

Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação

Family Health Reform in Portugal: analysis of its implementation

Paulo de Medeiros Rocha ¹
Armando Brito de Sá ²

Abstract *Primary healthcare in Portugal is undergoing a major reform, of which family health units (FHU) are one of the more visible results. This study aimed to evaluate the FHU implementation process from 2006 onwards. Methods from a previous study of primary healthcare implementation in Brazil were used. Dimensions studied included comprehensiveness of care, organization of care, and the political-institutional perspective. The main improvements identified included better availability of care, team work, technical quality of care, innovative management practices, sustainability of the model, working conditions and infrastructure improvements. Main challenges remaining include integration with hospital care, political and institutional gray areas, need for better information systems, integration within health centers and workflow organization. These data may be useful for management decision-makers when making adjustments and corrections in the reform process.*

Key words *Evaluation process (health care), Family Health, Primary care, Health management, Health reform*

Resumo *Os cuidados de saúde primários de Portugal estão em processo de reforma, sendo as Unidades de Saúde Familiar (USF) uma das principais marcas desse processo. Este estudo teve como objectivo avaliar o processo de implantação das USF a partir de 2006. Utilizou-se metodologia de análise de implantação na mesma área de atenção primária em saúde de um estudo anterior no Brasil. Na análise foram empregadas as dimensões do cuidado integral, da organização dos cuidados e político-institucional. Evidenciaram-se como avanços principais a acessibilidade, trabalho em equipe, qualidade (técnico-científica) dos cuidados, inovações nas práticas de gestão, na sustentabilidade (condições de trabalho) e infraestrutura. Principais desafios: integração com especialidades hospitalares, indefinições político-institucionais, sistemas informatizados, integração nos centros de saúde e organização do processo de trabalho. Estes dados poderão vir a informar os decisores de gestão sobre correções a efetuar no processo de reforma.*

Palavras-chave *Avaliação de processos (cuidados de saúde), Saúde da Família, Cuidados primários, Gestão em saúde, Reforma em saúde*

¹Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. General Cordeiro de Farias s/nº, Petrópolis. 59010-180 Natal RN. paulorochoa@digi.com.br
²Instituto de Medicina Preventiva, Universidade de Lisboa, Portugal.

Introdução

Os cuidados de saúde primários (CSP) de Portugal vivem hoje uma reforma organizacional profunda. Tendo recebido um primeiro impulso através da criação dos denominados “centros de saúde de primeira geração” em 1971¹ e consolidados com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979² e da carreira de clínica geral em 1982³, os CSP desenvolveram-se de modo a cobrir a totalidade do território nacional⁴.

Em 1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG) publicou o documento *Um futuro para a medicina de família em Portugal*, no qual se propunha a evolução do modelo de prestação de cuidados por parte da medicina geral e familiar⁵. Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) criou as condições para que um grupo de unidades de saúde pudesse pôr em prática um modelo remuneratório com características próximas do proposto pela APMCG⁶. Este processo denominou-se Regime Remuneratório Experimental (RRE) e envolveu cerca de vinte unidades de saúde e aproximadamente 120 médicos de família.

A avaliação francamente positiva desta experiência levou à recomendação do seu alargamento à generalidade dos centros de saúde (CS)⁷, pelo que em 2005 foi constituída a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a finalidade de conduzir *projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF)*⁸.

A reforma dos CSP iniciada pela Missão assentou num conjunto de oito estratégias, consagradas no documento *Linhas de acção prioritária para desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*, publicado em janeiro de 2006⁹. Destas, as duas primeiras – reconfiguração e autonomia dos CS e implementação das USF – tornaram-se as mais visíveis, talvez por serem aquelas com maior impacto, quer mediático, quer na prestação de cuidados de saúde à população.

As USFs têm como missão e responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde das pessoas abrangidas, com boa acessibilidade e continuidade, contemplando os contextos sociofamiliares dos usuários. Como quantitativo amplo desse processo de implantação, iniciado em 2006 com apenas dez USFs, verifica-se que no final do primeiro semestre de 2009 estavam constituídas e ativas 171 USFs cobrindo uma população superior a dois milhões de pessoas e com mais de 3.300 profissionais envolvidos¹⁰.

Para a implantação das USFs foi proposto aos profissionais de saúde que se auto-organizassem em equipas com uma cobertura populacional entre 4.000 e 16.000 pessoas, correspondendo a listas de usuários de aproximadamente três a dez médicos de família, com alguma flexibilidade tanto no número de enfermeiros como de administrativos. Além disso, na implementação dos seus projetos, as USFs devem incluir: compromissos no seu desenvolvimento (carteira de serviços, modelo de acessibilidade, plano de atividades, horários de funcionamento etc.), sistema de informação, instalações e equipamentos, melhoria contínua da qualidade (cultura e prática regulares de avaliação), sistema de retribuições e de incentivos (ganhos de eficiência), com estágios evolutivos na sua organização, conforme diretrizes definidas nos documentos governamentais⁹.

