

A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade

Primary health care reform in Portugal, 2005-2018: the future and challenges of coming of age

La reforma de la atención primaria de salud en Portugal, 2005-2018: su futuro y sus desafíos ante la madurez

Luís Velez Lapão ^{1,2}
Luís Pisco ^{3,4}

doi: 10.1590/0102-311X00042418

Resumo

Com o intuito de reformar a atenção primária à saúde (APS), o Ministério da Saúde planejou uma mudança que teve o seu avanço no período entre 2005 e 2006, e que se desenvolve até aos nossos dias. O objetivo deste artigo é enquadrar a reforma da APS em Portugal por diferentes fases de desenvolvimento, utilizando o modelo de fluxos múltiplos de Kingdon para refletir sobre a evolução do processo reformador e o seu futuro, na perspetiva do processo que busca alcançar o acesso universal à saúde. Como metodologia de trabalho, utiliza-se o estudo documental e de caso, de orientação qualitativa e com dimensões avaliativas. O estudo baseou-se em material publicado, nacional e internacionalmente, sobre a APS em Portugal. O modelo de fluxos múltiplos de Kingdon é utilizado para explicar o desenvolvimento concreto e contextual das políticas iniciadas durante a reforma da APS. Foram identificadas três fases da reforma, cada uma com duração de cerca de 5 anos: na primeira, a partir de 2005, surgiram as unidades de saúde familiar de constituição voluntária. Na segunda fase, iniciada em 2010, houve a consolidação do modelo. Em uma terceira fase, desde 2015 e que ainda acontece, há o amadurecimento do modelo, aproveitando o final da crise financeira, mas ainda suportando as suas sequelas. Os três ciclos de reforma representam três períodos distintos de coerência da coalizão que o empreendedor político foi capaz de estabelecer, cujas janelas de oportunidade para a mudança, internamente construídas, foram sobejamente influenciadas por fatores externos. Assinala-se a contribuição que a reforma da APS deu para a melhoria do estado de saúde da população portuguesa.

Reforma dos Serviços de Saúde; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Inovação

Correspondência

L. V. Lapão
Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.
Rua da Junqueira 100, Lisboa 1349-008, Portugal.
luis.lapao@ihmt.unl.pt

¹ Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

² WHO Collaborating Center for Health Workforce Policy and Planning, Lisboa, Portugal.

³ Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

⁴ Nova Medical School, Lisboa, Portugal.



Introdução

Desde 1974, quando foi estabelecido em Portugal o regime democrático, que se reconhece o crescimento do desenvolvimento humano, social e econômico. Portugal entra na Comunidade Europeia em 1986 e na Zona do Euro em 1999. Em 1979, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), muito à semelhança do National Health Service inglês, cobrindo toda a população. A criação do SNS ocorreu no sentido contrário ao desenvolvimento econômico e social, dado que Portugal estava lidando com o regresso dos portugueses das ex-colônias africanas (cerca de 1 milhão, entre 1974 e 1980), com a oposição da Ordem dos Médicos ao SNS, pois pretendiam que fosse instaurado um modelo baseado na medicina convencionada, e sofrendo os efeitos da primeira crise do petróleo (1973), cujos reflexos se prolongaram por muitos anos.

A *Lei de Bases da Saúde* (1990) definiu a atenção primária como o acesso de primeira linha, na qual se incluem os programas de planejamento familiar, saúde materna e infantil, além da gestão das doenças crônicas, da doença aguda simples e nos domicílios. O acesso aos cuidados hospitalares passou a ser feito por referência da atenção primária à saúde (APS) ou por meio dos serviços de emergência dos hospitais.

A APS é em Portugal, depois de 40 anos, e “agora mais do que nunca” a estratégia que procura concretizar o objetivo do acesso universal à saúde, buscando reduzir os custos elevados e potenciar maior qualidade na atenção prestada ¹.

Em 2017, um Editorial do *Lancet* ² se referindo ao estudo *Global Burden of Disease 2016*, apontou Portugal entre os países com melhor desempenho (por exemplo, aumento da esperança de vida e redução da mortalidade infantil) face ao *sociodemographic index*. Segundo as projeções do Eurostat ³, em 2040, Portugal será o país mais envelhecido da União Europeia. Até 2060, segundo projeções do Instituto Nacional de Estatística ⁴, a população portuguesa poderá perder quase dois milhões de indivíduos.

Os indicadores de saúde, como a esperança de vida ao nascer e aos 65 anos de idade, mostram uma melhoria notável nas últimas décadas. No entanto, essas melhorias não foram seguidas no mesmo ritmo por outras dimensões importantes da saúde: a pobreza infantil e suas consequências, a saúde mental e, sobretudo, a qualidade de vida após os 65 anos. As desigualdades na saúde continuam a ser um problema geral no país ⁵: em 2012, Portugal foi um dos países mais desiguais da União Europeia, registando o quarto maior coeficiente de Gini para rendimento familiar disponível (0,34). Existem diferenças significativas entre homens e mulheres quanto à mortalidade e morbilidade. Em média, as mulheres vivem mais do que os homens, mas também são afetadas desproporcionalmente por distúrbios músculo-esqueléticos, depressão e obesidade, e também são mais propensas a adoecer e a relatar dor crônica das costas.

Ainda no contexto da União Europeia, as evidências existentes sugerem que a maioria dos grupos vulneráveis em Portugal inclui idosos e crianças em situação de pobreza, prevalência de pobres nas áreas rurais, minorias étnicas, migrantes e desempregados de longa duração. Esses grupos são mais propensos a sofrer de saúde precária e experimentam longos períodos de pobreza, desemprego e exclusão social.

