

Cuidados de saúde primários: as regras do jogo

Emanuel Vital¹, João Teixeira²

1. Fisioterapeuta e membro do Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte, nunesevital@gmail.com

2. Fisioterapeuta e Coordenador da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo I

RESUMO: Enquadramento – A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é um facto irreversível. Uma “onda” de reforma percorre igualmente grande parte dos países ocidentais exigindo uma reflexão sobre o processo. **Objetivo** – Descrever a reforma em curso nos CSP e identificar os potenciais factores de sucesso e insucesso dos serviços públicos de cuidados de saúde primários. **Metodologia** – Análise crítica da literatura. **Resultados e conclusões** – A eficiência, eficácia e equidade de acesso aos cuidados de saúde são insuficientes. Mudanças organizacionais estão a ser operadas alterando as relações e a cooperação inter-profissional e inter-organizacional. É evidente a tensão que existe entre as partes envolvidas. Novas formas organizacionais estão a ser criadas para garantir a viabilidade das reformas e equilíbrio dos sistemas. O novo modelo organizacional, se pretender garantir a sustentabilidade e a viabilidade dos cuidados primários, deverá assentar num equilíbrio de gestão de recursos e numa estratégia de saúde para todos que não significa saúde para tudo.

Palavras-chave: saúde, organização, cuidados de saúde primários, reforma

Primary health care: the rules of the game

ABSTRACT: Background – Primary Health Care (PHC) reform is a fact in several countries and is happening also in Portugal demanding a reflection on the process. **Aim** – To describe the PHC reform and to identify the factors of success or potential failure in PHC public services. **Methods** – Critical appraisal of the literature. **Results and Conclusions** – The efficiency, efficacy and access to health care are insufficient. Organizational changes are taking place altering inter-professional and inter-organizational cooperation and relationship. Tension among the parts involved is evident. New organizational models are being created to secure the sustainability of the reforms and the systems. The new models should provide a balanced management of the available resources, in a strategy of health for all that doesn't mean health for everything.

Keywords: health, organization, primary health care, reform

Introdução

As mudanças dos padrões de saúde e de doença, as alterações sociodemográficas, a pressão socioeconómica e a não equidade de acesso aos cuidados de saúde colocam os Cuidados de Saúde Primários (CSP) no centro das atenções dos políticos, gestores de saúde e das populações.

O título do relatório de 2008 da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, *Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca*, sugere uma urgência que é baseada na constatação de que as “populações foram deixadas para trás” e no sentimento de “oportunidades perdidas” naquele que era o desígnio dos CSP: a centralidade no cidadão. Afirma-se ainda naquele relatório¹ que “os sistemas de saúde precisam de responder melhor – e mais rapidamente

– aos desafios de um mundo em mudança” e conclui-se que os CSP podem fazê-lo.

Em Portugal, os CSP têm sido objeto de reflexão e análise² e a sua reforma tem vindo a ser desenhada e preparada há mais de uma década³, tendo sofrido várias mudanças de velocidade no seu percurso⁴⁻⁷.

O objetivo do presente trabalho é apresentar informação sobre a reforma dos CSP em Portugal e estabelecer pontes com os processos de reforma que ocorreram ou estão a ocorrer noutros países. Pretende-se ainda identificar fatores que poderão influenciar o curso da reforma.

Procedeu-se a uma revisão crítica da literatura baseada na pesquisa e tratamento de informação publicada em

documentos legais e artigos selecionados de publicações científicas publicados nos últimos dez anos.

Investir nos CSP?

Um pouco por todo o mundo os governos procuram formas de melhorar a equidade, a eficiência, a eficácia e a capacidade de resposta dos seus sistemas de saúde⁸⁻⁹.

Um relatório da Rede para a Evidência em Saúde (HEN – *Health Evidence Network*), de 2004¹⁰, que se baseou numa revisão de estudos sobre a contribuição dos CSP para a saúde das populações, conclui que os países com um sistema forte de cuidados primários apresentam melhores resultados em saúde nos itens de “mortalidade por todas as causas”, “mortalidade prematura por todas as causas” e “mortalidade prematura por causas específicas” associadas às doenças cardiovasculares e respiratórias. Além disso, uma maior disponibilidade de CSP está associada a uma maior satisfação dos utentes e à redução de custos.

Por outro lado, Atun¹⁰ refere que os serviços de saúde orientados para as especialidades contribuem para uma menor equidade de acesso. O estudo refere que a expansão dos cuidados de saúde primários poderia não resultar sempre em redução de custos, uma vez que, ao determinar a existência de necessidades não satisfeitas e ao melhorar a acessibilidade, um dos resultados prováveis seria o aumento da procura e da utilização dos serviços. Para Atun¹⁰, relativamente à obtenção de ganhos de saúde para as populações, não existe ainda evidência nem consenso sobre o nível ótimo de estruturas, serviços e forma de prestar cuidados que ofereçam uma boa relação custo-resultado.

A Reforma dos CSP em Portugal

A reforma dos CSP foi assumida como um dos principais objetivos do Governo português na área da saúde.

O enquadramento legal dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi estabelecido pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro¹¹. Pelas Portarias nº 272 a 276/2009, de 18 de Março, foram criados os ACES. O documento de trabalho elaborado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em Agosto de 2008¹², refere que a “implementação dos ACES integra-se no quadro global da transformação organizacional da administração pública, da administração da saúde e dos serviços prestadores de cuidados de saúde primários”. A visão estratégica na base desta reforma¹² apostava que este tipo de organização permitiria uma maior proximidade ou interligação à atividade assistencial que faltava às extintas Sub-Regiões de Saúde. Simultaneamente, o nível de dimensionamento parecia comportar um potencial de obtenção de economia de escala e um ganho de produtividade¹³.