Algumas características sociodemográfico-sanitárias básicas do país (com elevado Índice de Desenvolvimento Humano – IDH: 0,9) são importantes para melhor delineamento contextual do atual processo reformador na saúde portuguesa (tabelas 1 e 2)¹¹.

A atenção primária europeia apresenta variações importantes. Em países como a Inglaterra, que constitui referência internacional nesta área, ocorrem modificações no sentido de melhorar a eficiência do sistema e dar resposta aos constrangimentos, sobretudo económicos, com que os sistemas de saúde ocidentais se deparam¹². Outros países europeus encontram-se ainda em fase de implementação de sistemas modernos de atenção primária¹³. Assistimos, assim, à evolução generalizada dos diferentes sistemas de atenção primária¹⁴. A importância dessas reformas foi destacada recentemente em documento da Organização Mundial da Saúde¹⁵: a situação portuguesa tem registro importante nos resultados obtidos.

Tabela 1. Características demográficas e económico-sociais de Portugal (alguns dados)*.

Portugal	2007
Demografia	
População total	10.600.000
% pop. de 65 anos acima	17,33
Economia	
PIB (milhões USD)	242.033
Renda <i>per capita</i> (USD)	22.000
Social	
Taxa de desemprego	8,1

* Fonte: OECD, 2009¹¹.

Tabela 2. Saúde em Portugal (alguns dados, incluindo a comparação com a média da OCDE)*.

	Portugal	OCDE
Despesa com a saúde (2006)		
Despesa total (% PIB)	9,9	8,9
Despesa <i>per capita</i> (USD)	2.150	2.964
Crescimento médio da despesa <i>per capita</i> (%/ano) (2000-2006)	2,3	3,7
Despesas com medicamentos (% da despesa total)	21,8	17,1
Financiamento público da saúde (%)	71,5	72,8
Recursos de saúde		
Médicos/ 1.000 hab.	3,5	3,1
Enfermeiros/ 1.000 hab.	5,1	9,6
Camas hospitalares de doentes agudos / 1.000 hab.	2,8	3,8
Aparelhos de RMN (ressonância magnética) / 10 ⁶ hab.	8,9	11
Aparelhos de TAC (tomografia computadorizada) / 10 ⁶ hab.	26	20,2
Estado de saúde e fatores de risco		
Esperança média de vida (anos)	78,9	79
Mortalidade infantil /1.000 natos (2006)	3,3	
Fumantes adultos (%)	19,6	23,3
Obesidade em adultos (%) (2006)	15,4	

* Fonte: OECD, 2009¹¹ (dados de 2007, exceto quando indicado outro período).

A experiência brasileira do Programa Saúde da Família (PSF), desde 1994, também orientase pela tentativa de mudança do modelo assistencial a partir da atenção primária em saúde e tem literatura avaliativa acumulada nos últimos anos¹⁶⁻²⁰. Portanto, são experiências com interfaces interessantes que podem ser desenvolvidas em trabalhos conjuntos de cooperação técnica nessa área dos CSP.

Nesse contexto da evolução histórica da organização dos CSP em Portugal e da sua atualidade reformadora, a pesquisa que deu origem a este artigo e fez parte do projeto de pós-doutoramento em saúde coletiva, apoiado pelo CNPq-Brasil, teve como objetivo avaliar a implantação das USFs, priorizando seus aspectos processuais, com utilização dos instrumentos experimentados em investigações brasileiras recentes^{17,21}.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa avaliativa^{22,23}, realizada na perspectiva de uma “análise de implantação”²⁴, sobre a especificidade do desenvolvimento das USF em Portugal, a partir de 2006. Em relação ao desenho geral da investigação, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa²⁵, crescentemente utilizada em estudos sobre organização de serviços e políticas de saúde²⁶. O método escolhido foi o de estudo de caso, conforme Yin²⁷,

pois como estratégia de pesquisa, é abrangente e baseia-se em várias fontes de evidências, beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados²⁷. No total, foram 11 unidades de saúde como casos estudados, imbricados na análise, sem especificações e sumarizações individualizadas nos seus resultados.

Como matriz de avaliação, a pesquisa trabalhou com as seguintes dimensões de análise: político-institucional, organização da atenção e do cuidado integral. Cada dimensão agrupou diversas subdimensões (categorias), dentro de um marco lógico-teórico da Saúde da Família já utilizado em pesquisas anteriores no Brasil e disponíveis na literatura especializada^{17,21,28,29}.

Os principais conceitos (e componentes avaliativos) utilizados foram: cuidado (integral) – tecnologia de saúde complexa, presente em todos os níveis do sistema. É apreendido por seu aspecto relacional, interação entre sujeitos no processo de atenção à saúde, seja individualizado ou com a comunidade, que busca traduzir-se na integralidade das ações¹⁷; acessibilidade organizacional – categoria na dimensão do cuidado integral, entendida como flexibilidade na rotina, horário e disponibilidade no atendimento que favoreçam práticas de acolhimento e de humanização²⁹; trabalho em equipe – subdimensão do cuidado, avaliada pela composição multiprofissional, definição de responsabilidades, mecanis-

mos de integração²⁹; qualidade (técnico-científica) da atenção, dimensão do cuidado integral, observando-se a utilização de protocolos de atenção, qualificação dos profissionais, adequação às normas padronizadas (com adequação de registros), satisfação (percepção) de profissionais e usuários²⁹.

