

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora

Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative

André Rosa Biscaia¹
Liliana Correia Valente Heleno¹

Abstract *The 2005 Portuguese primary health care (CSP) reform was one of the most successful reforms of the country's public services. The most relevant event was the establishment of Family Health Units (USF): voluntary and self-organized multidisciplinary teams that provide customized medical and nursing care to a group of people. Then, the remaining realms of CSP were reorganized with the establishment of Health Center Clusters (ACeS). Clinical governance was implemented aiming at achieving health gains by improving quality and participation and accountability of all. This paper aims to characterize the 2005 reform of Portuguese CSP with an analysis of its systemic and local realms. This is a case study of a CSP reform of a health system with documentary analysis and description of one of its facilities. This reform was Portuguese, modern and innovative. Portuguese by not breaking completely with the past, modern because it has adhered to technology and networking, and innovative because it broke with the traditional hierarchized model. It fulfilled the goal of a reform: it achieved improvements with greater satisfaction of all and health gains.*

Key words *Primary healthcare, Healthcare reform, Organizational innovation*

Resumo *A reforma de 2005 dos cuidados de saúde primários (CSP) portugueses foi uma das mais bem-sucedidas feitas nos serviços públicos do país. O acontecimento mais relevante foi a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF): equipes multidisciplinares voluntárias e auto-organizadas, que prestam cuidados médicos e de enfermagem personalizados a um conjunto de pessoas. Num segundo momento reorganizaram-se as restantes dimensões dos CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Apostou-se na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde pela melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos. Este artigo tem por objetivo caracterizar a reforma de 2005 dos CSP Portugueses com a análise das suas dimensões sistêmica e local. Trata-se de um estudo de caso de uma reforma na área dos CSP de um sistema de saúde com análise documental e descrição de uma de suas unidades. Esta reforma foi portuguesa, moderna e inovadora. Portuguesa ao não quebrar completamente com o passado, moderna porque se aliou à tecnologia e ao trabalho em rede, e inovadora porque ultrapassou o modelo hierarquizado tradicional. Cumpriu o objetivo de uma reforma: conseguiu melhorias com maior satisfação de todos e ganhos em saúde.*

Palavras-chave *Cuidados de saúde primários, Reforma cuidados de saúde, Inovação organizacional*

¹ Unidade de Saúde Familiar Marginal, ACES de Cascais. R. Egas Moniz 9010/Piso 2, Cascais. 2765-618 São João do Estoril Portugal. andre.rosa.biscaia@gmail.com

Introdução

A última reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) portugueses (equivalente à Atenção Primária à Saúde no Brasil) teve início formal em 2005, estando a ser uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas em Portugal. O acontecimento mais relevante e a primeira mudança no terreno foi a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF): equipas multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas, que operam em centros de saúde geridos pelo Estado e que dão resposta com autonomia e de um modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem personalizados. Introduzida esta primeira mudança, que representou uma quebra na estrutura organizacional, muito hierarquizada, dos serviços públicos, num segundo momento reorganizaram-se as dimensões restantes dos CSP com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (AceS). Para dar consistência e sustentabilidade às mudanças apostou-se na governação clínica procurando-se obter ganhos em saúde através da melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos.

Esta reforma não partiu de uma situação de caos, de muito maus resultados, grandes ineficiências ou de grande insatisfação. Partiu, antes, de uma evolução, de cerca de 35 anos, em que se conseguiu construir um Serviço Nacional de Saúde (SNS), financiado por impostos, que cobria a totalidade da população com uma rede de centros de saúde e hospitais por todo o território, em que se estruturaram as carreiras profissionais no Estado, organizaram residências de qualidade e se alcançaram ótimos resultados em muitos indicadores de saúde¹. No entanto, quis-se mais, mais qualidade com maior acessibilidade, cuidados melhor alinhados com as orientações técnico-científicas atuais, uma participação ativa e uma maior satisfação de todos, usuários e profissionais. Então, fez-se o que tem acontecido ao longo das várias reformas nos CSP portugueses: estudaram-se os sistemas de saúde de outros países, nomeadamente os que têm servido historicamente de referência para Portugal, e a literatura científica, e construiu-se uma solução portuguesa. Nesta reforma, em especial, a grande referência foi o *National Health Service* (NHS) britânico, nomeadamente no que se refere ao *NHS Community Care Act*², à atividade dos *primary care trusts*, especialmente a sua evolução para *Clinical Commissioning Groups*³, e ao foco dado ao esquema

de incentivos *Quality and Outcomes Framework* (QOF)⁴ para estimular a prestação de cuidados de qualidade. Seguindo a tendência de muitos outros países, Portugal iniciou desde 2004 uma prática, que mantém, de consensualizar Planos Nacionais de Saúde^{5,6} (que depois se desdobram em planos regionais e locais), para dar coerência ao sistema como um todo, eliminar desigualdades regionais, obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e capacitar o sistema para a inovação.