A distribuição de meios e recursos

O bússis da reforma centra-se na disponibilidade e na gestão dos recursos financeiros necessários para a suportar, na sua justa distribuição e aplicação e, ainda, na articulação e

integração das várias Unidades Funcionais (UF) na estrutura organizacional do ACES.

Outro aspeto a ser considerado no dimensionamento dos CSP do SNS prende-se com a questão de se saber quais os serviços que devem ser prestados. E isto é imperativo para se poder determinar os recursos necessários e avaliar a sustentabilidade financeira do sistema.

Sem uma definição clara do âmbito de serviços que devem ser prestados, o desenvolvimento dos CSP em Portugal tenderá a ser assimétrico e sujeito a grande variação regional, tornando muito difícil estabelecer padrões de referência para avaliação da efetividade. O sucesso da reforma de saúde em curso deveria assentar, no entendimento dos autores, numa definição de orientações estratégicas de âmbito nacional que contemplem com clareza e coerência uma previsão dos recursos humanos necessários para o cumprimento dos vários programas nacionais no âmbito dos CSP. Apesar de exigente, esta tarefa é fundamental e, a exemplo de outros países¹⁴, é possível concretizar-se.

Os dados de Dezembro de 2009, relativos ao concurso de ingresso de profissionais para as ARS, levam-nos a questionar se de facto existe uma estratégia concertada a nível nacional relativa à gestão dos recursos humanos nos CSP. As anulações quase imediatas de algumas dessas iniciativas adensaram mais esta dúvida. Analisemos algumas situações que refletem assimetrias na distribuição de recursos.

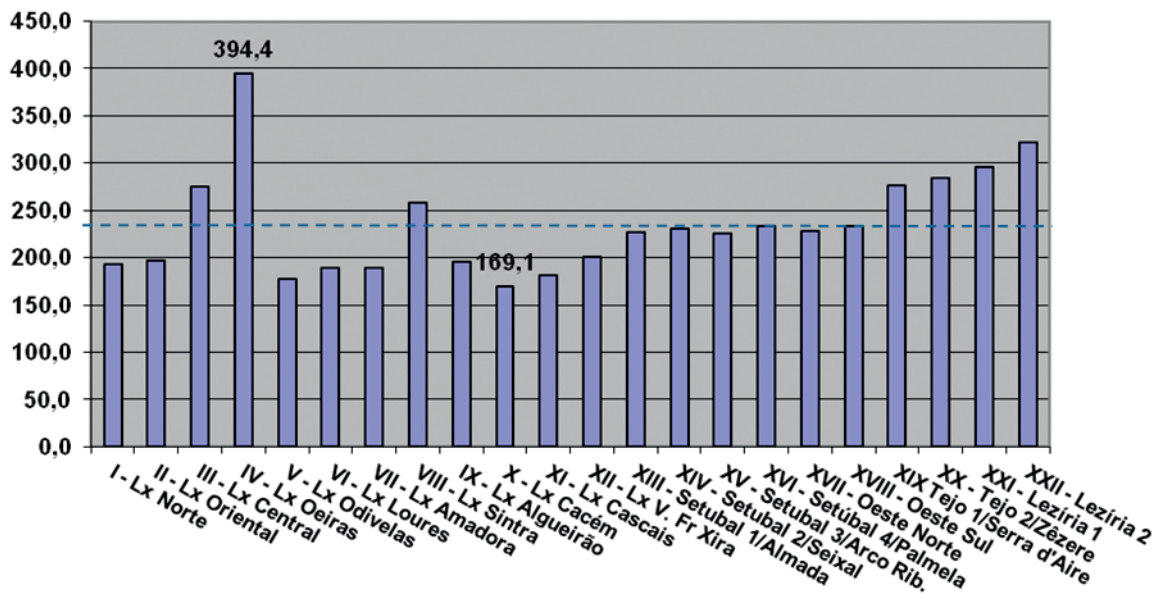
Foi realizado um exercício com os valores populacionais e de recursos humanos que constam da Portaria nº 276/2009, de 18 de Março, que criou os ACES no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Selecionou-se a ARSLVT por ser aquela com maior cobertura populacional a nível nacional (aproximadamente 40% da população) e que, em termos de ACES instalados, corresponde a cerca de um terço do total dos ACES de Portugal.

O Quadro 1 apresenta o rácio de recursos humanos de cada ACES por 100.000 utentes inscritos. São apresentados os valores máximos e mínimos encontrados entre os vinte e dois ACES e a linha azul a tracejado indica o valor médio desse rácio (235,4 profissionais por 100.000 utentes inscritos).