O primeiro momento do trabalho foi dedicado aos ajustes dessa matriz dimensional, incluindo os instrumentos, validados anteriormente em pesquisa brasileira^{17,21}, ao desenho da intervenção (desenvolvimento de USFs), conforme suas linhas prioritárias (padrões) definidos pela MCSP9, que se constituem como “teoria do programa”²⁹ na presente análise. Optou-se pela priorização dos aspectos processuais envolvidos (como os programas são implementados) e os denominados atributos “relacionais” (entre os agentes das ações, gestores, profissionais, usuários)²³. Os elementos contextuais (e organizacionais), primeiro componente, influenciaram nas variações da intervenção sobre os efeitos observados^{24,29}. Realizou-se estudo-piloto, em abril/2008, em Lisboa, para testagem dos instrumentos a serem utilizados.

As técnicas de pesquisa foram: (1) entrevistas semiestruturadas com gestores dos conselhos diretivos das Administrações Regionais de Saúde (ARS), coordenadores das USF, profissionais e usuários das equipes de Saúde Familiar, para captar as percepções de diferentes atores envolvidos; (2) observação direta nas USF, para avaliação do processo e de alguns aspectos estruturais, com aplicação de roteiro de coleta de informações (*check list*) junto aos responsáveis administrativos de cada USF; (3) análise documental. Utilizou-se a estratégia de “triangulação”^{25,30}: combinação de diferentes técnicas e procedimentos, como reforço à validação dos dados obtidos, no sentido de integrar a avaliação dos processos em curso.

No segundo momento, de forma intencional, realizou-se a seleção dos participantes, com escolha de atores considerados estratégicos no desenvolvimento das USF: gestores, profissionais das equipes e usuários. Em face dos objetivos da investigação, deu-se prioridade à inclusão de todos os gestores das ARS (cinco) e coordenadores das USF selecionadas (11), num total de 16 entrevistas. Para a escolha das USF, utilizou-se uma combinação de critérios inclusivos: tempo de implantação das equipes (priorizaram-se as mais antigas, constituídas em 2006 e 2007) e localização geográfica (litoral e interior) dessas unidades.

A pesquisa foi desenvolvida no seu trabalho de campo entre maio e outubro de 2008, nas cinco

ARS do país e em 11 USF localizadas em variados sítios do continente português, que se constituíram nos “casos” para os efeitos do presente estudo – três na Região Norte, três no Centro, três em Lisboa/VT, uma no Alentejo e uma no Algarve.

A seleção das USFs foi realizada pela secretaria da MCSP e coordenações das ARS, com base nos critérios de inclusão acima definidos pela pesquisa, na lógica qualitativa de avaliação. Os profissionais e usuários foram selecionados pelos coordenadores das USFs e pelo pesquisador de campo. Para os profissionais, utilizou-se o critério geral por categorias que compõem as equipes (um médico, um enfermeiro, um administrativo), das 11 USF selecionadas, o que totalizou 33 entrevistas. Na existência de mais de uma equipe presente na USF selecionada, optou-se pela equipe mais antiga e completa na sua composição.

Com relação aos usuários, utilizou-se o critério de dois usuários por USF, por limitações operacionais da investigação (tempo e custos), o que totalizou 22 entrevistas. Como critérios de inclusão, verificou-se o registro como usuário na USF além de pertencer às ações programáticas mais destacadas (saúde infantil, controle hipertensão e diabetes, planejamento familiar).

Os dados das entrevistas semiestruturadas, depois de gravados, foram transcritos e agrupados (dimensões e categorias), juntamente com aqueles resultantes da análise documental. Na interpretação dos dados obtidos nas entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo³¹. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Resultados

Utilizou-se uma descrição dicotômica (“avanços/desafios”), semelhante às utilizadas em outros estudos nessa área de investigação^{18,21,32,33}, pelo entendimento que essa disposição permite uma visibilidade dos resultados de forma mais equilibrada e de maior utilidade para os gestores. Para facilitar a compreensão processual, com base nas percepções, em cada item dos resultados acrescentou-se a indicação do que foi extraído pelas outras técnicas utilizadas (observação direta e análise documental).

As percepções dos distintos atores: principais avanços

(1) A acessibilidade organizacional aos cuidados de saúde constituiu-se no principal acha-

do da pesquisa. Dos usuários aos gestores das ARS, passando pelos profissionais, houve uma preocupação comum em ressaltar, nas entrevistas, as mudanças verificadas após a implantação das USF. Destacando-se a flexibilidade nos horários de atendimentos nas USFs, denominados “alargados”: além do horário normal (8-20h), as unidades trabalham até 22h nos dias úteis e realizam atendimentos aos sábados (manhã ou tarde), com algumas variações específicas à cada unidade e CS.

