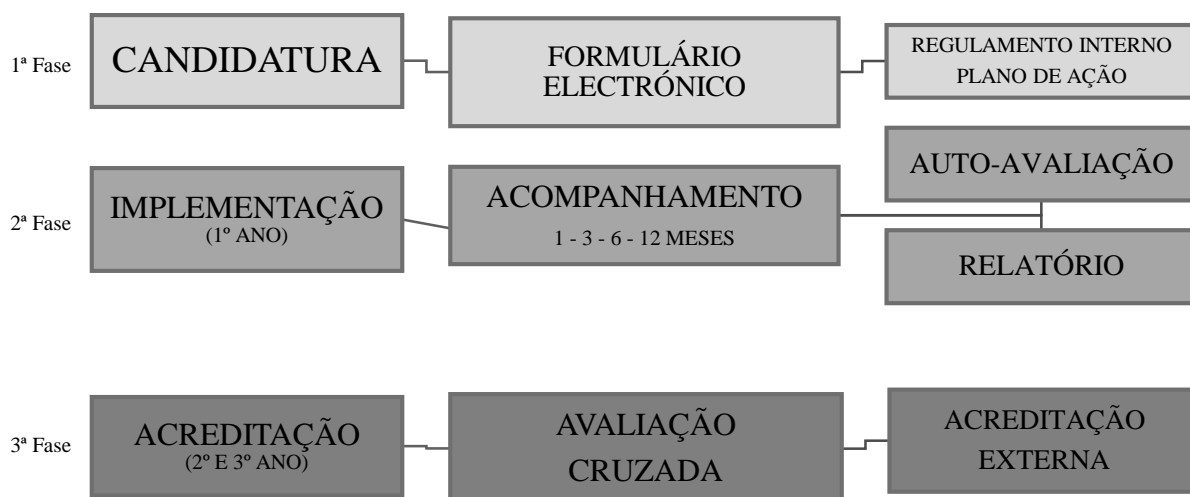


Figura 4 - Processo de Implementação de uma USF [11]

Importa ainda referir que fica ao encargo do Centro de Saúde, em que se inclui a USF, disponibilizar os recursos necessários ao cumprimento do plano de ação e procede à partilha de recursos que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser comuns e estar afetos às diversas unidades funcionais do centro de saúde. Os recursos financeiros são negociados entre a USF e o Centro de Saúde, anualmente, e deverão estar patentes na carta de compromisso. Quando não houver disponibilização atempada dos recursos financeiros previstos na carta de compromisso, seja qual for o motivo, a USF não pode ser responsabilizada pelo incumprimento do plano de ação. O que se verificou no início desta reforma foi que, como forma de incentivo à constituição de USF, foram disponibilizados meios financeiros, tanto pelo poder central como pelos vários municípios e mesmo, nalguns casos, investidores privados, para remodelações de instalações, equipamentos novos e mesmo em estratégias de *branding*, com criação de fardamento e logotipo próprios. [11, 18]

Diferentes tipos de USF

As USF são divididas em três tipos de modelos (A, B e C) consoante o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

O modelo A compreende USF do setor público administrativo e corresponde a uma fase de aprendizagem do e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa, ao mesmo tempo que contribui para o desenvolvimento da prática de contratualização interna. É uma fase de transição indispensável em equipas pouco habituadas a trabalho em equipa e ou em que não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar, como, por exemplo, em equipas mais envelhecidas, em que o trabalho individual se encontra mais enraizado. Este modelo tem um sistema de remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao setor e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF.

O modelo B surge, naturalmente, no decorrer do processo de criação da USF, após o modelo A. Está pressuposto uma maior maturidade organizacional por parte da equipa de profissionais de saúde e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente. Neste modelo, os profissionais passam a usufruir de um sistema retributivo especial em que acresce ao ordenado suplementos e compensações pelo desempenho, de acordo com o definido no Decreto-Lei nº298/2007, de 22 de Agosto.