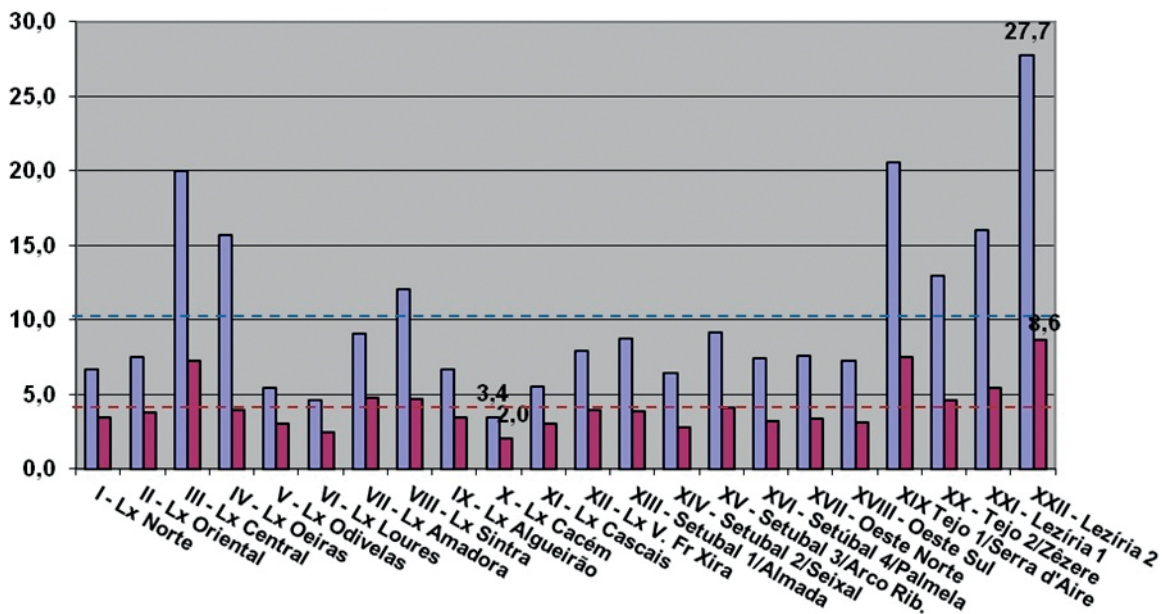
Foi ainda realizada uma análise para a área dos técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT). O Quadro 2 apresenta o rácio destes profissionais em cada ACES por 100.000 utentes inscritos (barras em azul) e ainda o rácio destes técnicos pelo total dos recursos humanos do seu ACES (barras em roxo). São apresentados os valores máximos e mínimos encontrados entre os vinte e dois ACES: a linha azul a tracejado indica o valor médio do rácio desses profissionais por 100.000 utentes inscritos (10,4); a linha tracejada a roxo dá-nos a informação sobre o valor médio da percentagem destes profissionais no total de recursos humanos dos ACES (4,2%).

A leitura dos dois quadros permite verificar a existência de assimetrias acentuadas entre os diversos ACES. Do ponto de vista de planeamento estratégico e de avaliação

Quadro 1. Rácio dos recursos humanos dos ACES por 100.000 utentes inscritos



Quadro 2. Rácio de TDT dos ACES por 100.000 utentes inscritos (azul) e rácio de TDT pelo total dos recursos humanos do ACES (roxo)



de resultados surgem várias questões. Com tão pronunciadas assimetrias, como se pode comparar o desempenho das várias instituições e das unidades que a compõem? Como se pode pensar em avaliações cruzadas entre unidades?

O que também se torna muito evidente é a assimetria que se regista entre o grupo dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e os outros profissionais dos ACES. Com este quadro da situação deve questionar-se como é possível defender-se uma visão abrangente da Saúde e uma abordagem interdisciplinar nas intervenções junto do indivíduo

e das populações quando, em termos assistenciais, constatamos existirem praticamente duas profissões (enfermagem e medicina)? E esta é uma situação que se reflete, em alguns casos, na composição do Conselho Clínico (CC) dos ACES, apesar das orientações da Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Articulação e integração de cuidados

Um dos princípios defendidos internacionalmente para o desenvolvimento dos serviços prestados ao nível dos CSP é a articulação e integração de cuidados. A reforma em

curso em Portugal faz uma grande aposta neste princípio. Mas o processo não é livre de escolhos.

Integrar diversas áreas do saber é um imperativo de boas práticas em condições de saúde complexas e multifactoriais¹⁵⁻¹⁸. Os cuidados exigidos para uma adequada intervenção nas condições crónicas e saúde mental requerem articulação e integração de cuidados. Só que esta articulação e integração de cuidados é muitas vezes uma realidade distante, mesmo quando estão reunidas condições facilitadoras, conforme é evidenciado no estudo de Westheimer, et al.¹⁹.

Se num ambiente integrado de prestação de cuidados de saúde que envolve parceria entre uma instituição de saúde e uma instituição académica se verifica esta dificuldade, como é o caso do citado estudo de Westheimer, et al.¹⁹, o que se pode presumir das possibilidades de integração de serviços entre várias UF, quando as despesas de uma aumentam com a contratualização de serviços às outras unidades?

Reconhece-se que a integração de profissionais de saúde, para além das profissões tradicionais, pode contribuir para a melhoria de qualidade dos serviços de saúde, se baseada na melhor evidência científica disponível. Litchfield e MacDougall²⁰ defendem que o modelo de prática baseada na evidência garante que os utentes não são sujeitos a regimes terapêuticos desadequados e ineficazes.

A nova realidade e os novos constrangimentos podem comprometer a continuidade de intervenções de comprovada efetividade que têm sido realizadas até ao momento, bem como modelos de práticas baseadas na evidência. Estarão disponíveis as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) para contratualizarem esses serviços a outros profissionais, unidades ou agências? Estarão dispostas em incorrer em custos que não se repercutem nos indicadores de desempenho contratualizados e apenas sobrecarregam os indicadores financeiros?

É reconhecido que a realidade da saúde ultrapassa as fronteiras da medicina, da enfermagem, da logística administrativa, da farmácia ou do laboratório.