Ainda nas origens desta reforma, foram seguidas, mesmo antes da sua publicação e bebendo das discussões que estavam a acontecer nos CSP, as conclusões do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde no seu relatório de 2006⁷ que apontavam para a necessidade da promoção do trabalho em equipe, da inscrição em listas de usuários por equipe de saúde de CSP para garantir a longitudinalidade dos cuidados, de conseguir uma maior acessibilidade aos serviços, de se apostar num pagamento diferenciado e ligado ao desempenho e da informatização dos serviços.

A solução portuguesa, alimentada por todos estes contributos, surgiu na forma de uma utopia profissional – o Livro Azul “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal” da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar⁸. Escrita 15 anos antes da reforma, em 1990, foi sendo aperfeiçoada, testada em várias experiências no terreno, discutida com os outros grupos profissionais, a sociedade civil e os partidos políticos até que foi incluída no programa eleitoral de um destes (o Partido Socialista), que ganhou as eleições e a implementou. Neste documento apresentava-se uma solução descrita ao detalhe, pronta para ser implementada, já amadurecida por anos de discussão e experimentação e que conseguiu ser posta em prática em pouco mais de seis meses.

A finalidade desta reforma dos CSP de 2005, como em todas as demais, era melhorar, e decidiu-se que a melhoria deveria ter foco especial na acessibilidade, na organização, na pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, não esquecendo a qualidade dos cuidados de saúde e tentando a satisfação quer de profissionais quer de usuários⁹. Para alcançar estes objetivos seguiram-se várias estratégias. A primeira buscava assegurar uma estrutura que permitisse a condução de todo o processo de um modo autónomo – foi, para tal, criada a Missão para os CSP por resolução do Conselho de Ministros, ou seja, supra Ministério da Saúde, “para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e

acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar¹⁰. A segunda estratégia visava conduzir a implementação do processo baseado naquilo que Swanson et al.¹¹ caracterizam como políticas adaptativas, que se baseiam em análises de situação integradas e viradas para o futuro, refletem contribuições do maior número possível de *stakeholders*, promovem e incentivam respostas variadas (e não apenas uma) e a capacidade de ajustamentos automáticos da política através da monitorização de indicadores-chave e da aprendizagem permanente, e apostam na auto-organização, no networking social e na descentralização da governação.

Num artigo de 2005, Atun et al.¹² ilustram o sucesso destas políticas adaptativas numa reforma dos CSP e complementam o pacote necessário para se ter sucesso: (i) liderança forte; (ii) boa coordenação entre o nível político e operacional; (iii) abordagem prática da implementação, enfatizando a clareza das intervenções para poder ser rapidamente apreendida pelos potenciais destinatários dessas políticas; (iv) estratégias de envolvimento para evitar conflitos desnecessários com o *status-quo*; (v) gestão cuidadosa da mudança para que a reforma não seja politizada demasiado cedo e com investimentos fortes e precoces na formação para estabelecer uma massa crítica de profissionais que possam rapidamente operacionalizar e implementar as políticas.

Estes autores consideraram ainda que é da máxima importância que haja uma abordagem à reforma que seja multifacetada e coordenada, com mudanças nas leis, reestruturação organizacional, alterações no financiamento e nos sistemas de pagamento de prestadores, criação de incentivos à inovação e investimento no desenvolvimento dos recursos humanos.

Em termos gerais, esta foi a “cartilha” proposta e promovida para a Reforma dos CSP, iniciada em 2005, em Portugal.

Este artigo busca descrever a reforma iniciada em 2005 dos CSP em Portugal nas suas linhas gerais, as mudanças que se operaram a nível sistémico e local, os modelos que a inspiraram e as razões do seu sucesso.