Vários pesquisadores têm procurado identificar novas formas de organização dos serviços, que possam contribuir para a inovação nos modelos de gestão e para um manejo mais otimizado das condições crônicas, intrinsecamente ligadas ao envelhecimento. Espera-se que essas novas abordagens possam contribuir para a promoção da saúde, hábitos ou estilo de vidas saudáveis por meio da APS, e que esta seja capaz de assumir a coordenação de todos os seus usuários e a integração do seu sistema ⁶.

Os serviços de APS denotam variações significativas de tipologia e apresentam definições distintas de “porta” de entrada principal para os serviços de saúde; do significado de continuidade dos cuidados, especialmente para as condições crônicas; a integralidade, a coordenação, a centralidade do processo na família e a orientação para a comunidade, devendo ela ser responsável por resolver os principais problemas de saúde dos usuários ⁶.

Com o intuito de responder a esse desafio do acesso universal, o Ministério da Saúde português planejou uma reforma nacional da APS, entre 2005 e 2008. Podem-se identificar três fases de desenvolvimento dessa reforma, cada uma com duração de cerca de cinco anos:

(a) Na primeira, a partir de 2005, iniciou-se a criação das unidades de saúde familiar (USF). Uma USF é uma unidade funcional multiprofissional (com médicos, enfermeiros e administrativos) de constituição voluntária, com autonomia funcional e técnica, e com o objetivo de prestar atenção personalizada. A primeira surgiu em 2006. Nesse primeiro período, os profissionais de saúde contribuíram para a criação de 277 USF ⁷. Em 2008, uma mudança estrutural agrupou os 347 centros de saúde (congregando as USF e outras unidades funcionais de saúde de APS) existentes em 73 agrupamentos dos centros de saúde (ACES) ⁸. Os ACES abrangem o país na sua totalidade, cada um cobrindo uma população que varia de 50 mil a 250 mil usuários (abrangendo, em geral, um ou dois municípios) que serão atendidos nas respectivas USF.

(b) Na segunda fase, iniciada em 2010, culminou a crise econômica internacional que atingiu duramente Portugal (entre 2008 e 2013) e promoveu uma consolidação lenta do modelo com o afinamento dos processos de contratualização de serviços. Usando o argumento de redução de custos, esse tempo de crise foi igualmente utilizado para fazer uma redução do número de ACES, de 73 para 54. Essa mudança foi coordenada pelo Ministério da Saúde, com a concordância das Administrações Regionais de Saúde (ARS). Nesse período, foram ainda criadas 172 novas USF ⁷, significando 62% do período anterior.

(c) Na terceira fase, a partir de 2015 e que ainda acontece, procede-se o amadurecimento do modelo, num contexto de final da crise. Espera-se existirem as condições para concluir a cobertura de Portugal por USF. Entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018, foram criadas mais 83 USF que significam 48,2% do período anterior.

A organização dessas diferentes fases demonstra que o desenvolvimento da APS (e de outras políticas públicas) está intimamente relacionado com a governação política e, em consequência, com o sistema partidário nacional. Os partidos políticos representam um dos pilares das democracias parlamentares e do processo de decisão política. No contexto das democracias parlamentares europeias e em resultado dos processos eleitorais, os partidos políticos formam governos, obtêm maiorias parlamentares e decidem o curso das políticas. Nessa medida, os partidos políticos são, depois da administração pública, os principais decisores políticos, não sendo de dispensar a importância dos grupos de interesse, da burocracia, dos peritos em ciência política ou dos líderes de opinião, na formulação de uma agenda governativa.

A perspectiva que defenderemos neste artigo é que a decisão de introduzir a reforma da APS na agenda partidária resultou da conjugação da capacidade persuasiva de empreendedores políticos e de questões contextuais, para fazer face a um problema cuja solução era de interesse de todos os cidadãos: o acesso universal e geral à saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é enquadrar a reforma da APS em Portugal nos últimos 10-15 anos, por diferentes fases de desenvolvimento, utilizando o modelo de fluxos múltiplos de Kingdon ⁹, e refletir sobre o futuro da reforma, na perspetiva do processo que busca alcançar o acesso universal à saúde.

Material e métodos

Como metodologia de trabalho, utiliza-se o estudo documental e de caso ¹⁰, de orientação qualitativa e com dimensões avaliativas. O método qualitativo é crescentemente aceite na área da saúde coletiva, porque permite definir hipóteses associadas às fases de inovação, neste caso, da reforma da APS, e para se aprofundar a relação ao objeto sob análise, construir referencial teórico, apoiar incursões teóricas, traçar paralelos e esquadrihar novos horizontes investigados.

O estudo baseou-se em material publicado, nacional e internacionalmente, sobre APS em Portugal, tendo sido considerados artigos científicos e literatura, como relatórios, documentos oficiais, jornalísticos, entre outras fontes de informação, disponíveis on-line, selecionadas por conveniência. Os termos pesquisados foram: “atenção primária à saúde”, “cuidados de saúde primários”; e “Portugal”, desde 2005 até 2018. Utilizou-se o PubMed e o Google Scholar, onde estão 37 documentos relevantes para se compreender a evolução da reforma. Este estudo enquadra ainda as três fases da reforma, entre 2005 e 2018, de acordo com as características das políticas e do ambiente econômico. O modelo de fluxos múltiplos de Kingdon é utilizado para explicar o desenvolvimento concreto e contextual das políticas ¹¹.