Agora, mais do que nunca, os serviços deverão ser centrados no utente e não em protagonismos profissionais ou em unidades que foram pensadas para se complementar e não para se fechar sobre si próprias.

Um serviço público de saúde deve significar que, na sua gestão, o cidadão faz parte da equação e não apenas na parcela do consumidor.

As alterações dos padrões dos problemas de saúde e as alterações sociodemográficas colocaram as doenças crónicas pesando muito nas despesas de saúde. Lidar em CSP com as doenças crónicas de forma eficiente implica outras abordagens que não apenas o modelo biomédico²¹. No entanto, as metas contratualizadas pelas UF e os seus indicadores de desempenho perfilham-se claramente num modelo de intervenção redutor. O modelo de incentivos financeiros pode limitar ainda mais a integração de cuidados. Lewis, et al.²², em 2003, já chamavam a atenção para

esta realidade que estava a acontecer em Inglaterra, também em processo de reforma.

Nolte e Tremblay²³ reconhecem que a eficácia das intervenções que resultam da colaboração interdisciplinar é difícil de medir em CSP. Isto porque os CSP incluem não apenas cuidados terapêuticos, como intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença, o que torna difícil operacionalizar a medição por resultados do trabalho de equipa; além disso, mesmo que as equipas estabeleçam metas e que estas sejam alcançadas, o seu sucesso pode ser atribuído a circunstâncias de contexto e ao perfil da população e não apenas à intervenção.

Articulação das UF nos ACES

A articulação orgânica e funcional entre as diversas UF no novo modelo organizacional não se revela simples. A análise sobre o desenvolvimento dos CSP no Canadá²⁴ e as dinâmicas das suas equipas²³ identifica vários fatores que podem comprometer o funcionamento das equipas e a cooperação entre elas. Salienta-se que a falta de investimento nas tecnologias de informação constitui um obstáculo à partilha de informação; as questões relacionadas com a natureza dos serviços público e privado de prestação de cuidados de saúde criam barreiras; os modelos remuneratórios diferentes podem ser um obstáculo à colaboração entre as UF; as exigências burocráticas e administrativas constituem um peso significativo no funcionamento das unidades; o sistema de regulação e as responsabilidades legais são fonte de grande pressão para os prestadores de cuidados; as expectativas irrealistas dos utentes podem colocar grande pressão no sistema; as práticas de proteção ou tratamento privilegiado de alguns profissionais colocam barreiras ao trabalho de equipa e têm um efeito negativo na motivação e na produtividade; e a falta de recursos humanos e outros fatores de frustração resultam no esgotamento dos profissionais e na reduzida estabilidade nas equipas.

Estes fatores parecem refletir as problemáticas e a realidade portuguesa atual, segundo vários autores^{26-29,34} e conforme será elaborado mais à frente.

As regras do jogo – A contratualização

Allen²⁵ referia que os profissionais das equipas de CSP consideram que o trabalho da equipa estimula a responsabilização e a prestação de contas e que os incentivos financeiros são também úteis para maior responsabilização. A prestação de contas e a responsabilização são características marcantes nos novos modelos organizacionais dos cuidados primários⁶. Allen previa também pontos de tensão entre os vários grupos no processo de responsabilização individual e coletiva e indicava que²⁵:

- Os profissionais de enfermagem podem ser confrontados com o conflito existente entre as prioridades definidas pelas unidades a que pertencem e as orientações relativas à natureza das suas funções nos CSP;
- Os médicos podem enfrentar conflitos entre a necessidade da unidade em reduzir as despesas de medicamentos e o seu julgamento profissional relativo

à terapêutica que julgam ser adequada aos seus utentes;

- As próprias unidades podem enfrentar conflitos na área de gestão financeira quando sentem necessidade de contratualizar serviços externos para determinadas condições de saúde.

Relativamente a este tema, Aguiar²⁶ afirma que, em Portugal, o processo de contratualização com as UF deveria permitir incentivar o desempenho, monitorizar e demonstrar ganhos. Reconhece, contudo, que os indicadores utilizados podem ter efeitos secundários e “criar incentivos perversos e mudar a prática assistencial”. Santos e Ribeiro²⁷ afirmam igualmente que “os indicadores de desempenho podem modelar o exercício” e citam estudos que alertam para o aumento das desigualdades entre doentes como um dos efeitos da introdução dos incentivos financeiros associados ao desempenho. Aguiar²⁶ chama ainda a atenção para o facto de que “transformar a “contratualização/avaliação” numa qualquer nova forma de “comando administrativo” de sentido único, de cima para baixo, é sufocar a mudança, a Reforma, a motivação, a criatividade e o entusiasmo dos profissionais e equipas das USF”. Notam-se, nestas afirmações, as tensões que eram referidas por Allen²⁵, no Canadá.

O conjunto destes dados e informações recolhidas, não apenas em Portugal como além-fronteiras, leva-nos a colocar a questão: será que o foco dos indicadores atualmente vigentes poderá condicionar a qualidade técnica da prestação dos CSP?

Esta e outras questões são importantes porque determinam não apenas a qualidade dos serviços das USF como também condicionam o desenvolvimento das outras UF que estão a despontar. Por este motivo, devemos-nos deter um pouco mais a analisar o *modus operandi* dos nossos serviços.

As regras do jogo – Avaliação das USF

Num estudo qualitativo elaborado pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários em 2008²⁸, que procurou identificar problemas e sucessos nas USF, foram referidos, como aspetos positivos, o aumento da acessibilidade dos cidadãos aos serviços, a autonomia, o trabalho em equipa, a satisfação e motivação profissional e os novos sistemas de informação. Os aspetos negativos identificados diziam respeito a problemas de recursos humanos, formação, sistemas de informação, comunicação intersetorial, incentivos, equipamentos e instalações.