Métodos

Este é um estudo de caso de uma reforma na área dos CSP de um sistema de saúde com análise das suas dimensões sistémica e local. Reviram-se os documentos legais que enquadravam a reforma,

os relatórios, os estudos e os artigos produzidos sobre esta por organismos nacionais e internacionais, assim como se analisaram os documentos internos e os relatórios de atividade de uma unidade de saúde constituída no âmbito dessa reforma – a unidade de saúde familiar Marginal. Os dois autores exercem a sua atividade profissional nesta unidade – um como fundador e outra como residente. É, portanto, um artigo que conjuga uma vista de dentro vivida desde a preparação da reforma, o seu início e o seu desenvolvimento, e uma análise documental extensa que tentou abarcar todos os documentos de referência.

A criação das Unidades de Saúde Familiar e as mudanças sistémicas

O aspeto central das mudanças foi a reconfiguração dos Centros de Saúde segundo princípios que permitissem a optimização e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), garantindo a qualidade dos cuidados prestados num sistema de melhoria contínua. Constituíram a base para a mudança os seguintes princípios⁹: (i) orientação para a comunidade; (ii) flexibilidade organizativa e de gestão; (iii) desburocratização; (iv) trabalho em equipe; (v) autonomia e responsabilização; (vi) melhoria contínua da qualidade; (vii) contratualização e avaliação.

O processo de mudança para os “novos centros de saúde” envolveu⁹ ainda: (i) constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF); (ii) associação de Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS); (iii) criação de outras unidades funcionais nos AceS, que será detalhada mais adiante; (iv) introdução de um novo modelo de gestão; (v) instituição da governação clínica; (vi) reorganização dos serviços de suporte; (vii) informatização completa dos serviços e desmaterialização da maior parte dos suportes para a prática.

O acontecimento mais relevante desta reforma, como já foi dito, foi a criação das USF, cujo número tem vindo a aumentar anualmente desde a sua implementação em 2006 (Gráfico 1).

As USF surgiram com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidatura voluntária para a criação de equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde, dotadas de autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional¹³. Estas equipas são constituídas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos (profissionais que para além das competências nas áreas do secretariado e

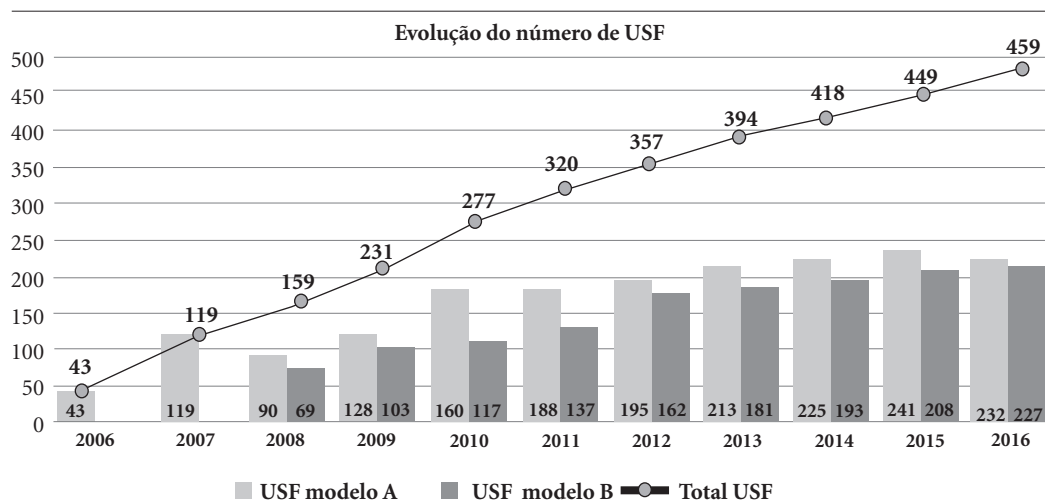


Gráfico 1. Evolução do número de Unidades de Saúde Familiar (USF) – Portugal -2006-2016.

Fonte: ACSS (2016). Relatório: Candidaturas e Constituição de USF e UCC. 2016-10-07.

serviço administrativo, gestão e informática, dominam a terminologia médica, comunicando de forma adequada com usuários e restantes membros da equipe de saúde).

A reconfiguração dos Centros de Saúde existentes em Agrupamentos de Centros de Saúde, os ACeS, ocorreu em duas fases, tendo sido inicialmente criados 74 deles, que após reestruturação se reduziram a 55 distribuídos por todo o país. De acordo com a legislação que lhes dá suporte, os ACeS¹⁴ são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, descentralizados das respetivas administrações regionais de saúde (ARS), mas sob o seu poder de direção, sendo constituídos por várias unidades funcionais, e tendo a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma determinada área geográfica.