O modelo de Kingdon é bastante utilizado para a análise de políticas, embora tendo sido criado e testado exclusivamente num sistema ideosincrático como o dos Estados Unidos. Um trabalho recente¹² concluiu que a comparação entre estudos que testaram o modelo recomenda a sua utilização na Europa. Considera-se, embora possa ser reforçado com peças de outros modelos, de modo a obter uma representação mais precisa e poderosa da realidade, visando a compreender a formulação de políticas. Esse modelo se revelou útil para entender como um problema atinge a agenda política e eventualmente leva ao desenvolvimento de uma intervenção. A explicação de Kingdon sobre o funcionamento da agenda política dos Estados Unidos foi concretizada em três categorias de variáveis independentes (e interdependentes) que interagem para produzir “janelas de oportunidade” para a definição da agenda: o “fluxo problemático”, que explora os processos em que as questões são reconhecidas e trazidas para a agenda política (e onde os pesquisadores têm um papel relevante); o “fluxo de políticas”, que procura entender quais são as opções alternativas oferecidas aos formuladores de políticas; o “fluxo político” explora como os atores políticos colocam um problema em sua agenda. Esse modelo pode ser visto como um “conjunto de processos” que pode ser reconstituído retrospectivamente para identificar fatores que influenciaram a condução de uma reforma.

Resultados

Os resultados serão apresentados de acordo com as três fases anteriormente referenciadas, seguindo-se uma análise com base nos fluxos múltiplos de Kingdon, terminando com a situação atual e prospectiva da saúde.

Fase 1: reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2010

Uma série de reformas da saúde, iniciadas em 2005, tiveram como objetivo resolver os principais problemas que naquela altura se colocavam na atenção primária em Portugal¹³, visando a aumentar a acessibilidade, melhorar a continuidade da atenção, aumentar a motivação dos médicos de família (médicos com especialização em saúde da família), criar um novo sistema de pagamento ligado ao desempenho, estimulando também os cuidados domiciliários e a melhoria da qualidade.

A partir de 2005, com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), uma *task-force* do Ministério da Saúde iniciou o processo de criação das USF, surgindo as primeiras em setembro de 2006. Nessa fase, a reforma ambicionou promover a implementação de uma nova cultura de trabalho, com uma gestão mais próxima e promovendo a governação clínica, que viesse contrariar práticas anacrônicas, excessivamente centralizadoras e burocráticas da administração pública. Desde o seu início, a reforma enfrentou muita pressão para demonstrar a capacidade de obter resultados positivos rápidos e mensuráveis, no entanto, tinha de enfrentar ainda o desconhecimento existente na APS quanto à forma mais adequada de gerenciar os processos de mudança apenas com os recursos disponíveis¹⁴.

Em 2008, foram constituídos os ACES, como uma rede de unidades funcionais responsáveis por prestar serviços de atenção à saúde. Cada ACES é gerido por um diretor executivo. Nesse mesmo ano, a MCSP avançou com uma iniciativa, coordenada pelo Instituto Nacional de Administração, a fim de oferecer capacitação específica aos diretores executivos, direcionada para as funções que iriam ocupar. Essa intervenção foi denominada PACES (Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica e Liderança para os ACES) e teve o objetivo de contribuir para o processo de mudança organizacional. O desenho da intervenção levou em consideração o regulamento legislativo aplicável que previa as atribuições e responsabilidades dos diretores executivos; considerou, também, uma série de premissas em torno da necessidade de uma liderança forte, num contexto complexo de mudança^{15,16}, de formação focalizada na resolução de problemas concretos^{17,18}, de métodos para desenvolver competências cognitivas e interpessoais^{19,20}, destacando, por fim, a importância de desenvolver redes e parcerias para a partilha das boas práticas de gestão^{21,22}. A avaliação do impacto da intervenção do programa PACES foi considerada positiva pelos diretores executivos²³.

A primeira fase da reforma da atenção primária em Portugal trouxe ganhos comprovados de: acessibilidade, sobretudo a intersubstituição de profissionais e a consulta de situações agudas no

próprio dia; acolhimento em instalações e equipamentos mais adequados; qualidade assistencial, com incremento de atos preventivos, qualidade de prestação de cuidados, formação contínua e avaliação; satisfação dos prestadores e dos usuários; eficiência, com custo por usuário mais baixo, pela racionalização da prescrição, tendo sempre em conta a discussão clínica interpares e a utilização de normas de orientação clínica.

As USF mudaram radicalmente a forma de fazer APS em Portugal, também por via da introdução do processo de contratação dos serviços a serem prestados neste contexto. A gestão por objetivos nas USF, por meio da negociação de metas, corresponde a um maior nível de exigência e de responsabilização das equipes, com vista à melhoria da prestação de cuidados, ganhos de eficiência e de satisfação dos usuários. As metas fixadas são um conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientado para ganhos em saúde. Os indicadores se relacionam com pacientes vulneráveis (crianças, grávidas) e de risco (diabéticos, hipertensos), com a acessibilidade aos cuidados, com a satisfação dos usuários e, ainda, com uma vertente econômica focada no custo dos medicamentos e dos exames de diagnóstico.

A contratação contempla uma carteira básica de serviços, comum a todas as USF e uma carteira adicional de serviços, aplicável apenas às USF do modelo B. Ao longo dos anos de existência das USF, a contratação comportou alterações e ajustes próprios de um novo sistema. Os indicadores comuns são distribuídos por quatro grandes áreas: acessibilidade (quatro), desempenho assistencial (oito), qualidade percebida (um) e desempenho econômico (dois). Os indicadores selecionados por cada USF pertencem ao grupo “desempenho assistencial”. As USF com carteira adicional de serviços (por exemplo, serviços nos domicílios) devem ter pelo menos um indicador de “desempenho assistencial”, que permita aferir a carga horária realizada e a produção estimada para cada atividade adicional.