O relatório de avaliação das USF da região Centro de 2008²⁹ identifica alguns fatores que constituem obstáculos ao sucesso da reforma dos CSP. O documento refere, na pág. 3, que “o sistema de informação que permite a monitorização dos resultados esteve aquém da resposta necessária e expectável”. Mais adiante, acrescenta: “a limitação da rede informática, a existência de contratos laborais com vínculos precários, o não fornecimento do equipamento solicitado e a não concretização das obras desejadas são

outros dos aspetos referidos pelas USF nos seus relatórios”. Mas existem não-conformidades que limitam a avaliação dos novos modelos de prestação de cuidados. Por exemplo, o relatório refere: “Verificámos que a não aplicação dos inquéritos de satisfação dos utentes é uma lacuna considerável, pois a consistência do modelo depende dessa avaliação”.

Não existindo indicadores de resultados nem indicadores de satisfação dos utentes, que conclusões se podem tirar da bondade do novo modelo?

Além disso, como podemos aferir a aceitação deste modelo pela população?

Não foi a pensar especialmente nela que se implementou a reforma?

Afonso e Gerra²⁹ sugerem que o foco da contratualização deverá mudar periodicamente, de modo a que, num horizonte temporal mais largo, se consiga abranger um maior número de variáveis.

A avaliação da qualidade das equipas de saúde e as questões relacionadas com a escolha de indicadores a utilizar por estas equipas tem sido objeto de análise e discussão ao longo dos últimos anos³⁰⁻³³. Se a utilização de indicadores de processo é uma opção acertada do ponto de vista metodológico para as equipas de reduzida dimensão, como é o caso das USF, convém salientar que, do ponto de vista da prestação de cuidados de saúde, os utentes esperam e necessitam de intervenções que não se reduzem à lista de indicadores que é contratualizada.

Mas será que existe disponibilidade por parte daquelas equipas para irem além dos indicadores de desempenho contratualizados?

E se as intervenções resultarem insuficientes na resolução dos problemas de saúde dos utentes e mesmo assim as equipas cumprirem com os objetivos, deverão manter-se os incentivos?

Haverá incentivos para se distribuir por todas as equipas enquanto as metas forem alcançadas?

Num jogo de futebol, as regras ditam que o resultado depende apenas dos golos marcados ou sofridos. E se se mudassem as regras e a vitória fosse atribuída à equipa que tivesse mais posse de bola? As equipas procurariam fazer mais golos ou ter mais posse de bola?

Quando as metas são os procedimentos ou, se se preferir, a posse de bola, o que é expectável que aconteça? Será desta possibilidade de “incentivos perversos e de mudança assistencial” que falava Aguiar²⁶?

Por seu lado, Santos e Ribeiro²⁷ referem que “incentivos financeiros de produtividade ligados à prestação de determinados atos médicos podem conduzir a cuidados mais caros sem ganhos nos resultados clinicamente relevantes”.

Deveremos entender que introduzir indicadores de resultados relacionados com ganhos em saúde na avaliação das UF, em especial nas USF, é um desafio. O universo populacional é demasiado pequeno e sujeito a grande variação, o que torna os indicadores pouco fiáveis e pouco justos. Mas existem alternativas que não apenas indicadores de desempenho.

As regras do jogo – O desempenho dos ACES

Torna-se necessário então assumir uma visão de conjunto e integrar o contributo de cada Unidade Funcional no todo que é o ACES. A esse nível, a vigilância epidemiológica e os indicadores de saúde da população já poderão ser úteis e mais fiáveis. A esse nível, a seleção de indicadores de desempenho, em combinação com indicadores de resultados e de satisfação, já nos garantirão uma melhor avaliação do desempenho da organização.

É neste ponto que se impõe proceder a uma análise sistémica e entender os mecanismos de governação dos ACES.

Em Outubro de 2009 foi colocado em discussão pública um documento de trabalho do qual resultariam as linhas orientadoras de avaliação do desempenho dos ACES³⁴.

Apresentava-se suficientemente robusto para suportar a reorganização dos CSP. Disponha ainda de espaço de crescimento e maturação para uma complexa e novel realidade. Regista-se, contudo, um peso excessivo de indicadores de processo, gerador de desequilíbrio relativamente aos indicadores de resultados.

Na pág. 4 do referido documento refere-se que “os instrumentos para a melhoria do desempenho devem contribuir para melhorar os resultados em saúde”³⁴. Ora torna-se necessário medir esses resultados, sendo que a focalização na medição de processos parece ser insuficiente. Os indicadores de saúde propostos são quase exclusivamente de morbilidade e mortalidade. São inexistentes os indicadores de funcionalidade para a caracterização da saúde da população. Ora existe evidência suficientemente vasta em favor destes últimos. Segundo vários autores, para se estimar a utilização dos serviços de saúde, os indicadores de funcionalidade são superiores aos indicadores de mortalidade/morbilidade³⁵⁻³⁶. Além disso, os indicadores de funcionalidade apresentam uma correlação mais forte com a “qualidade de vida relacionada com a saúde”.