Destas unidades funcionais, constam: as unidades mais vocacionadas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem – as USF (unidades de saúde familiar)¹⁵ e as UCSP (unidades de cuidados de saúde personalizados)¹⁶; as USP (unidades de saúde pública)¹⁷, que funcionam como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população; as URAP (unidades de recursos assistenciais partilhados que integram, por exemplo, assistentes sociais e psi-

cólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, entre outros)¹⁸, que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais; e as UCC (unidades de cuidados na comunidade)¹⁹, que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário (Figura 1).

A reforma de 2005 dos CSP propõe um papel central para a governação clínica nas unidades funcionais, atribuindo-lhes responsabilidades técnicas e autoridade independentes do corpo gestor dos Agrupamentos de Centros de Saúde. A Governação Clínica e de Saúde (GCS) é um sistema de conhecimentos, atitudes e práticas de “pilotagem” clínica individual, de equipas e serviços visando à qualidade dos cuidados. A finalidade é obter resultados em termos de efetividade, com equidade, para as pessoas, famílias e comunidades, com envolvimento de todos, através da melhoria contínua da qualidade dos processos assistenciais e intervenções em saúde e da participação e responsabilização de todos os profissionais²⁰.

As USF configuram, assim, um modelo inovador na prestação de CSP e nos serviços públicos em Portugal, tendo como principais características e princípios integradores¹:

- ser constituídas por equipas multidisciplinares (integrando médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos), cuja dimensão se subordina à população inscrita, de constituição voluntária (um grupo de profissionais, que já são

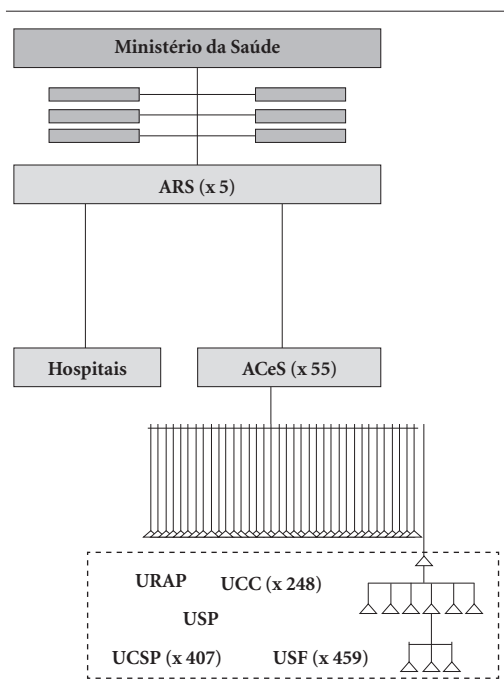


Figura 1. Organograma do Serviço Nacional de Saúde focado nos Cuidados de Saúde Primários.

ARS: Administração Regional de Saúde; ACeS: Agrupamentos de Centros de Saúde; USF: Unidades de Saúde Familiar; UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, URAP: unidades de recursos assistenciais partilhados; USP: Unidades de Saúde Pública; UCC: Unidades de Cuidados na Comunidade. Entre parênteses estão os números de cada unidade existentes atualmente no país.

- - - - : incluídas as unidades funcionais de um ACeS.

Fonte: André Biscaia

funcionários públicos, decide trabalhar em conjunto e apresenta uma proposta à administração) e auto-organizadas, agrupadas, muitas vezes, em micro-equipes que dão resposta de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto definido de pessoas e famílias (lista de usuários) de uma dada área geográfica;

- ter autonomia técnica e organizacional regulada por um conjunto de instrumentos formais (tais como o regulamento interno ou o plano de ação) e apresentarem uma estrutura orgânica constituída pelo coordenador da equipe (eleito pela equipe), pelo conselho técnico (responsável principal pela implementação da governação clínica, igualmente eleito) e pelo conselho geral (engloba todos os profissionais da unidade e onde são tomadas as decisões mais importantes sobre o seu funcionamento por voto equitativo de todos, independentemente do seu grupo profissional);

- visar alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde, enquadradas através de uma carta de compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACeS e destas com as ARS, sendo avaliadas e responsabilizadas pelos seus desempenhos;