O modelo C é um modelo idealizado e experimental que ainda não se encontra efetivo nem totalmente regulamentado. Visa suplementar possíveis insuficiências demonstradas pelo SNS, possibilitando a criação de USF pelos setores social, cooperativo e privado, articuladas com um Centro de Saúde mas sem qualquer dependência hierárquica deste. [20]

As USF podem também ser caracterizadas de acordo com as suas arquiteturas física e organizacional, que deverão estar ajustadas às características e necessidades de saúde específicas de cada comunidade. Podem-se, genericamente, definir 3 tipos:

- a) USF monopolares – é o tipo atualmente predominante e o de mais fácil constituição e organização. Caracterizam-se por ter um único polo físico (instalações) e uma equipa sediada diariamente nesse local;
- b) USF multipolares – existem já vários exemplos desta tipologia, ainda que em número reduzido em relação ao “tipo monopolar”. Caracterizam-se por terem dois ou mais polos físicos e requerem modos de organização do trabalho em equipa e de gestão de numerosos aspetos táticos e logísticos. Este tipo de USF é o mais adequado para responder às necessidades de saúde de comunidades de povoamento disperso e ou servindo várias localidades pequenas em despovoamento e envelhecimento acelerados;
- c) USF interligadas em “*cluster*”. São situações onde, num mesmo edifício ou em edifícios muito próximos, funcionem duas ou mais USF e cuja proximidade física poderia facilitar a partilha organizada de recursos, de competências e de serviços. Destacam-se, por exemplo, as possibilidades respeitantes ao prolongamento em comum de horário para atendimento de doença aguda, a projetos de natureza preventiva, a sessões de capacitação em grupo (doenças crónicas, por exemplo), a grupos de autoajuda, à oferta de carteiras de serviços adicionais complementares.[21]

A equipa

A forma de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta no regulamento interno da USF e é estabelecida para toda a equipa, tendo em conta o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei, bem como, o estatuto das respetivas carreiras profissionais.

De forma a instituir um bom ambiente de trabalho e promover o sinergismo entre os vários elementos da equipa multiprofissional, fatores tão essenciais à qualidade dos cuidados prestados e à satisfação, tanto dos utentes como dos profissionais, todos os integrantes da equipa devem procurar orientar a sua atividade pelos seguintes princípios:

a) Conciliação – assegurar a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objetivos de eficiência e qualidade;

b) Cooperação – que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;

c) Solidariedade – que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;

d) Autonomia – que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;

e) Articulação – que estabelece a necessária ligação entre a atividade desenvolvida pela USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;

f) Auto-avaliação – visando a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;

g) Gestão participativa – como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

As USF, tendo em conta o estatuto autónomo do ponto de vista técnico e organizativo, são compostas internamente por um Conselho Geral e um Conselho Técnico.

O Conselho Técnico é constituído por um médico e um enfermeiro da equipa, preferencialmente os que têm maior qualificação profissional e mais experiência, escolhido pelos membros de cada grupo profissional. É da competência do conselho técnico garantir o cumprimento das normas técnicas e diretrizes emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade. Deve, ainda, avaliar o grau de satisfação dos utentes e dos demais colegas de equipa; elaborar e manter atualizado o manual de boas práticas; organizar e supervisionar as atividades de formação contínua e de investigação.

O Conselho Geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional e presidido pelo Coordenador Geral da USF. São suas competências:

- a) Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de ação, o relatório de atividades e o regulamento de distribuição dos incentivos institucionais;
- b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;
- c) Zelar pelo cumprimento do regulamento interno, da carta de qualidade e do plano de ação;
- d) Propor a nomeação do novo coordenador;
- e) Aprovar a substituição de qualquer elemento da equipa multiprofissional;
- f) Pronunciar -se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afetos e disponibilizados à USF.