Fase 2: reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2010-2015

É sob os efeitos graves da crise econômica, que em maio de 2011, Portugal assinou um Memorando de Entendimento com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu (que se designou popularmente como Troika), em troca de um empréstimo de 78 bilhões de Euros para acabar com o déficit e as pressões das agências de *rating*.

O Memorando de Entendimento continha mais de 50 medidas e ações concretas relativas aos cuidados de saúde, com o objetivo de economizar 664 milhões de Euros apenas neste setor. Uma consequência importante foi um corte dramático no gasto público em cuidados de saúde (em que a despesa pública no SNS representa 66% do total de despesas de saúde), que reduziu em termos reais o gasto em 8,2% em 2011, 9,5% em 2014, mesmo assim cerca de 10% inferior ao seu pico em 2010, refletindo o impacto da crise econômica e o Memorando de Entendimento subsequente. Apesar desse procedimento representar a oportunidade de otimização de processos e de redução de desperdícios, na realidade alguns cortes foram “cegos” e desproporcionados por facilitismo e ausência de estudo rigoroso.

A crise econômica atingiu toda a Europa. Contudo, o nível de procura pelos serviços de urgência em Portugal é cerca de duas vezes superior ao do Reino Unido, e o número médio de contatos na atenção primária é de 4,5 por pessoa por ano, menor que a média de 6,2 na União Europeia²⁴. As crises econômicas representam tanto um estímulo como uma barreira para a reforma dos sistemas de saúde. Em muitos pontos, a crise financeira proporcionou uma janela de oportunidade e um estímulo para as reformas. Vários diretores executivos introduziram inovações e puderam implementar medidas de controle de gastos (por exemplo, controle de despesas de transporte de doentes).

Num estudo publicado pela Health Foundation de Londres sobre a resposta internacional à austeridade para vários países (Irlanda, Espanha, Portugal, Canadá, Holanda e Dinamarca) e para cada um deles, foi analisada a dimensão da crise financeira, qual foi a principal resposta política, qual o impacto nos custos e nos resultados e qual o impacto na qualidade dos cuidados. Os impactos da crise na saúde, em Portugal, acabaram por ser menores que em outros países e muito devido à organização dos nossos serviços de saúde num SNS e à recente reforma da APS.

A segunda fase da reforma revelou, desde o início, um conjunto de problemas próprios do processo de implementação dos novos ACES. Entre eles, estava a ausência de recursos humanos capacitados nas áreas da gestão – que começou a ser resolvida na fase anterior – e a não atribuição de autonomia financeira a estas novas unidades administrativas²⁵. Um estudo realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD)²⁶ em 2015 sobre o sistema de saúde português

mostra que, em geral, o sistema de saúde está oferecendo um atendimento de alta qualidade a baixo custo. Um dos pontos fortes destacados no relatório da OECD é que o sistema de APS português está orientado para medir, garantir e melhorar a qualidade. Ao contrário da maioria dos sistemas de saúde da OECD, Portugal tem uma grande quantidade de informação disponível na APS, monitorando um elevado número de indicadores. A OECD considera que o sistema de saúde português respondeu bem à pressão financeira dos últimos anos, conseguindo equilibrar a necessidade de consolidação das contas públicas com melhorias na qualidade ²⁶.

No entanto, alguns desafios permaneceram. A disparidade entre o desempenho do antigo modelo de unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e as novas USF nos principais indicadores de qualidade pode ser motivo de preocupação. Ainda assim, a OECD recomenda uma “reflexão estratégica” na área da APS, sobretudo no que diz respeito ao equilíbrio entre os tradicionais centros de saúde e as USF, de forma a garantir que os cuidados de elevada qualidade sejam acessíveis a toda a população portuguesa.

Fase 3: reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2015-2020

Esta 3ª fase está sendo marcada essencialmente pela recuperação face à crise econômica e na reformulação da governação, com um conjunto de medidas, das quais se destaca a revisão e melhoria do processo de contratação. No final de 2018 estavam em funcionamento 532 USF (278 de modelo A e 254 de modelo B) ⁷.

Quando o XXI Governo Constitucional começou, em novembro de 2015, a situação econômica do país ainda suscitava alguma desconfiança, muito longe do atual otimismo. O déficit, em percentagem do PIB, foi de 4,4% em 2015, obrigando ao prosseguimento de políticas de contenção da despesa e aumento das receitas sob pena de imposição de multas. Portugal saiu oficialmente do procedimento de déficit excessivo em 16 de junho de 2017.

Contudo, o relatório de primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde ²⁷ apresentou um conjunto de comentários, no qual é considerado que o XXI Governo apresentou um ambicioso programa que intitulou Defender o SNS, Promover a Saúde, mas o impacto das medidas tarda em se notar. Salienta-se que a crise e a fraca definição de políticas levaram o SNS a gastar pior os recursos escassos, o que gerou graves problemas e desigualdades no acesso, tendo faltado visão estratégica e capacidade de executar as reformas organizativas indispensáveis.

Dentro dessas medidas, em fevereiro de 2016, o Ministério da Saúde lançou o *Plano Estratégico para a Reforma da Atenção Primária à Saúde*, a fim de retomar a Reforma de 2005 e expandir o número de usuários do SNS com médico de família. Esse plano teve como objetivo garantir um Médico de Família a todos os cidadãos do SNS. Contas feitas, esse objetivo está difícil de ser alcançado, apesar dos investimentos sérios em recursos humanos e infraestruturas ao longo dos últimos anos, na medida em que são precisos novos modelos de organização do trabalho para dar resposta às novas necessidades e exigências dos cidadãos, mas sobretudo para mitigar as dificuldades de acesso já diagnosticadas. Ainda em 2016, o Governo português lançou o Programa Nacional para a Educação em Saúde, Literacia e Autocuidados, que procura que a informação, o conhecimento e as decisões informadas, sejam os principais impulsionadores do envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde.