O grupo de trabalho que elaborou aquele documento ressalva, contudo, que a avaliação do desempenho dos ACES e o seu plano de atividade só poderão ser considerados quando estas estruturas dispuserem dos requisitos essenciais de funcionamento. Esta é a realidade que é necessário atender. A “montagem” dos ACES decorre a várias velocidades. A aposta e a prioridade nas USF, que se entende, têm condicionado e travado a constituição das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Uma das razões prende-se com os recursos humanos. Se se tivessem aprovado as UCC que se candidataram em devido tempo, não seria possível constituir um largo número de USF que apresentaram as suas candidaturas posteriormente. Consequências: com limitações de recursos, como poderão as UCC entrar em atividade e cumprir com a sua missão?

As UCC, uma das unidades fundamentais e identitárias dos CSP que podem integrar diversas áreas das tecnologias da saúde, enfrentam vários desafios. Dependem, para a aprovação da sua candidatura, da constituição de equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). Reconhece-se que as ECCI têm uma intervenção que não se enquadra na tipologia dos CSP e a natureza da sua intervenção deve

respeitar as normas de intervenção da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)³⁷. As orientações³⁸⁻³⁹ e disposições legais⁴⁰ que condicionam a intervenção das UCC, aliadas aos constrangimentos atuais em matéria de recursos humanos e materiais, indiciam que estas unidades terão muita dificuldade em investir na saúde das populações e nos seus programas de promoção da saúde. No contexto atual, é muito elevada a probabilidade das ECCI absorverem a maior parte dos recursos das UCC.

Relativamente à Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), temos um retrato parcial representado no Quadro II. Esta unidade funcional pode congrega todo o tipo de técnicos com intervenção assistencial em saúde. Do ponto de vista de uma boa gestão organizacional deverão ser dotados dos necessários recursos, se se pretende uma ação efetiva e a economia de meios na sua utilização. Não respeitar números mínimos poderá significar que a organização corre o risco de criar desperdício de recursos, criar falsas expectativas nos utentes e, conseqüentemente, não garantir equidade de acesso nem qualidade de serviço.

Apesar de algum estímulo dado a um núcleo de coordenadores das URAP pelo extinto Grupo Coordenador Estratégico, que sucedeu à extinta Missão para os Cuidados de Saúde Primários, as prioridades da reforma em curso e os sinais que a realidade nos apresenta fornecem indicações claras relativamente à atenção que está a ser dedicada à URAP. E a realidade revela, entre outros aspetos, uma persistente ausência de vontade política para criar um dispositivo legal regulamentador da atividade da URAP, como sucede para as USF, UCC e USP (Unidade de Saúde Pública).

Relativamente a outra Unidade Funcional dos ACES, as USP têm o seu perfil bem definido, debatendo-se, contudo, algumas com falta de recursos humanos para poderem concretizar os seus planos de atividade. O resultado do seu trabalho será de importância relevante na avaliação do desempenho em saúde do ACES e constituirá uma ferramenta fundamental para a atividade do CC.

Para além das UF de natureza assistencial, os ACES dependem de uma logística de suporte. Os ACES terão maior probabilidade de serem organizações eficientes se estiverem dotados de uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) funcionante. O documento de trabalho sobre o Plano de Desempenho dos ACES³⁴ é claro em relação a este ponto, mas, conforme é referido, são ainda visíveis muitas lacunas nesta área.

Que abordagem para os CSP

Para Atun¹⁰ é necessária uma nova abordagem em saúde. Esta abordagem, se quiser garantir a sustentabilidade e a viabilidade dos cuidados primários, deve assentar num equilíbrio de gestão de recursos e num modelo de saúde para todos, que não significa saúde para tudo.

É fundamental identificar as intervenções de CSP que promovem mais saúde e reduzem a procura de cuidados de especialidade e internamentos hospitalares. Aqueles serviços dever-se-ão constituir em carteira básica, existindo atualmente um conjunto de condições identificadas que se

Caixa 1 – Princípios de Tavistock

Os Direitos – As pessoas têm o direito à saúde e aos cuidados de saúde.

O Equilíbrio – Entre o individual e o coletivo. A prestação individualizada dos cuidados é central, bem como a saúde das populações.

A Globalidade – Os cuidados devem ser globais, isto é, para além de se tratar a doença, existe igualmente a obrigação de aliviar o sofrimento, reduzir a incapacidade, prevenir a doença e promover a saúde.

A Cooperação – O sucesso nos cuidados de saúde é facilitado se houver cooperação com os utilizadores e com os outros setores (profissões e recursos sociais).

A Melhoria – A melhoria dos cuidados de saúde é uma responsabilidade que deve ser assumida de forma séria e continuada.

A Segurança – Não fazer mal.

A Transparência – Ser transparente, honesto e inspirar confiança é vital nos cuidados de saúde.

encontram enquadradas em programas de saúde. Outros serviços a implementar deverão provar a sua utilidade através de estudos de custo-efetividade. Estes últimos, que procuram dar resposta a necessidades de saúde não satisfeitas, deverão provar que promovem ganhos em saúde, que reduzem a procura de outros serviços de saúde mais onerosos e que são viáveis do ponto de vista económico, existindo já alguns exemplos⁴¹. Importa ressaltar que é necessário fazer um investimento paralelo em investigação para avaliar os resultados de intervenções inovadoras em saúde.

Num contexto que se antevê de forte competição, os interesses corporativos e os interesses individuais poderão ser mais prejudiciais que benéficos para o equilíbrio do sistema e para o utilizador dos serviços de saúde.

Mas estabelecer a responsabilização horizontal (entre pares) e vertical superior (com os órgãos com quem contratualiza) tem os seus custos²⁵. Os profissionais de saúde precisam de tempo e de formação para desenvolverem as necessárias competências e precisam de equipamento e de meios para implementar procedimentos de revisão por pares e para monitorizar as metas e os objetivos estabelecidos. Mais recursos financeiros são necessários quando se introduzem incentivos económicos.