- poder aceder, no caso dos médicos, a um sistema retributivo misto (base/carreira, capitação ajustada, à peça – apenas no caso das consultas no domicílio – e associado ao desempenho pelo atingimento de objetivos da equipe) que premeia a optimização do acesso, o desempenho coletivo para a eficiência e a qualidade. Os enfermeiros e secretários clínicos podem aceder a incentivos financeiros, estando a sua atribuição dependente da concretização de metas contratualizadas referentes a indicadores de desempenho;

- poder, igualmente, alcançar outros incentivos que têm como objetivo apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais da USF – os incentivos institucionais – que consistem na atribuição de prémios pecuniários para reinvestimento na própria USF, sendo aferidos pelo desempenho medido por indicadores, em quatro áreas – acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos usuários e eficiência;

- possuir sistemas de informação que permitam responder aos indicadores contratualizados e manter uma base de dados informatizada fiável dos ficheiros de usuários dos profissionais;

- assumir um acordo de intersubstituição entre os profissionais que garanta, nos dias úteis, atendimento no próprio dia aos usuários inscritos nas USF;

- estabelecer uma hierarquia técnico-científica, indicada pela equipe, para garantir a qualidade do serviço;

- estruturar um plano de desenvolvimento de competências e de formação;

- aceitar uma integração em rede com as outras unidades funcionais no ACeS e outras entidades da comunidade.

A evolução organizativa das USF assenta-se em três modelos, que assumem diferentes patamares de autonomia e aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva. Modelo A – corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipe de saúde familiar; compreende as USF do setor público com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas que se pode traduzir em

incentivos institucionais a reverter para investir na USF; Modelo B – indicado para equipes com maior amadurecimento organizacional, que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente; abrange as USF do setor público e têm um regime retributivo especial para os médicos, incentivos financeiros para enfermeiros e secretários clínicos, e, tal como no modelo A, contratualizam indicadores relacionados com incentivos institucionais e uma eventual carteira adicional de serviços; Modelo C – modelo experimental, com caráter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS; abrange USF dos setores social, cooperativo e privado¹. Neste momento, apenas existem USF de modelo A e B.

Por outro lado, continua a ser possível manter o nível de organização anterior, não USF, em UCSP nos casos em que os profissionais não se encontrem dispostos ou não se possam organizar em USF, funcionando num modelo mais verticalmente hierarquizado e menos autónomo que caracterizava o modo de trabalhar nos CSP antes da reforma de 2005.

Atualmente existem já 459 USF²¹, segundo os dados de outubro de 2016²¹, que integram 11.202 profissionais, cobrindo mais de metade da população portuguesa: 5.361.959 usuários.

Neste momento, a reforma está a viver um período de relançamento com o objetivo de expandir e melhorar a capacidade da rede de CSP, dando início a um novo ciclo de melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS. A visão assumida desta fase é “um SNS baseado nos CSP, promotor de equidade e garantindo acesso a cuidados de proximidade, com resolutividade, continuidade, qualidade e eficiência”²².

A Unidade de Saúde Familiar da Marginal em Estoril

A 19 de abril de 2007 nasceu, no Estoril, a USF Marginal, que passamos a analisar em detalhe, para transferir para a realidade prática a criação e a atividade de uma das USF portuguesas com mais anos de existência e, assim, ilustrar as mudanças no nível local, no terreno.

Em relação às características do ambiente biofísico é importante salientar que o concelho de Cascais pertence ao distrito de Lisboa e é sede de um município com 97,4 km² de área, subdividido em 4 freguesias: Alcabideche, Carcavelos e Parede, Cascais e Estoril e S. Domingos de Rana. A área geográfica de influência da USF Marginal

são as freguesias de Alcabideche, Cascais e Estoril com perfis socioeconômicos muito assimétricos, convivendo as famílias com mais rendimento do país com algumas das que têm dos menores, sendo os dois grupos usuários do ACeS.

Sete secretários clínicos, nove enfermeiros e onze médicos decidiram trabalhar em conjunto e candidatar-se a gerir uma unidade de saúde do Estado e assumir os cuidados de uma população de 18.000 pessoas. A primeira tarefa do grupo foi consensualizar e escrever os seus valores²³:

- o potencial humano é o bem mais precioso – as pessoas fazem a diferença;
- o sucesso da unidade alicerça-se na confiança, na responsabilidade, na solidariedade, no respeito e na transparência;
- a preservação do ambiente e a segurança dos cidadãos e dos profissionais são preocupações constantes;
- a aprendizagem permanente e a partilha da informação, do conhecimento e da experiência são fundamentais para o desenvolvimento de todos; e, por último,
- a reflexão é dos recursos mais importantes em saúde.