Durante a segunda e terceira fases, procedeu-se a duas atividades importantes: a avaliação do sistema de saúde e o desenvolvimento dos sistemas de informação na saúde. O incremento da transparência vem ganhando espaço com a criação do Portal do SNS, no qual estão disponíveis em tempo real informações nacionais sobre os tempos de espera nos serviços de urgência e consultas de ambulatório nos hospitais do SNS. Simultaneamente, é possível conhecer a atividade de cada uma das unidades do SNS, bem como a sua situação financeira e os atrasos nos pagamentos a prestadores de serviços, embora o processo de responsabilização ainda possa ser melhorado.

A contratação dos serviços dos ACES (consultas, domicílios, rastreios) tem sido alvo de estudo aprofundado e vem sendo paulatinamente alterada e melhorada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) ⁷. A estratégia de contratação para 2018 incluiu um ajuste às metas para que os que obtenham melhor desempenho não sejam prejudicados por terem melhores indicadores à partida. Essa alteração resultou de um projeto de colaboração com pesquisadores. O desafio é o processo negocial, a dinâmica entre contratação interna e externa que beneficia da envolvimento dos profissio-

nais e de uma maior proximidade à realidade da organização e das suas capacidades. Procura-se, cada vez mais, que esse processo fomente a responsabilização e a transparência, jogando os sistemas de informação um papel fundamental.

Para complementar a APS, Portugal tem implementado um conjunto de medidas de saúde pública para a prevenção da doença, e em particular para a promoção de hábitos alimentares saudáveis: (a) foi proibida a venda de produtos ricos em açúcar e sal adicionado, e determinada a tipologia de alimentos saudáveis que devem ser disponibilizados nas máquinas de venda automática; (b) passou a existir uma tributação das bebidas adicionadas de açúcar ou outros edulcorantes, de forma a contribuir para a redução do seu consumo, especialmente entre os jovens e os adolescentes; (c) foi lançado o programa Menos Sal, Mesmo Sabor, com vistas a estabelecer um conjunto de medidas com o objetivo de reduzir o teor do sal no pão; (d) desenvolveu-se a campanha promocional “O Açúcar Escondido nos Alimentos”, com o objetivo de promover a saúde, alertando para os perigos que estão escondidos nos rótulos dos alimentos associados ao elevado consumo de açúcar.

No âmbito da promoção da atividade física, agora é possível registrar no prontuário clínico a prática da atividade física e da frequência e duração com que se realiza, bem como cadastrar o aconselhamento e a prescrição de atividade física e de outros aspetos do estilo de vida, como o tempo passado em comportamentos sedentários.

Discussão e desafios futuros

Um dos objetivos da reforma era a melhoria da qualidade dos serviços, sobretudo de acompanhamento de doenças crônicas, consubstanciado pelo melhor e mais efetivo relacionamento com os hospitais. O *Euro Health Consumer Index 2016*²⁸ veio mostrar que existe uma melhoria efetiva do sistema de saúde português, ao atribuir 763 pontos (em mil) ao nosso sistema e posicionando-o melhor que o Reino Unido (761 pontos), a Espanha (709) e a Itália (682 pontos). Ao mesmo tempo demonstra-se que a afinidade estrutural dos sistemas de saúde desses países acaba por promover também a homogeneidade dos seus resultados.

É também reconhecida a relação entre o desempenho da APS e os internamentos evitáveis nos hospitais. Portugal tem as menores taxas padronizadas por idade e sexo por 100 mil habitantes para internamentos evitáveis por asma, doenças pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca congestiva²⁹, o que sugere que estas condições são efetivamente gerenciadas no nível da APS e que o atendimento prestado a este nível é de boa qualidade.

A APS como primeiro nível de atenção inclui a promoção da saúde, a prevenção e a gestão da doença, particularmente as crônicas e a referenciação de doentes para outros níveis de atenção, sobretudo para os hospitais, sempre que necessário. Isso resulta, sobretudo, das iniciativas de integração vertical e horizontal das estruturas de saúde. Essas medidas foram acompanhadas da criação das USF e de ACES, que estão incumbidos de prestar cuidados de saúde primários de forma integrada à respectiva população. A integração horizontal entre cuidados de saúde é também facilitada pelo desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados.

Os três ciclos de reforma analisados ao longo do artigo são os responsáveis pelos resultados positivos que Portugal tem atualmente, sobretudo quando vistos à luz de estudos comparativos com outros sistemas de saúde. Verifica-se que a teoria dos “três fluxos” de Kingdon pode se aplicar na identificação dos fatores que influenciaram a condução da reforma da APS em Portugal, embora se reconheça que mais elementos terão de ser equacionados, dadas as razões de contexto intervenientes. Esse modelo está sendo adaptado cada vez mais para estudar as políticas na União Europeia³⁰. Contudo, o contexto europeu, ao contrário do norte-americano, introduz outras questões que são sensíveis, como o empreendedorismo político que dá substância à alegação de que as ideias têm o seu tempo. Entre a multiplicidade de problemas que se abatem sobre os políticos, sob influência de múltiplos fatores além do seu controle, há os que merecem a sua decisão. Na prática, os políticos utilizam a heurística para tomar decisões e tendem à escolha de soluções que satisfaçam, não necessariamente as ótimas, na medida em que muitas vezes a informação é vaga, as consequências incertas e parece não haver maneira satisfatória de determinar o conjunto apropriado de meios ou fins que sejam aceitos por um conjunto diversificado de atores.