Evidenciou-se ainda as experiências inovadoras das chamadas consultas “ampliadas”: os profissionais fazem atendimento, no horário normal, aos usuários que não conseguiram agendar consultas para seu médico de família, no mecanismo de “intersubstituição” (atendimento do usuário, caso necessário, por outro médico da USF). Os cuidados no domicílio, além da lista de usuários ampliada, como parte da “carteira básica” de serviços das USF³⁴ também são características dessa maior acessibilidade, com incentivos específicos aos profissionais médicos.

(2) O trabalho em equipe, emergiu como destaque na organização dos processos laborais. A possibilidade, aberta pela reforma dos CSP, de autonomia na formação da equipe (com escolha voluntária entre os próprios técnicos) surge inequivocamente, para os profissionais de saúde e gestores das ARS, como “divisor de águas” para caracterizar as possibilidades de êxito e de inovação na implementação das USF. A alta frequência de respostas, entre os profissionais, sobre “a satisfação no trabalho” e “motivação pessoal” esteve relacionada a esse aspecto.

Aspectos mais destacados pelos profissionais sobre o trabalho em equipe: caráter coletivo das decisões, reuniões periódicas para discussões, possuírem plano de trabalho, além da cooperação e respeito pelas diferenças entre seus componentes, e a autonomia para decidir questões técnico-operacionais.

(3) Melhorias na qualidade (técnico-científica) da atenção. Indicam que os programas de saúde ofertados pelas USF aperfeiçoaram sua qualidade de prestação, com “maior cumprimento dos padrões/normas técnicas”, em conformidade com as áreas prioritárias do Plano Nacional de Saúde (PNS), conforme a percepção da maioria dos profissionais e gestores, e satisfação dos usuários. Constatou-se, na observação direta do funcionamento das USFs, a frequente utilização dos protocolos técnico-assistenciais nos diversos programas de saúde (saúde infantil, planejamento familiar, hipertensão). A quali-

ficção profissional (obtida nas entrevistas como parte do perfil) é elemento de destaque, verificando-se a obrigatoriedade, entre os médicos, de possuírem pós-graduação na área específica (medicina geral e familiar). Verificou-se também (*in loco*) a utilização rotineira de registros clínico-terapêuticos com sistemas informatizados em todas as USF.

(4) Inovações nas práticas de gestão. Observou-se uma ampla informatização do trabalho (clínico-administrativo) realizado nas USF. Todas dispunham de *hardwares* com utilização regular dos *softwares* específicos (SAM – Sistema de Apoio Médico, SAPE – Sistema de Apoio às Práticas de Enfermagem, e SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde), permitindo maior facilidade na utilização de mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação, com análises regulares e sistemáticas do desempenho (indicadores) das USF³⁵. A melhoria na marcação das consultas é uma realidade inovadora detectada nas percepções dos entrevistados e nas observações do seu funcionamento com utilização de novas tecnologias (telefone, Internet) que facilitam o atendimento.

Houve destaque, entre os gestores e profissionais, para o caráter participativo (nas tomadas de decisão), da gestão colegiada (conselhos das unidades), com realização de reuniões periódicas da equipe e socialização das informações entre os participantes das USF.

(5) O desenvolvimento das USF é um dos aspectos centrais da reforma dos CSP. Envolve vários aspectos contextuais e da dimensão político-institucional (projeto e capacidade de governo, condições de governabilidade).

Como característica central da capacidade de governo, está a confiança nas qualificações dos atuais dirigentes e do papel institucional decisivo da MCSP expressada pelos profissionais, coordenadores de USF e gestores de ARS. Sobre a prioridade na gestão dos cuidados de saúde primários, há unanimidade positiva entre esses atores entrevistados. Da mesma forma, na análise documental, verifica-se essa concordância entre estudiosos da área^{32,33}, bem como entre altos dirigentes na esfera governamental da saúde portuguesa^{36,37,38}.

A estabilidade institucional é um dos elementos de maior destaque, com poucas mudanças no *staff* dos gestores e coordenadores de USF no período de março/2005 a março/2008: apenas um entre cinco gestores das ARS e apenas dois entre 11 coordenadores de USF.

(6) Estão bem consolidadas a sustentabilidade (condições de trabalho) e a infraestrutura exis-

tentes nas USF. Observaram-se instalações físicas apropriadas, de boa qualidade arquitetônica, com espaços bem definidos: algumas de construção recente, a maioria com reformas já completadas, uma minoria a necessitar de ampliações (sala de enfermagem).

Equipamentos básicos e consumíveis foram encontrados em situação adequada, com manutenção e abastecimento regulares das necessidades (provisão de suprimentos). Também foi constatada a disponibilidade de medicamentos básicos, de uso regular na unidade.