Posicionar o sistema com a centralidade no cidadão envolve investimento em recursos, envolve custos. Se a responsabilização vertical inferior (compromisso de saúde com a comunidade, prestação de contas ao cidadão e população) for adotada de forma séria ocorrerão mais custos com atividades relacionadas com os processos de informação, formação e contatos com a população para que este nível de relação e de participação pública seja efetivo. Mas só assim se pode assumir com seriedade o moto “SNS – proximidade com qualidade”.

Relativamente à afetação de recursos, Campbell, et al.⁴² afirmam que os recursos limitados e o ritmo de mudança são potenciais obstáculos à reforma dos CSP. Allen²⁵ acrescenta que os recursos limitados forçarão as UF a estabelecer prioridades nas práticas de responsabilização. É possível

antever que o “contrato” com a população e com o cidadão possa ser o item mais fraco nesta lista de prioridades.

Na sua análise sobre o futuro dos CSP na Inglaterra, Lewis e Dixon⁸ preveem muita tensão e competição entre as partes em jogo, sendo colocadas dúvidas sobre a justeza dos incentivos. Uma das consequências desta competição é o aumento da eficiência em algumas intervenções tipicamente associadas às USF à custa da redução da cooperação inter-profissional e inter-organizacional.

Estará em causa a visão e a intervenção abrangente que se preconiza e que deve caracterizar os CSP?

Como se deverá adequar a missão dos CSP – centralidade no utilizador – com os modelos de gestão organizacional que estão a ser implementados?

Num momento de reforma, em que os profissionais de saúde sofrem pressão a todos os níveis, em que as oportunidades se misturam com as ameaças, em que as expectativas convivem com as frustrações, é importante a existência de um referencial ético cujos princípios devem assentar os passos da caminhada que se está a empreender.

Neste sentido recorreremos, porque julgamos apropriado, aos princípios Tavistock, enunciados por Berwick, et al.⁴³. Estes pretendem ser um quadro de referência ética para todos os que estão envolvidos nos cuidados de saúde, desde os utilizadores, profissionais, gestores e políticos. Apresentamos, na Caixa 1, esses princípios adaptados⁴³.

O respeito por estes princípios poderá, acreditamos, orientar as nossas atitudes e comportamentos para os aspetos principais da nossa intervenção em saúde.

Conclusão

Num contexto de reforma defendemos, como Biscaia⁶, a reforma do pensamento. Da parte dos profissionais de saúde e das suas lideranças torna-se necessário, não só estimular o conhecimento, como transferir este conhecimento para o plano de intervenção, desenvolvendo boas práticas e estabelecendo referências de qualidade. As comunidades de prática⁴⁴, como espaços privilegiados de

partilha de saberes e experiências, deverão ser estimuladas. Deste modo, a ética e a qualidade técnica terão maior probabilidade de se aliarem para dar sentido ao moto “SNS – Qualidade com Proximidade”.

Gerir com justeza o equilíbrio entre a eficiência organizacional e a qualidade técnica na prestação de cuidados de saúde é uma responsabilidade de todos. No contexto organizacional atual, a maior fatia de responsabilidade deve ser assumida pelo CC. A ele caberá olhar para o global e facilitar a articulação das partes do sistema – as UF, mas não só. Deve, por isso, promover a neguentropia deste sistema de saúde com o objetivo emparelhado de satisfazer o utilizador dos CSP e, simultaneamente, garantir a viabilidade e a sustentabilidade da sua organização de saúde.

O papel do CC será, por isso, determinante no acompanhamento do desempenho das Unidade Funcionais ao zelar para que os indicadores sejam apenas premissas num processo de contratualização orientado para a melhoria da qualidade. Os verdadeiros e principais objetivos serão garantir as boas práticas clínicas e que as intervenções de natureza assistencial sejam dirigidas para a redução dos processos de doença e para a promoção de saúde. Neste sentido, o CC deverá garantir uma estreita colaboração com a USP para a medição dos ganhos em saúde da população. E, por razões óbvias, será determinante criar as melhores condições para o envolvimento do Conselho da Comunidade na definição dos objetivos de saúde e do seu plano de realização.

São muitas as variáveis em jogo, mas um aspeto deverá estar sempre presente: as estratégias de melhoria organizacional com maior probabilidade de êxito serão aquelas que incluem também os fatores que influenciam a motivação e a satisfação profissional.