O desenvolvimento da reforma da APS aqui estudado é um exemplo disso, dado que as janelas de oportunidade para promover políticas se abrem no fluxo dos problemas e descrevem contextos particulares nos quais as questões são debatidas e as políticas feitas. O que funcionou na reforma da APS como “fluxo problemático” para a reforma foi o reconhecimento de um baixo nível de resultados, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade da APS. Havia o sentimento de que era preciso fazer algo diferente. Um dos elementos essenciais à aceitação da proposta de reforma por parte dos políticos foi a proximidade e a credibilidade de que gozavam alguns membros da associação de médicos de família face a proeminentes membros do governo de centro esquerda que foi eleito em 2005. A existência de um documento técnico elaborado por essa associação (nos finais dos anos 1980) para defender a reforma se tornou a inspiração para a reorganização da APS ³¹.

Foi essa coalizão de apoios governamentais e das associações profissionais que criou uma “janela política” favorável ao lançamento da reforma. Essas “janelas políticas”, as oportunidades de ação em determinadas iniciativas, se apresentam e permanecem abertas apenas por períodos curtos. Além disso, a janela era estreita porque nem todas as partes interessadas apoiavam: ordens profissionais, faculdades de medicina e associações de médicos especialistas não se opuseram à reforma, mas seu apoio era bastante morno porque não estavam associados à sua concepção. Isso demonstra que os empreendedores políticos são parte importante no processo de criação das agendas políticas, porque a política nem sempre é feita de modo racional e linear. Na presença de ambiguidade de informação e perante a complexidade das questões, as mensagens que os empreendedores políticos disseminam para os formuladores de políticas servem para ativar a atenção pública e mobilizar apoio ou, por vezes, oposição.

Essa “janela” foi bem aproveitada para implementar a estrutura regulatória e administrativa para acompanhar a reforma, a qual desacelerou o seu impulso desenvolvimentista devido à crise econômica financeira mundial (2008-2013) que veio limitar os investimentos necessários. Durante esse período, Portugal adotou três abordagens distintas para fazer face à crise, cada uma delas executada por um governo diferente: (1) sustentabilidade do setor financeiro; (2) mitigar os impactos adversos, econômicos e sociais da crise; (3) ajustamento fiscal ³².

Na realidade, já em 2006 o prognóstico relativo à economia portuguesa era pessimista. Embora na vigência de um governo com a mesma orientação de centro esquerda que deu início à reforma da APS, a economia crescia muito pouco, assim como a produtividade. Com a instalação da crise, Portugal teve de se ajustar à agenda da União Europeia, sobretudo durante a vigência do governo de centro direita (entre 2011 e 2015) que passou a aplicar as medidas de austeridade mais duras, levando à letra a imposição da Troika.

Em suma, mais uma vez, e à semelhança com o que aconteceu em 1979, também agora os constrangimentos econômico-sociais são decisivos para o prosseguimento da reforma da APS. Uma mistura de fatores endógenos e exógenos mudou o ambiente, de favorável para menos favorável. Essa ambiguidade institucional afetou a natureza das janelas de oportunidade para a promoção de políticas em que o empreendedorismo de política, favorável à reforma da APS, ocorreu. Ao se aplicar retrospectivamente o modelo dos múltiplos fluxos ao percurso da reforma da APS, verifica-se que essas mudanças de política estão fortemente relacionadas com a coerência da coalizão de empreendedores (União Europeia e governo) de políticas, em favor de normas legalmente restritivas. Portanto, não se trata apenas do poder ou da capacidade de um empreendedor político, neste caso o governo português, que leva ao endurecimento de normativos anteriormente brandos, mas a coerência da coalizão que o empreendedor político é capaz de construir, neste caso com a União Europeia, governo e partido político no poder.

Existe um largo consenso em torno do SNS como uma conquista do regime democrático e em torno da universalidade do sistema. Isso mesmo está refletido na incorporação da odontologia na APS – que não tinha ainda sido garantida desde a fundação do SNS – e do conseqüente acréscimo de investimento na saúde oral. Pode-se afirmar que o debate político nacional não se centra tanto nas questões programáticas ou organizativas do sistema de saúde, mas, sobretudo, na resolução dos grandes desafios que a dinâmica dos tempos coloca. Nessas, ocupam lugar de relevo as desigualdades em saúde e a sustentabilidade financeira do SNS. O Memorando de Entendimento que Portugal assinou, no capítulo dedicado à saúde afirmava que teria de ser melhorada a eficiência e efetividade

do sistema de saúde, condição indutora de uma utilização mais racional dos serviços e do controle da despesa; teriam de ser geradas mais poupanças na área dos produtos farmacêuticos, de modo a reduzir a despesa pública nesta área; e teriam ainda de ser conseguidas poupanças adicionais nas despesas operacionais dos hospitais.

O real impacto das medidas contidas no Memorando de Entendimento não está ainda devidamente apurado, embora os indicadores comparativos representem melhorias graduais e sensíveis. Porém, permanece ainda uma despesa elevada das famílias com saúde, ao mesmo tempo em que se agravaram as desigualdades.

As reformas implementadas nos últimos anos incluem melhoria da regulação e da governação dos serviços; procura integrar a promoção da saúde; lançamento de programas de saúde prioritários, como a diabetes e a saúde mental; reequilíbrio do mercado farmacêutico (novas regras para a determinação de preços com a conseqüente redução); uso crescente de medicamentos genéricos (dados de 2017 mostram que está perto dos 50%); ampliação e coordenação dos cuidados continuados e paliativos; a prática médica foi direcionada para a introdução de um amplo programa de normas de orientação clínicas, sobretudo na APS.