Os recursos humanos básicos, indispensáveis ao funcionamento das equipes, apresentavam grande disposição e motivação para o desenvolvimento das atividades, além da devida qualificação profissional (algumas exceções, no tocante aos administrativos).

As percepções dos distintos atores: principais desafios

(1) A integração dos CSP desenvolvidos nas USF com os outros níveis (mais especializados) de atenção. Tem uma característica de transversalidade na sua temática, sendo o tempo de espera o indicador comum, utilizado em estudos anteriores^{18,21,33}.

Há unanimidade de respostas entre os usuários, profissionais, coordenadores de USF e gestores de ARS, com alto grau de insatisfação, pela longa demora enfrentada no acesso aos níveis mais especializados (consultas, exames, internações). Mesmo não sendo uma questão afeta especificamente ao CSP, pois trata-se de um problema mais geral do SNS, em termos de insuficiências na rede hospitalar pública e na disponibilidade de profissionais médicos especializados, causa grandes transtornos no seu funcionamento e desgastes político-institucionais perante a opinião pública.

(2) Indefinições político-institucionais – ao lado da disposição favorável com a implantação crescente das USF, há uma forte expectativa nas respostas dos variados atores envolvidos sobre os riscos e ameaças ao processo reformador, até mesmo pela “memória cultural negativa” de tentativas anteriores falhadas nos CSP.

Sobre a importância da maior divulgação dos CSP, para sua consolidação político-social, ressaltou-se que os coordenadores de USF e gestores-ARS mostram que não utilizam TV, rádio, ou jornais (comunicação de massa).

(3) Insuficiência nos sistemas informatizados é um dos dilemas na organização da atenção (prá-

ticas de gestão). Tem gerado variadas dificuldades em setores do atendimento, desde a marcação de consultas até o correto funcionamento na “alimentação” dos dados para avaliação dos resultados e correspondente ganho de incentivos pelos profissionais e unidades.

Há uma identificação com outra ordem de fatores nessa questão da marcação: número insuficiente de administrativos encontrado nas USF, em comparação com os outros profissionais das equipes, associado ao número alto de usuários por equipe. Constata-se também, principalmente nos profissionais, queixas sobre o “aumento de trabalho” trazido pelos registros informatizados das atividades.

(4) As dificuldades de integração com outras unidades dos CSP, no âmbito dos CS. Na base, está o aspecto central de “voluntariado, organização espontânea” das USF, a partir de interesses profissionais e partilhamentos de experiências anteriores, nessa primeira fase da reforma.

Porém, nem todos os profissionais dos CSP aderiram ao modelo das USF, implementado nos últimos três anos. Torna-se necessário integrá-los para a consolidação desse processo evitando-se resistências indevidas: poderão continuar com práticas de cuidados primários tradicionais nos CS.

Imbricada nessa análise das relações USF/CS, está a questão da maior autonomia administrativa dessas unidades (reposição de material, pequenas compras) em relação à direção dos próprios CS onde se inserem, que apareceu com muita nitidez nas respostas desses atores.

(5) Relacionados à organização do processo de trabalho, como parte da dimensão do cuidado integral. Há uma constatação mais geral, principalmente entre os profissionais, de que permanecem “vícios antigos, práticas arraigadas, dos trabalhos profissionais isolados”. Esses padrões anteriores estavam baseados numa concepção médico-centrada, com predomínio de práticas individualizadas entre os profissionais nos CSP.

Emergiram considerações que envolvem as questões dos quantitativos e da qualificação dos profissionais que trabalham nas equipes. Os gestores de ARS e os coordenadores de USF manifestaram preocupações centrais com a questão da “falta de médico de família em algumas zonas do país, o que dificulta a mobilidade organizacional”. Ao mesmo tempo, constatou-se nas respostas dos gestores uma ausência (ou incipiência) significativa das políticas de desenvolvimento profissional contínuo (educação permanente).

Discussões

Avanços

(1) A questão da melhoria da acessibilidade organizativa. Permite que a população possa desfrutar de mudanças favoráveis no atendimento, com diminuição de demanda reprimida e aumento da qualidade dos serviços prestados, elementos essenciais para a consolidação do processo de implantação das USF. Nesse sentido, pode ser considerado como um indicativo para alcançar-se uma das prioridades do plano da reforma dos CSP, apresentado em 2005, pelo novo governo^{32,35}.

A acessibilidade é atividade transversal tanto na “carteira básica de serviços” como na “carteira adicional” (alargamento de cobertura horária, intervenção na comunidade etc.) e faz parte dos indicadores de desempenho, com consequentes incentivos profissionais e institucionais³⁶.

(2) O trabalho em equipe, com maior integração profissional, surge como elemento diferenciador nas práticas desenvolvidas com a implantação das USF.