O Coordenador de Equipa é um médico indicado na candidatura a quem, para além de presidir às reuniões do Conselho Geral, compete: coordenar as atividades da equipa multiprofissional de modo a garantir o cumprimento do plano de ação e os princípios

orientadores da atividade da USF; gerir os processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento; assegurar a representação externa da USF; assegurar a realização de reuniões com a população abrangida pela USF ou com os seus representantes, no sentido de dar previamente a conhecer o plano de ação e o relatório de atividades; autorizar comissões gratuitas de serviço no País. Detém, ainda, as competências para, no âmbito da USF, confirmar e validar documentos que sejam exigidos por força da lei ou regulamento. Sem prejuízo da autonomia técnica garantida aos médicos e enfermeiros, os profissionais da equipa multiprofissional desenvolvem a sua atividade sob a coordenação e a orientação do coordenador da equipa.

Sistema remunerativo dos profissionais de Saúde

Os profissionais de saúde integrantes em USF do tipo B têm uma remuneração mensal especial – salário base, suplementos e compensações pelo desempenho.

O salário base corresponde à remuneração da respetiva categoria e escalão de cada carreira, em regime de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, no caso dos médicos, e em regime de tempo completo no caso dos enfermeiros e funcionários administrativos.

Para a atribuição dos suplementos e compensações, aos médicos, foram estabelecidos vários indicadores de desempenho, com base nas áreas de atuação principais de um médico de MGF, e adotado um sistema de ponderação através da atribuição de pontos, Unidades Ponderadas (UP), a cada um desses indicadores. As UP são depois convertidas em UC, em que a cada UC corresponde 55 UP. Ou seja, mensalmente, é analisada a lista de utentes do médico de família, é feito o cálculo do número total de UP, de acordo com os vários fatores para a sua atribuição, e são associadas ao médico tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 55 UP.

Por sua vez, cada UC dá direito a um suplemento mensal de 130€, com um máximo de 20 UC por médico (suplemento máximo 2600€). É, também, atribuído um abono de 30€ por cada consulta ao domicílio efetuada pelo médico, com um máximo de 20 domicílios/mês.

As Unidades Ponderadas são atribuídas tendo em conta a dimensão do número de utentes inscritos na lista do médico e a realização de atividades específicas. Nas atividades específicas, contratualizadas anualmente, constam: a vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano — 1 UP cada; a vigilância de uma gravidez — 8 UP cada; a vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida — 7 UP cada; a vigilância de uma criança, no segundo ano de vida — 3 UP cada; a vigilância de uma pessoa diabética — 4 UP cada; e a vigilância de uma pessoa hipertensa — 2 UP cada. Em relação às UP referentes à lista de utentes inscritos é atribuída uma UP por cada utente, exceto crianças dos 0-6 anos (1,5 UP), idosos entre os 65 e os 74 anos (2 UP) e idosos com mais de 75 anos (2,5 UP). Para efeitos de conversão em UC estas últimas são contabilizadas a partir do número mínimo previsto para a dimensão da lista, 1917 UP, a que corresponde cerca 1550 utentes de uma lista padrão nacional, até um máximo de 495 UP (9 UC).

É ainda dado um incentivo de acordo com o alargamento de horário da USF e pela carteira adicional de serviços, quando contratualizada. Este suplemento é atribuído, consoante o disposto na carta de compromisso, ao conjunto de total dos médicos e dividido igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a respetiva quota- parte. Ao Coordenador de Equipa é-lhe atribuída, também, um acréscimo remuneratório de 7 UC.

Aos enfermeiros são atribuídas UP apenas tendo em conta a sua carteira de utentes, contando mais uma vez a partir do mínimo de 1917 UP para a conversão em UC, até um máximo de 9 UC. Cada UC dá direito a 100€ mensais, aos enfermeiros. Os administrativos recebem um suplemento semelhante aos enfermeiros, com diferença que cada UC corresponde 71 UP contabilizada a partir do mínimo de 2474 UP e que cada UC dá direito a 60€ mensais. Ambas

as classes profissionais são consideradas na compensação referente ao alargamento do funcionamento e cobertura assistencial e à contratualização de carteira adicional de serviços, da mesma forma que para os médicos.