Contudo, podemos ainda identificar os principais problemas que precisam ser enfrentados pela atenção primária: espera-se que a APS em Portugal desempenhe um papel significativo e crescente na prestação de cuidados de saúde para uma população cada vez mais envelhecida, caracterizada por uma carga crescente de doenças crônicas (e polifarmácia). Por isso, a APS deve apoiar e expandir áreas de qualidade e inovação e preencher algumas lacunas importantes, principalmente no que se refere à coordenação da APS com os outros níveis de cuidados.

Vários desafios permanecem no sistema de saúde português, com impacto na APS: (a) como equilibrar a sustentabilidade financeira com as melhorias no SNS em áreas menos privilegiadas, tais como saúde oral, saúde mental e os cuidados paliativos e de forma mais ampla; (b) enquanto Portugal está numa posição confortável em relação à esperança de vida ao nascer, um dos nossos principais desafios é como aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos ⁴; (c) em nível organizacional existem dois principais desafios futuros: o primeiro diz respeito à reorganização da rede hospitalar, o segundo é desenvolver a rede de APS e a sua integração com outros níveis de atenção, pois é crucial para enfrentar as desigualdades no acesso à saúde que ainda persistem no SNS português; (d) o papel das unidades locais de saúde pública (i.e., a integração de hospitais com centros de saúde) precisa ser claramente definido e o futuro próximo indicará se, com o investimento necessário, elas poderão se tornar agentes ativos da promoção da saúde e prevenção de doença; (e) um desafio importante é o desenvolvimento das equipes clínicas que promovam a inovação nos cuidados: precisamos de novos modelos de cuidados, pois se continuarmos a trabalhar como sempre se fez iremos enfrentar mais problemas, na medida em que os desafios são bem distintos dos que havia no início da reforma da APS em Portugal em 2005; (f) apesar de significativos investimentos em sistemas de informação, com resultados concretos em termos de plataforma de dados da saúde e de novos aplicativos, há ainda muito por fazer, nomeadamente no campo da usabilidade e do apoio à decisão clínica ³⁰; (g) finalmente o desafio das expectativas do usuário: o relatório europeu dos consumidores da saúde vem contrapor o sistema Beveridgeano com o sistema Bismarkeano, como melhor resposta às expectativas do usuário.

O revigoramento e a recuperação do SNS e do seu desempenho constituem, por isso, um dos mais árduos desafios para a próxima década, sendo um teste decisivo à determinação política na defesa do Estado Social.

Conclusões

O estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década, graças à APS e à introdução de melhorias na reforma. Os três ciclos de reforma representam três períodos distintos de coerência da coalizão que o empreendedor político foi capaz de construir, cuja janela de oportunidade para a mudança internamente construída foi sobejamente influenciada pelos fatores externos, consubstanciados nas condições socioeconômicas e no jogo político, que explicam bem a dinâmica que existiu. Mas representam também oportunidades para aprender, para inovar e corrigir as políticas, introduzindo melhorias na organização dos cuidados.

Há um conjunto de questões cujo desenvolvimento é imprescindível para o fortalecimento da APS: uma visão governamental clara do futuro da APS, proteção da equidade no acesso, regimes remuneratórios adequados, planejamento dos recursos humanos para evitar carências futuras e responder a novas necessidades, melhorar a coordenação e articulação entre níveis de atenção. Reforçar o investimento (sobretudo em recursos humanos) na APS é uma parte importante da solução no sentido de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, melhorar a cobertura e a saúde da população e, conseqüentemente, fortalecer a economia. Ao investir-se mais numa APS com responsabilidade na prevenção à saúde e na promoção dos hábitos saudáveis, a longo prazo, o sistema de saúde poderá evitar custos com doenças evitáveis.

Colaboradores

L. V. Lapão e L. Pisco participaram conjuntamente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Luís Velez Lapão (0000-0003-0506-1294); Luís Pisco (0000-0002-9007-8949).

Agradecimentos

Agradecemos simbolicamente a todos os profissionais da atenção primária pela sua dedicação aos serviços de saúde. O autor L. V. Lapão gostaria de agradecer o apoio do Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (GHTM – UID/Multi/04413/2013). Agradecemos ainda os comentários dos revisores.

Referências

1. World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care (now more than ever). Geneva: World Health Organization; 2008.
2. The Lancet. Life, death, and disability in 2016. *Lancet* 2017; 390:1083.
3. Eurostat. People in the EU: who are we and how do we live? Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. (Eurostat Statistical Books).
4. Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente 2012-2060. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_paren_tBoui=215593684&att_display=n&att_download=y (acessado em 08/Fev/2019).
5. de Almeida Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: health system review. *Health Syst Transit* 2017; 19:1-184.
6. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Manage* 2012; 27:295-307.
7. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório candidaturas e constituição de USF e UCC. http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/estat_nacional_2016_07_11__15_24_32.pdf (acessado em 03/Fev/2019).
8. Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização, Direção de Serviços de Informação e Análise, Direção-Geral da Saúde. Centros de saúde e unidades hospitalares: recursos e produção, 2012. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
9. Kingdon JW. Agenda, alternatives, and public policies. 2nd Ed. New York: Harper Collins College Publishers; 1995.
10. Yin R. Case study research: design and methods. Beverly Hills: Sage Publications; 1994.
11. Zohlnhöfer R, Herweg N, Hub C. Bringing formal political institutions into the multiple streams framework: an analytical proposal for comparative policy analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2016; 18:243-56.
12. Saurugger S, Terpan F. Do crises lead to policy change? The multiple streams framework and the European Union's economic governance instruments. *Policy Sci* 2016; 49:35.