Verificou-se que o caráter voluntário, espontâneo, com envolvimento dos profissionais de saúde, na formação dessas equipes é elemento definidor do caráter *bottom-up* dessa reforma^{32,35}. Ressalte-se o seu aspecto educativo-pedagógico, impulsionador das mudanças (no modelo de atenção) pretendidas na reforma dos CSP.

Esse desempenho coletivo (equipe) e individual dos profissionais está contemplado, através do indicador de produtividade, como um dos objetivos para o apoio do sistema retributivo e de incentivos³⁵.

(3) As melhorias na qualidade (técnico-científica) da atenção estão provavelmente relacionadas aos avanços obtidos nas práticas de trabalho em equipe e às condições estruturais e de sustentabilidade (oferta de serviços). Há uma preocupação central com a *melhoria contínua da qualidade, o que pressupõe a adoção de uma cultura e práticas regulares de avaliação*, conforme análise documental⁹.

Em destaque no âmbito dos progressos na qualidade, a satisfação profissional pelos elevados índices de cobertura vacinal, conforme respostas dos gestores e profissionais nas entrevistas. Tudo parece indicar que essa é uma das contribuições específicas da saúde na queda acentuada da taxa de mortalidade infantil encontrada em Portugal, uma das melhores da Europa (e do mundo)^{11,15}. Mesmo sendo conquistas anteriores, iniciadas desde 1982 e reafirmadas em 1998,

com a experiência das unidades com RRE, têm linha de continuidade com o processo reformador atual, com implantação das USFs (desde 2006) que consolidam essas melhorias. As USF encontram-se em crescente trabalho de institucionalização dos mecanismos de avaliação e monitoramento, com acompanhamento regular através dos escritórios regionais de apoio das ARS.

(4) As mudanças nas práticas de gestão na USF apontam para avanços nos objetivos de melhor atendimento e qualidade nos cuidados prestados à população. São impulsionadas pelas determinações institucionais, mais abrangentes, como parte do XVII Programa de Governo (2005-2009), com integração em rede das USF às outras unidades dos CS e criação inicial de um sistema de informação para avaliações dos resultados alcançados³⁵.

Há estímulos ao desenvolvimento de *softwares* que sirvam para trabalhar o crescente conjunto de indicadores de desempenho. Registro singular, representativo de experiência inovadora, é a criação recente de um sistema informático (“USF-Monitor”), com várias interfaces de atividades, que deverá aprimorar ainda mais as práticas de gestão.

O sentido colegiado, participativo, de gestão interna na USF tem contribuído para o delineamento de estratégias de “abertura” para maior incorporação dos usuários e de associações comunitárias nesse processo, em futuro próximo.

(5) A consolidação do processo de desenvolvimento das USF como face da dimensão político-institucional mais positiva da reforma dos CSP. Atualmente, ganha contornos de consolidação nos seus avanços: houve adesão crescente dos profissionais na organização das unidades, como se depreende das entrevistas com gestores e profissionais. A análise documental mostra que está em conformidade com o programa governamental para a saúde e diretrizes específicas, sob forma de “linhas de ação”⁹, e por estar o SNS “inequivocamente orientado para os CSP”³².

(6) As condições atuais de sustentabilidade (trabalho) e infraestrutura das USF dão garantias seguras do seu desenvolvimento em todo o país. A rede existente, bem montada anteriormente, suporta bem essas novas instalações e equipamentos. Na análise documental, há referências à rede de CS (351 unidades), como “patrimônio essencial do SNS”³⁵.

Algumas dificuldades foram relatadas pelos gestores das ARS nas instalações encontradas em centros urbanos maiores na região de Lisboa e na região Centro. Em algumas regiões e unidades,

foram encontradas iniciativas para melhorias das práticas de gestão (novas lógicas de compras e abastecimento), que possam garantir maior sustentabilidade às USF.

Desafios

(1) A integração dos cuidados de saúde primários com os outros níveis de atenção (especialidades). É um critério importante para se avaliar a dimensão da organização da atenção, como prática de oferta de serviços relacionada às questões mais gerais de gestão do sistema. Garantir uma oferta, com fluxo adequado aos usuários, que prime pela integralidade dos cuidados, é um dos grandes desafios para os sistemas de saúde. As percepções dos entrevistados (gestores, profissionais e usuários) indicam esse aspecto como prioritário para a gestão do SNS.

Recentemente, o MS (Portaria nº 1.529, de 26 de dezembro de 2008) determinou tempos máximos de resposta (para consultas primárias, especializadas, e cirurgias) nas unidades do SNS. Para além dessa tentativa de balizamento técnico-organizacional operada pelo nível central do MS, há que se enfrentar o problema de forma mais abrangente, como indicaram os gestores das ARS, ressaltando as possibilidades de melhoras com a implantação dos ACES.

(2) As indefinições político-institucionais. Salientar que essas incertezas (“lentidões”), próprias de um processo reformador de tamanha magnitude, correm em paralelo com uma situação político-institucional de pouco envolvimento dos usuários e das autarquias (municípios), como bases sociais de maior importância para essa consolidação da reforma dos CSP.