A tarefa seguinte passou pela criação da sua missão: “prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e a autonomia dos cidadãos a quem presta cuidados e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais, para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida de todos”^{23,24}. Seguiu-se o regulamento interno e a eleição do Coordenador e do Conselho Técnico. O logotipo que escolheram – a “silhueta” de uma onda – pretendia gerar imediatamente ideias ou conotações de movimento, ritmo, ciclos, energia, plasticidade, mudança, força, mar e também de margem... Marginal²³. “Marginal” também é a estrada icónica que passa à frente do edifício da unidade. O lema – “Parceiros na saúde: juntos, conseguimos” – surgiu naturalmente quando se escreveu a finalidade da USF: “o desenvolvimento para a maior autonomia possível da comunidade e dos cidadãos que escolheram esta unidade como parceiro na saúde”²³.

A unidade assumiu, portanto, como nuclear à sua atividade o cidadão usuário da USF Marginal (Figura 2). Para cumprir a sua missão, o grupo de profissionais que a constituem propôs-se trabalhar em equipe, subdividida em micro-equipes de um enfermeiro, um médico e um secretário clínico para prestar cuidados de saúde personalizados a um grupo de cidadãos inscritos na USF, a quem disponibiliza os serviços que integram a

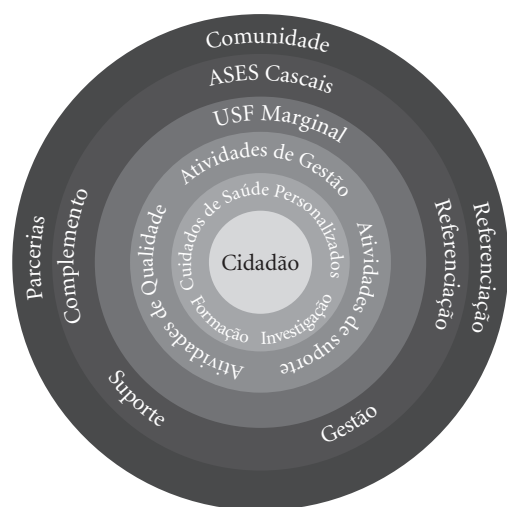


Figura 2. A USF Marginal, o ACES de Cascais e a comunidade.

USF: Unidades de Saúde Familiar; ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde.

Fonte: André Biscaia.

carteira básica de serviços clínicos: consulta geral, consulta de saúde do adulto e do idoso, saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, saúde da mulher, cuidados em situação de doença aguda, acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla e cuidados no domicílio²⁴.

Para manter o padrão de boas práticas que assumiu, esta unidade implementou um programa de formação interna e de desenvolvimento profissional com sessões semanais de 90 minutos que misturam reuniões de serviço e formação de acordo com as necessidades e interesses da equipe e jornadas mensais de dia inteiro para aprofundar temáticas escolhidas por todos. Para além destas reuniões presenciais, os elementos da USF mantêm-se em contato e trocam informações e opiniões nos vários grupos de discussão na internet que mantêm, quer gerais quer sectoriais. Têm, ainda, duas aplicações informáticas criadas a partir de projetos desenvolvidos pela equipe: (a) a ferramenta EPIC²⁵ (Episódios Críticos) disponibiliza um formulário de registo e gestão de todo o tipo de episódios críticos e não conformidades, clínicas, administrativas ou quaisquer outras, que acontecem na USF Marginal; e, (b) a ferramenta LESMA²⁵ (Ler e Estudar na Marginal) que consiste num modelo de registo, por parte

dos profissionais da USF, de dúvidas da prática e de necessidades formativas que são lançadas no grupo de discussão na internet da USF com respostas em modelo D&D (depressa e devagar; depressa – no fórum na internet, aberto a debate entre colegas, podendo haver respostas em tempo real; devagar – de resposta mais formal às questões levantadas, que são validadas em reunião multiprofissional e guardadas em arquivo próprio).

Ainda nas boas práticas e na procura constante de conhecimento, evolução e melhoria, a USF Marginal desenvolve linhas de investigação clínica e de serviços de saúde próprias ou colaborativas (Figura 3).