13. Pisco L. A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia* 2007; 80:60-6.
14. Plsek P, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001; 323:746-9.
15. Lapão LV, Dussault G. PACES: a national leadership program in support of primary-care reform in Portugal. *Leadersh Health Serv* 2011; 24:295-307.
16. Lapão LV. The role of complexity dynamics in the innovation process within the new primary-care governance model in Portugal. *Innov J* 2008; 13:1-12.
17. Mintzberg H. *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*. New York: Free Press/Collier MacMillan; 1989.
18. Mintzberg H. *Managers not MBAs: um olhar crítico sobre a gestão*. Lisboa: Dom Quixote; 2005.
19. Arthur-Kelly M, Gordon C, Butterfield N. The impact of curriculum and instruction. In: Arthur-Kelly M, editor. *Classroom management: creating positive learning environments*. South Melbourne: Thomson; 2003. p. 43-52.
20. Alimo-Metcalf B, Alban-Metcalf J. Leadership: time for a new direction? *Leadership* 2005; 1:51-71.
21. Hamel G. The why, what, and how of management innovation. *Harv Bus Rev* 2006; 84:72-84.
22. Dyer JH, Nobeoka K. Creating and managing a high-performance knowledge-sharing network: the Toyota case. *Strategic Management Journal* 2000; 21:345-67.
23. Rodrigues R, Schulmann K. *Impacts of the crisis on access to healthcare services: country report on Portugal*. Vienna: European Centre for Social Research and Policy; 2014.
24. Villanueva T. Portuguese health system is still too reliant on emergency care, finds review. *BMJ* 2012; 344:379.
25. Monteiro BR, Pisco AMSA, Candoso F, Bastos F, Reis M. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:725-36.
26. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015. Raising standards*. Lisboa: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. (OECD Reviews of Health Care Quality).
27. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Relatório de primavera 2017. Viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade na saúde*. <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2017/> (acessado em 08/Fev/2019).
28. Björnberg A. *Euro Health Consumer Index 2016 report*. Marseillan: Health Consumer Powerhouse; 2017.
29. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Observatory on Health Systems and Policies. *Portugal: perfil de saúde do país 2017*. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
30. Ackrill R, Kay A, Zahariadis N. Ambiguity, multiple streams, and EU policy. *J Eur Public Policy* 2013; 20:871-87.
31. Pisco L. Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2011; 16:2841-52.
32. Pedroso P. *Portugal and the global crisis: the impact of austerity on the economy, the social model and the performance of the state*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2014.

Abstract

In order to reform Portugal's primary health care (PHC), the Ministry of Health planned a change that was launched in 2005 and 2006, and which is still under way today. This article aims to analyze PHC reform in Portugal according to different phases in its development, using Kingdon's multiple streams model to reflect on the evolution in the reform process and its future, from the perspective of a process that seeks to achieve universal access to health. The working methodology was a document and case study with a qualitative approach and evaluative dimensions. The study was based on material on PHC in Portugal, published both in Portugal and elsewhere. Kingdon's multiple streams model was used to explain the actual and contextual development of policies implemented during the PHC reform. Three phases were identified in the reform, each lasting about five years. The first phase, starting in 2005, featured family health units with a voluntary basis. The second phase began in 2010, with the model's consolidation. In the third phase, since 2015 and still under way, the model came of age, benefiting from the end of the financial crisis but still suffering from its effects. The three reform cycles represent three distinct periods with consistency in the coalition that the policymaker was able to establish, in which the windows of opportunity for internally built change were heavily influenced by external factors. The article identifies the contribution by PHC reform to improvement of the Portuguese population's health status.

Health Care Reform; Health Policy; Primary Health Care; Innovation

Resumen

Con el fin de reformar la atención primaria de salud (APS), el Ministerio de Salud planificó una transformación que tuvo su arranque durante el período entre 2005 y 2006, y que se desarrolla hasta nuestros días. El objetivo de este artículo es enmarcar la reforma de la APS en Portugal dentro de diferentes fases de desarrollo, utilizando el modelo de flujos múltiples de Kingdon, con el fin de reflexionar sobre la evolución del proceso reformador y su futuro, desde la perspectiva del proceso que pretende alcanzar el acceso universal a la salud. Como metodología de trabajo, se utiliza el estudio documental y de caso, de orientación cualitativa y con dimensiones evaluativas. El estudio se basó en el material publicado, nacional e internacionalmente, sobre la APS en Portugal. El modelo de flujos múltiples de Kingdon se utiliza para explicar el desarrollo concreto y contextual de las políticas puestas en marcha durante la reforma de la APS. Se identificaron tres fases de la reforma, cada una con una duración de cerca de 5 años: en la primera fase, a partir de 2005, surgieron las unidades de salud familiar de constitución voluntaria. En la segunda fase, iniciada en 2010, se produce la consolidación del modelo. En una tercera fase, desde 2015 y que todavía transcurre, se produce la madurez del modelo, aprovechando el final de la crisis financiera, pero todavía soportando sus secuelas. Los tres ciclos de reforma representan tres períodos distintos de coherencia de la asociación que el emprendedor político fue capaz de establecer, cuyas ventanas de oportunidad para el cambio, internamente construido, fueron influenciadas sobradamente por factores externos. Asimismo, se señala la contribución que la reforma de la APS significó para la mejora del estado de salud de la población portuguesa.

Reforma de la Atención de Salud; Política de Salud; Atención Primaria de Salud; Innovación

Recebido em 11/Mar/2018
Versão final reapresentada em 15/Fev/2019
Aprovado em 19/Fev/2019