Essas questões estão contidas em orientações no próprio Plano Estratégico 2007-2009 da MCSP ao dispor sobre a “comunicação social com os cidadãos e profissionais” e nas linhas de ação prioritária para os CSP, reconfiguração e autonomia dos CS, ao tratar da “participação dos utentes (usuários) e da comunidade”.

Esse “desconhecimento”, por parte de atores estratégicos (usuários e profissionais de saúde)³³, sobre elementos essenciais da reforma em curso está bem expresso no conjunto dos atores entrevistados.

(3) Insuficiências nos sistemas informatizados (práticas de gestão). Essa questão foi sempre indicada como uma das prioridades pela MCSP nas suas linhas de ação⁹, e sua adequação é considerada como determinante para o sucesso da reforma dos CSP.

O desenvolvimento do *software* “USF-Monitor”, já apontado como experiência tecnológica inovadora, é uma resposta importante a esse desafio. Mais recentemente, surgiram problemas na “alimentação dos dados” para avaliação dos resultados e o pagamento dos incentivos referentes ao desempenho das USF em 2007. Portanto, são evidentes ainda certas dificuldades enfrentadas nessa utilização de novas tecnologias nas práticas de gestão.

(4) As dificuldades de integração com as outras unidades dos CSP, no âmbito dos Centros de Saúde. Estão diretamente relacionadas com outras “linhas de ação prioritárias”, notadamente aquelas relacionadas à reconfiguração e à autonomia dos centros de saúde^{9,32}. Nesse sentido, a implementação dos ACES (com sua “governança clínica”) está sendo aguardada como fundamental para o enfrentamento desses problemas de gestão entre as unidades de CSP, bem como sobre as necessidades de maior autonomia das USF em relação aos CS.

Há uma preocupação constante, nas respostas dos entrevistados, em se manter o caráter “voluntário” nessa adesão às USF. No entanto, a diversidade de ações correlatas que serão desenvolvidas por distintos serviços no âmbito dos CSP (USF e outras unidades) irá requerer uma enorme capacidade de gestão para superar a atual incipiência nos trabalhos voltados para as intervenções comunitárias e para melhoria da satisfação dos utilizadores³⁹.

(5) Os desafios à organização do processo de trabalho (dimensão do cuidado integral) retratam questões relacionadas ao tempo relativamente curto do processo de implantação das USF. Necessidades de maior integração das equipes e de políticas de educação permanente crescem de importância pela provável inclusão de novos profissionais às equipes das USF/CS para o desenvolvimento da “carteira de serviços adicionais”³⁴. Uma dessas áreas críticas é a dos cuidados dentários, cujas deficiências notórias na área de CSP no SNS tem criado sérios obstáculos a uma efetiva integralidade de cuidados públicos de saúde. Em novembro de 2007, foi lançado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, com projetos para crianças, gestantes e idosos, já iniciado em 2008⁴⁰.

Conclusões

O presente estudo busca contribuir na sua utilidade (a partir dos principais resultados) para os gestores de atenção primária em saúde, em Por-

tugal e no Brasil, e no avanço de conhecimentos metodológicos na avaliação em saúde.

Com um sentido problematizador sobre a importância do tema (APS na realidade internacional de saúde), torna-se necessário um breve olhar comparativo entre essas experiências. A atual reforma portuguesa está alicerçada no acúmulo de aprendizado nos cuidados de saúde primários, com um notável desenvolvimento dos seus profissionais (medicina clínica e geral, enfermagem familiar) que aderiram, voluntariamente, ao projeto político-sanitário reformador empreendido pelo atual governo, a partir de 2005. Como destaque a preocupação central com a acessibilidade aos serviços, com direcionamento governamental para as linhas de ação prioritárias⁹, com forte inversão de recursos na rede de serviços (CS), garantias de incentivos ao desempenho, sustentabilidade e infraestrutura nos locais de atendimento. Padece de dificuldades na

área de gestão, notadamente nas indefinições político-institucionais (“lentidão”), no pouco envolvimento dos usuários e municípios sobre o conjunto das reformas em curso, na oferta de serviços agudizada pela crise na formação médica especializada (geral/familiar) e na educação continuada dos profissionais.

No Brasil, têm ocorrido nítidos avanços com o desenvolvimento do PSE, a partir de 1994 (mais decisivamente em 1998), com forte expansão de cobertura assistencial, acentuado crescimento das equipes profissionais e marcante descentralização das ações. Sofre atualmente fortes emperramentos decorrentes do subfinanciamento ao sistema (aspectos político-institucionais), entraves na regionalização, limitações de expansão notadamente nos grandes centros urbanos, além de dificuldades na organização da atenção (integração de serviços e integralidade de atenção) e na qualidade do cuidado prestado.