Para que os três processos nucleares dessa unidade – cuidados de saúde personalizados, formação e investigação – possam funcionar, necessitam de atividades de suporte, de qualidade e de gestão (Figuras 2 e 3). Como unidades auto-organizadas que são, estas atividades, numa USF, são da responsabilidade dos seus profissionais. Assim, possui atividades de suporte – contabilidade, atendimento administrativo, higiene, gestão de resíduos, esterilização, aprovisionamento, etc. – que apoiam, direta ou indiretamente, a execução das outras atividades (Figura 3). As atividades de gestão – funcionamento geral, planeamento, monitorização e avaliação interna do trabalho, horários, articulação com o exterior, etc. – são repartidas entre o coordenador e os restantes profissionais para manter a organização, a eficiência e a sustentabilidade com a melhor relação custo-benefício. As atividades de qualidade estão implementadas para que tudo decorra bem da primeira e de cada vez, em segurança, em formato documentado, de acordo com a melhor evidência e boas práticas e de modo a satisfazer usuários e profissionais.

A USF Marginal presta, assim, cuidados de saúde personalizados ao longo do tempo aos seus usuários, suportados pelos restantes núcleos estruturantes da USF: a formação, a investigação, as atividades de suporte, qualidade e gestão. A cartografia geral das atividades da USF Marginal resume toda a rede de relações de interação e interdependência dos núcleos estruturantes da unidade, que tem como centro o seu cidadão usuário (Figura 3). Todas estas interações complexas criam dinâmicas suportadas nas relações pessoais, na tecnologia e na ciência, para a prestação de cuidados centrados no cidadão e orientados para resultados em saúde.

A USF necessita também de construir e manter a sua rede social. Está integrada no ACeS de

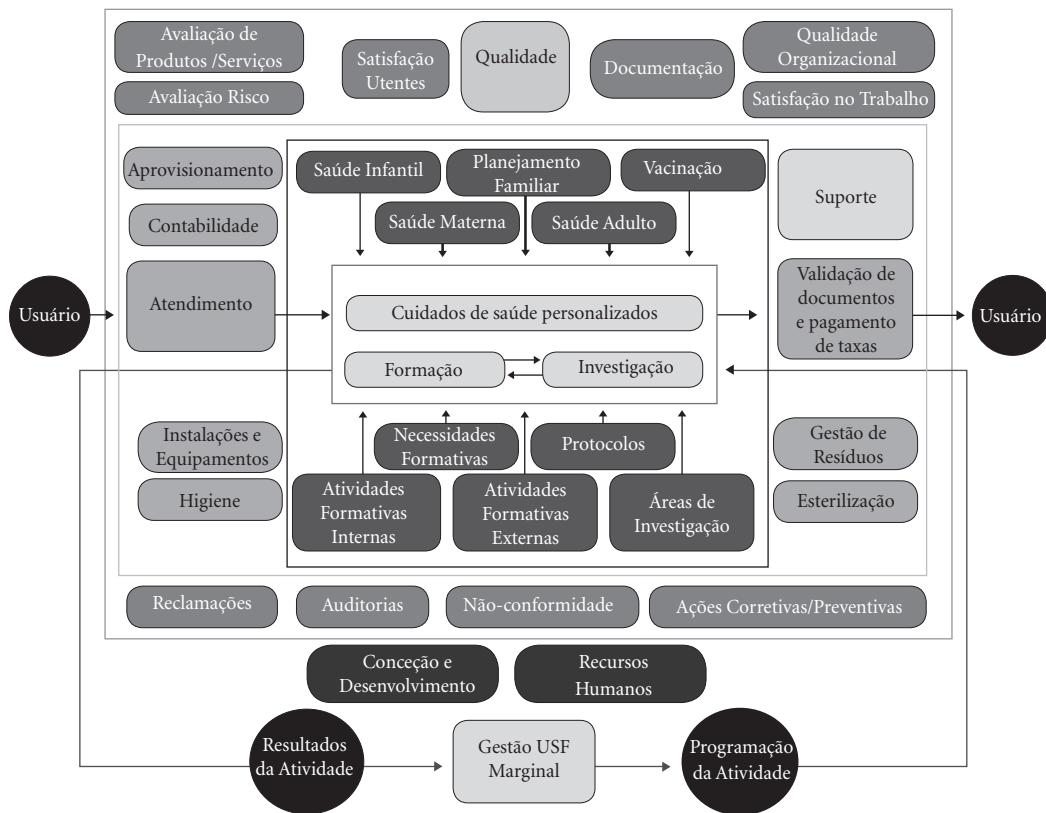


Figura 3. Cartografia Geral das Atividades da USF Marginal.