Referências Bibliográficas

- World Health Organization. The World Health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.
- Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal [Primary health care in Portugal]. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2001;volume temático 2:5-12. Available from: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>. Portuguese
- European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition – Portugal [Internet]. Copenhagen: EOHCS; 1999. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/107848/E68284.pdf.
- Direcção-Geral da Saúde. Centros de saúde da terceira geração: manual para a mudança [Internet]. Lisboa: DGS; 2002. Available from: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005785.pdf>. Portuguese
- Sousa JC. A raposa e as uvas: um olhar sobre a reforma dos cuidados de saúde primários. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2007;23(2):117-22. Available from: http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=102. Portuguese
- Biscaia AR. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2006;22(1):67-79. Available from: http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginalId=33568&artId=217. Portuguese
- Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal [From Alma-Ata to Harry Potter: a personal view]. Rev Port Saúde Pública [Internet]. 2001;vol temático 2:101-8. Available from: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-10-2001.pdf>. Portuguese
- Lewis R, Dixon J. The future of primary care: meeting the challenges of the new NHS market [Internet]. London: King's Fund; 2005. Available from: www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=6106.
- Direcção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2010: volume 1, prioridades [Internet]. Lisboa: DGS; 2004. Available from: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf. Portuguese
- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf.
- Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Available from: <http://dre.pt/pdf1s-dip/2008/02/03800/0118201189.pdf>. Portuguese
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Agrupamentos de centros de saúde (ACES): linhas de acção para a sua implantação e desenvolvimento (documento de trabalho) [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2008. Available from: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_125/3_ACES_Como_implementar.pdf. Portuguese
- Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel LS. Análise dos custos dos centros de saúde e do regime e remuneratório experimental [Internet]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde; 2006. Available from: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4B0B71BD-1620-4168-BB98-60134AB16A49/0/Relat%C3%B3rioAPESRRE.pdf>. Portuguese
- Department of Health. National service framework for older people [Internet]. London: Department of Health; 2001. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000340.
- Berg A, Palomäki H, Lönnqvist J, Lehtihalmes M, Kaste M. Depression among caregivers of stroke survivors. Stroke. 2005;36:639-43.
- Navaie-Waliser M, Feldman PH, Gould DA, Levine C, Kuerbis AN, Donelan K. When the caregiver needs care:

- the plight of vulnerable caregivers. *Am J Public Health*. 2002;92(3):409-13.
18. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*. 1995;35(6):771-91.
 19. Westheimer JM, Steinley-Bumgarner M, Brownson C. Primary care providers' perceptions of and experiences with an integrated healthcare model. *J Am Coll Health*. 2008;57(1):101-8.
 20. Litchfield R, MacDougall C. Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Aust J Physiother*. 2002;48(2):105-12.
 21. Lewis R, Dixon J. Rethinking management of chronic diseases. *BMJ*. 2004;328(7433):220-2.
 22. Lewis R, Dixon J, Gillam S. Future directions for primary care trusts [Internet]. London: King's Fund; 2003. Available from: http://www.kingsfund.org.uk/publications/future_1.html.
 23. Nolte J, Tremblay M. Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada [Internet]. Ottawa: EICP Initiative; 2005. Available from: <http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care-in-Canada.pdf>.
 24. Deber R, Baumann A. Barriers and facilitators to enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care [Internet]. Ottawa: EICP Initiative; 2005. Available from: <http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/Barriers-and-Facilitators-to-Enhancing-Interdisciplinary-Collaboration-in-Primary-Health-Care.pdf>.
 25. Allen P. Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *BMJ* [Internet]. 2000;321:608-11. Available from: http://www.bmj.com/highwire/filestream/374012/field_highwire_article_pdf/0.pdf.
 26. Aguiar M. Contratualização nos ACES. In Reunião Nacional de Directores Executivos dos ACES, Peniche, 6 de Março de 2009.
 27. Santos I, Ribeiro IL. Indicadores de desempenho na consulta. *Rev Port Clin Geral* [Internet]. 2009;25(2):228-36. Available from: http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=827. Portuguese
 28. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Sucessos e problemas das unidades de saúde familiar: um estudo qualitativo [Internet]. Lisboa: MCSP; 2008. Available from: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf. Portuguese
 29. Afonso PB, Guerra LO. Relatório de avaliação 2007: contratualização com as unidades de saúde familiar. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro; 2008.
 30. Brook RH, McGlynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *Int J Qual Health Care*. 2000;12(4):281-95.
 31. Mant J. Process versus Outcome Indicators in the Assessment of Quality of Health Care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2001;13(6):475-80.
 32. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):489-96.
 33. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The Advantages and Disadvantages of Process-Based Measures of Health Care Quality. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):469-74.
 34. Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários. Agrupamentos de centros de saúde: proposta de plano de desempenho (documento de trabalho) [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2009. Available from: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B8D37DC6-184F-4255-A2B3-0EB7474E-F4CB/0/PDACES_DiscussaoPublica_14Out009.pdf. Portuguese
 35. Bickenbach JE. Functional status and health information in Canada: proposals and prospects. *Health Care Financ Rev*. 2003;24(3):89-102.
 36. Üstün TB, Chatterji S, Kostansjek N, Bickenbach J. WHO's ICF and functional status information in health records. *Health Care Financ Rev*. 2003;24(3):77-88.
 37. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [Internet]. Available from: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>. Portuguese
 38. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007.
 39. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados. A equipa de cuidados continuados integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2007. Available from: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/ccintegrados_2009.pdf. Portuguese
 40. Despacho nº 10143/2009, de 16 de Abril. Aprovação do regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade [Internet]. Available from: <http://dre.pt/pdf2sdip/2009/04/074000000/1543815440.pdf>. Portuguese
 41. Noronha T, Vital E. Classificação internacional da funcionalidade: um modelo de intervenção e um instrumento de medição de resultados. *Re(habilitar)*. 2008;7:5-19.
 42. Campbell S, Roland M, Wilkin D. Primary care groups: improving the quality of care through clinical governance. *BMJ* [Internet]. 2001;322:1580-2. Available from: http://www.bmj.com/highwire/filestream/360635/field_highwire_article_pdf/0.pdf.
 43. Berwick D, Davidoff F, Hiatt H, Smith R. Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care. *BMJ*. 2001;323:616-20.
 44. Covita H. O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde primários. *Rev Port Clin Geral* [Internet]. 2006;22(1):81-9. Available from: http://www.apmgf.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=218. Portuguese

Artigo recebido em 22.08.2011 e aprovado em 19.01.2012.