Colaboradores

PM Rocha e AB Sá participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Agradecimentos

Ao CNPq-Brasil, pelo apoio através da bolsa de estudos; aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo incentivo ao “afastamento produtivo”, em especial o apoio técnico de Regina Rocha (informática); a Luis Pisco, da Missão dos Cuidados de Saúde Primários de Portugal, pela aceitação do projeto, desde seu início; ao Instituto de Medicina Preventiva da Universidade de Lisboa, pelo acolhimento, em especial às funcionárias Paula Moreira (secretaria) e Sofia Amador (biblioteca).

Referências

- Grupo de Trabalho para a Reestruturação da Saúde Pública. *Um novo paradigma para a saúde pública*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2005. [documento na Internet]. [acessado 2009 fev 1]. Disponível em: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007204.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. *História do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005. [documento na Internet]. [acessado 2009 fev 1]. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>
- Jordão JG. *A medicina geral e familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1995.
- Martins J, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Carrolo M, Ferrinho P. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal – parte II: como estamos, onde estamos e como nos sentimos. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19(6):627-635
- Direcção Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. *Um futuro para a medicina de família em Portugal*. Lisboa: Edições Especiais APMCG; 1991
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei 117, de 5 de maio de 1998. *Diário da República – I Série-A* (103); 1991. [documento na Internet]. [acessado 2009 fev 1]. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_105/DL_117_1998.pdf
- Direcção Geral da Saúde. *Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral – RRE. Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004.
- Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros nº 157, de 12 de outubro de 2005. *Diário da República* 2005; I Série-B(196): 5981. [documento na Internet]. [acessado 2009 fev 1]. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_106/Resolucao_Conselho_Ministros_157_2005.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2006. [documento na Internet]. [acessado 2009 fev 2]. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *USF em actividade em 22/06/09*. [documento na Internet]. [acessado 2009 fev 1]. Disponível em: <http://mcsp.lvengine.com/engine.php?cat=32>
- OECD Health Data 2009: how does Portugal compare. [documento na Internet] [acessado 2009 jul 7]. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/43/2/40905146.pdf>
- Mannion R. General practitioner commissioning in the English National Health Service: continuity, change, and future challenges. *Int J Health Serv*.2008; 38(4):717-730.
- Koppel A, Meiesaar K, Valtonen H, Metsa A, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Soc Sci Med* 2003; 56(12):2461-2166.
- Starfield B. Toward international primary care reform. *CMAJ* 2009; 180(11):1091-1092.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, Alto Comissariado para a Saúde; 2008.
- Viana ALA, Novaes HMD, Silva JA, Rocha JSY, Ibañez N, Elias PEM, organizadores. Caracterização dos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes: avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. São Paulo: CEDEC, Consórcio Medicina USP; 2006.
- Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NS, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saude Pública* 2008; 24(Supl.1):69-78.
- Escorel S, coordenadores. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos – síntese dos principais resultados*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
- Hartz ZM, Felisberto E, Silva LMV, organizadores *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Connil EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):S7-S27.
- Rocha PM, Uchoa SAC, Souza ECF, Rocha ML, Escoda MSQ, Rocha NSDP, Pinheiro TXA. Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PRO-ESF) – Estudo de Linha de Base (pesquisa avaliativa): Lote 1 – Nordeste (21 municípios da Bahia, Ceará e Sergipe). v. 2: Estudo da implantação (síntese). [documento na Internet]. [acessado 2008 fev 14]. Disponível em: <http://www.nesc.ufrn.br/arquivos/VOLUME2ESTUDOIMPLANTACAO13002008.pdf>
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-48.
- Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores *Avaliação e saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 15-40.
- Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
- Denzin NK, Lincoln YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin NK, Lincoln YS. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, Bookman; 2006. p. 15-41.

26. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na Atenção à Saúde*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
27. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
28. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: Hartz ZM, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 27-45.
29. Silva GAP, Figueiró AC. Linha de base matricial da implementação do Proesf. In: Hartz ZM, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 71-100.
30. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
31. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2008.
32. Biscaia A, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora, Fundação AstraZeneca; 2008.
33. Santos O, Biscaia A, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, Charondière B. *Os Centros de Saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2007.
34. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar e Carteira de Serviços das Unidades de Saúde Familiar*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2006.
35. Campos AC. *Reformas da saúde, o fio condutor*. Lisboa: Almedina; 2008.
36. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Indicadores de desempenho para as Unidades de Saúde Familiar*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2006.
37. Pisco L. Nota Introdutória. In: Pisco L. *Missão para os Cuidados de Saúde Primários: linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2006. p. 6-7.
38. Jorge A. A saúde no século XXI: desafios e estratégias. *Conferência Simpósios sobre Saúde "Portugal-Brasil 200 anos"*; 2008 nov 3; Lisboa; 2008.
39. Ferreira PL, Antunes P. *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USFs (sondagem às primeiras 146 USFs)*. Coimbra, Portugal: Centro de Estudos e Investigações em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC); 2009.
40. Barros P, Simões JA. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition* 2007; 9(5):1-140.

Artigo apresentado em 12/12/2009

Aprovado em 12/03/2010

Versão final apresentada em 05/04/2010