Como um dos principais problemas que os CSP enfrentam é a escassez de recursos humanos, foi considerado, também, uma compensação adicional aos médicos orientadores de internato da especialidade de MGF. A este suplemento corresponde 220 UP, durante o período em que se verifique a atividade. [18]

Monitorização, avaliação e acreditação

A monitorização e avaliação das USF são da responsabilidade das ARS. Esta avaliação é feita por base em um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de auto-avaliação, avaliação interpares e avaliações cruzadas entre USF. São avaliadas segundo a disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico -científica, efetividade, eficiência e satisfação dos utentes e podem ser contempladas características de carácter regional.[18]

Panorama Atual

As USF são o exemplo de que envolver os profissionais no processo da reforma aumenta a sua motivação para a mudança e, por conseguinte, a adesão à reforma.

Em Janeiro de 2013, 8 anos após o início da reforma, estão no ativo 353 USF e mais 66 com candidaturas aceites. Este número permite a cobertura de quase 5 milhões de utentes, quase 50% da população do nosso país, com um ganho de cobertura estimado de 700 mil cidadãos (Tabela 3).

	USF	Utentes Potenciais	Ganho de Cobertura	Profissionais
Candidaturas	419	4.967.143	702.316	7.948
Aceites				
USF em atividade	353	4.345.230	569.580	6.822

Tabela 3 –
USF em

Atividade

Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Já no que respeita a distribuição por regiões das USF em atividade verifica-se uma grande assimetria entre as regiões mais urbanas e as regiões mais rurais (Tabela 4). Também se pode verificar na tabela que isto se deve ao reduzido número de candidaturas feitas às ARS destas Regiões.

ARS	Entradas	Excluídas ou Desistentes	Aceites para Avaliação	USF em Atividade
Alentejo	27	6	15	13
Algarve	12	2	10	9
Centro	91	31	55	36
Lisboa e Vale do Tejo	160	26	128	109
Norte	262	46	211	186
TOTAL	552	111	419	353

Tabela 4 - Candidaturas a USF por ARS

Fonte: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Um estudo feito, em novembro de 2008, a pedido da MCSP, pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, uma entidade independente, em que era analisada a satisfação dos profissionais das 146 USF constituídas até

então, teve, em primeiro lugar, uma grande taxa de adesão, 85%, uma complacência muito superior ao habitual, e revelou, no geral, uma elevada taxa de satisfação dos profissionais de saúde. [6] O que será mais um indicador do sucesso desta reforma.

As condições atuais de sustentabilidade e infraestruturas das USF dão garantias seguras do seu desenvolvimento. A rede, bem montada, já existente de Centros de Saúde funciona como um ótimo suporte a este novo modelo, o que será mais um dos pontos fortes desta reforma, já que permite uma mudança faseada entre o modelo antigo, não completamente extinto, e este novo modelo de organização, ao invés de uma transição abrupta como se tinha verificado em reformas anteriores.[9]

Em resumo, as USF conseguiram simultaneamente mais eficiência, mais acessibilidades, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos e, no geral, mais qualidade.

Pontos fortes e fraquezas

Pontos Fortes

- A melhoria da acessibilidade dos CSP é sem dúvida um das grandes mais-valias desta reforma;
- Melhor qualidade e proximidade no serviço prestado;
- Alargamento da cobertura efetiva dos CSP, com médico de família atribuído e também com à vontade para fazer da USF o seu principal posto de saúde.
- Mais cidadãos envolvidos nos programas de vigilância de saúde;
- Mais cidadãos envolvidos nos programas de vigilância de doenças crónicas (diabetes, hipertensão), e melhor controlados;
- Mais e melhores cuidados de saúde ao domicílio dos utentes, em especial em situações de dependência;
- A autonomia alcançada; trata-se de um sentimento experimentado especialmente por administrativos e enfermeiros. As oportunidades criadas pelo novo modelo para a reorganização do trabalho parecem estimular a autonomia de decisão; trata-se de mais um fator a reforçar a necessidade de formação, de modo a que esta autonomia se traduza em maior eficiência na ação;
- Trabalho em equipa, mais um fator que contribui para um aumento substancial da qualidade do serviço prestado;
- Satisfação e motivação profissional – trata-se do corolário lógico de um novo modelo organizacional assente nos dois fatores anteriormente referidos, a autonomia e o trabalho de equipa;

- Demonstração comparativa de menores custos nas USF com as prescrições de medicamentos e MCDT para situações idênticas, com iguais ou melhores resultados [22, 23]

Fraquezas

- A falta de um plano estratégico claro e bem delineado que vise colmatar as claras limitações de recursos humanos, que continuam a ser um dos principais problemas dos CSP;
- Assimetria da distribuição das USF com baixo número de candidaturas no Interior;
- Múltiplas e, por vezes, graves fragilidades dos sistemas de informação disponibilizados para as USF, das suas aplicações, falta de interoperabilidade entre os vários sistemas por problemas de incompatibilidade entre eles;
- A formação deficiente de todos os profissionais que integram a USF – necessária formação específica em trabalho de equipa e em abordagem multiprofissional de resolução de problemas, não só para a compreensão das potencialidades e alcance do novo modelo como para o estabelecimento e reforço de objetivos comuns que permitam às USF progredir com qualidade e satisfação coletiva;
- Articulação USF \ Centro de Saúde \ ACES \ ARS – com ausência ou fragilidade de apoio e acompanhamento por parte de alguns ACES e falhas na comunicação;
- Défices em equipamentos e materiais, quer fixos quer de consumo, e instalações inadequadas à concretização dos objetivos propostos pelos diferentes projetos.[22, 23]

Conclusão

Os CSP são da maior importância para o bom funcionamento de um Sistema de Saúde e pode-se afirmar que, com esta última reforma, Portugal está mais perto do serviço de assistência primária preconizado pela OMS.

O modelo de USF demonstrou ser capaz de gerar grandes ganhos em produtividade e acessibilidade na prestação de CSP em Portugal, conseguindo ainda uma redução de custos por utente e por consulta. Foi uma reforma muito importante e necessária, ainda que tardia, num sistema envelhecido e enferrujado por décadas de desinteresse e desinvestimento pelo poder político, apesar dos sucessivos alertas feitos pelos prestadores de cuidados. No futuro, deverão ser tidos mais em conta os intervenientes no terreno, que se apercebem, na primeira pessoa, das falhas do sistema.

Foi forte exemplo disso a publicação do documento *Um futuro para a medicina de família em Portugal*, pela APMCG, membros da classe médica, em que delineavam o modelo pilar desta reforma, década e meia antes da sua implementação.

Os sucessos identificados sugerem que as mudanças implementadas fazem sentido; cabe agora aos responsáveis pela condução do processo, quer a nível de decisão superior quer no terreno, desenvolver as iniciativas necessárias à resolução dos problemas identificados e ao reforço dos aspetos positivos encontrados, para que esta reforma possa cumprir todo o seu potencial.

É necessário, e de extrema importância, um plano estratégico claro e bem pensado a nível de recursos humanos da saúde em Portugal, principal motor de qualquer sistema de saúde.

É necessário uniformizar os sistemas informáticos, adequando-os à realidade das USF. O “USF-Monitor” é um bom sistema mas ainda com algumas falhas que devem ser resolvidas.

Uma falha a apontar a esta reforma é, também, a assimetria na distribuição das USF pelas várias regiões do país. Este fato pode ser explicado pelo próprio caráter voluntário da candidatura a USF, já que o que é demonstrado é uma enorme discrepância no número de candidaturas entre as várias ARS. Isto poderá ser fruto de classe médica do interior ser mais envelhecida, mais resistente à mudança ou apenas por falta de informação sobre o novo modelo organizacional. Contudo, tanto as ARS como o governo não se devem ilibar da culpa, mas antes incentivar a mudança nestas regiões, junto dos profissionais de saúde.

Importa, ainda, salientar que a característica preponderante para o sucesso na implementação desta reforma, que a distancia de tantas outras com menores graus de aceitação, foi a junção de 3 determinantes fundamentais: em primeiro lugar, a vontade dos profissionais de saúde e a sua aposta na mudança; a constituição de um grupo de missão para supervisionar e conduzir a reforma e, por último, o interesse e investimento político por parte do Ministério da Saúde. Se no futuro alguma das extremidades falhar, profissionais ou entidade governamental, os CSP correm severos riscos de voltar a cair na indiferença e esquecimento e todos os patamares alcançados com esta reforma terão sido infrutíferos.

Agradecimentos

Referências Bibliográficas

1. Barros PP, Machado SR, Simoes Jde A. Portugal. Health system review. Health systems in transition. 2011;13(4):1-156. PubMed PMID: 22222781.
2. Campos AC, Simões J. O Percurso da Saúde: Portugal na Europa: Almedina; 2011.
3. Branco A, Ramos V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2001;2:5-12.
4. Biscaia A, Martins JN, Ferrinho P, Gonçalves I, Antunes AR, Carreira M. Cuidados de Saúde Primário em Portugal: Reformar para novos sucessos. 2ª Ed. ed. Lisboa: Padrões Culturais; 2006 2008.
5. Biscaia A. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral. 2006;22:67-79.
6. Pisco L. [Primary Healthcare Reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of Health Centers]. Ciencia & saude coletiva. 2011 Jun;16(6):2841-52. PubMed PMID: 21709981. Reforma da Atencao Primaria em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autonomas de saude familiar e gestao em agrupamentos de Centros de Saude.
7. Lapao LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. The International journal of health planning and management. 2012 Oct-Dec;27(4):295-307. PubMed PMID: 22648961.
8. Geral DNdAPdMdc. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991.
9. Rocha Pde M, de Sa AB. [Family Health Reform in Portugal: analysis of its implementation]. Ciencia & saude coletiva. 2011 Jun;16(6):2853-63. PubMed PMID: 21709982. Reforma da Saude Familiar em Portugal: avaliacao da implantacao.
10. Fialho AS, Oliveira MD, Sa AB. Using discrete event simulation to compare the performance of family health unit and primary health care centre organizational models in Portugal. BMC health services research. 2011;11:274. PubMed PMID: 21999336. Pubmed Central PMCID: 3214168.
11. Campos AC. Reformas da Saúde: O Fio Condutor: Almedina; 2008.

12. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever. 2008. Geneva, WHO. 2008.
13. WHO. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR; 1978.
14. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care : creating value-based competition on results. Boston, Mass.: Harvard Business School Press; 2006. xvii, 506 p. p.
15. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2007 Mar 14;297(10):1103-11. PubMed PMID: 17356031.
16. Decreto-Lei nº 117/98, Regime Remuneratório Experimental. Diário da República1998.
17. Resolução do Conselho de Ministros n.o 157/2005. In: MINISTROS PDCD, editor. DIÁRIO DA REPÚBLICA2 005.
18. Decreto-Lei nº298/2007, Regime Jurídico das USF. Diário da República2007.
19. Despacho Normativo nº9/2006. Diário da República2006.
20. Despacho 24 101/2007. Diário da República2007.
21. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Unidades de Saúde Familiar: Conceito e prática em geometrias variáveis. In: Ministério da Saúde, editor. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (<http://www.mcsp.min-saude.pt/>) 2012.
22. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. In: Ministério da Saúde, editor. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (<http://www.mcsp.min-saude.pt/>) 2012.
23. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar: Um estudo qualitativo. (<http://www.mcspmin-saudept/>). 2008.