USF: Unidades de Saúde Familiar.
Fonte: André Biscaia.

Cascais, com o qual se complementa reciprocamente, e insere-se na comunidade, no concelho de Cascais com ligação a alguns serviços privados ou públicos, como o Hospital de Cascais ou os laboratórios de análises clínicas e estabelece parcerias com serviços da comunidade como as escolas, os serviços da Prefeitura, entre outros (Figura 2). Este não isolamento permite, também, que a USF se concentre naquilo que é nuclear para si.

A ligação com o exterior acontece também através da formação externa, a USF Marginal disponibiliza formação a alunos de medicina e enfermagem, internos/residentes da especialidade de Medicina Geral e Familiar (tem, em permanência, entre sete e treze residentes), assim como a elementos do secretariado clínico para outras unidades funcionais. Disponibiliza, ainda, estágios observacionais internacionais e visitas de profissionais de outros países²⁴.

Outros níveis de ligação ao exterior são a participação em associações profissionais e mul-

tiprofissionais (que tiveram um papel muito importante na génese desta reforma)²⁶; as USF têm mesmo uma associação multiprofissional que as representa, a USF-AN – Associação Nacional Unidade de Saúde Familiar²⁷. A interação em grupos de discussão na internet em que podem participar todos os profissionais das USF do país e toda a comunidade de profissionais das USF permite que a partilha seja global e os ganhos universais.

Dentro das áreas nucleares da atividade da USF Marginal, uma merece destaque, dada a sua especificidade e complexidade: as atividades de qualidade.

Núcleo de qualidade e governação clínica

Na conceção desta reforma reconheceu-se, como se disse, o poder estruturante da governação clínica como essencial para o avanço da reforma e foi constituído um Núcleo da Qualida-

de com a finalidade de dinamizar a evolução da unidade para os parâmetros que, sucessivamente, fossem considerados os da excelência na prestação de serviços de saúde.

A atuação do Núcleo da Qualidade da USF Marginal teve como referência o “Pentágono Virtuoso da Qualidade – Qualidade para Todos (PVQ)”²⁶, desenvolvido no Centro de Saúde de Cascais. O PVQ é um programa de melhoria contínua da qualidade baseado numa abordagem integrada, sistemática e preventiva das áreas-chave da atividade que possam afetar a qualidade do serviço prestado pela organização de saúde.

O PVQ tem como elemento central o cidadão integrado na dinâmica interdependente cidadão-comunidade-profissionais-organização de saúde e desenrola-se segundo três eixos: satisfação do cidadão, desempenho profissional e qualidade organizacional (Figura 4).

O primeiro eixo, a satisfação do cidadão, é um dos objetivos primordiais de qualquer instituição de saúde. A satisfação do cidadão relaciona-se, entre outros aspetos, com a perceção dos cidadãos sobre o grau em que as suas necessidades de saúde e preferências de atendimento são tidas em consideração. No entanto, as necessidades de saúde têm uma especificidade própria – integram as prioridades e as preferências do cidadão que procura os cuidados, mas também as dimen-

sões técnicas da definição de uma necessidade de saúde cientificamente sustentada e só apreensível na sua globalidade pela interação cidadão/profissional de saúde/sistema de saúde.

Representando o segundo eixo, o desempenho profissional. Este assume a face mais visível das atividades e dele depende o sucesso e a qualidade de toda a organização de saúde. Tem uma dimensão técnica, contingências tecnológicas e suporta-se na motivação dos profissionais para o trabalho (em que a satisfação no trabalho surge como um componente fundamental).

O terceiro eixo, a qualidade organizacional, permite dar suporte a toda a atividade da organização de saúde, tornando acessíveis, no momento necessário, os meios adequados para a ação da unidade e estruturando os processos de planeamento, monitorização e avaliação da atividade. Possibilita, igualmente, uma utilização mais eficiente do conhecimento, da tecnologia, dos recursos humanos e do contexto onde a unidade se insere. A importância da qualidade organizacional manifesta-se na criação das condições para um trabalho em equipe dentro da unidade e em rede com os diferentes elementos do sistema de saúde e da sociedade, promovendo um envolvimento ativo dos cidadãos e dos profissionais de saúde.

Para além destes três eixos, a ação do Núcleo da Qualidade apoia-se em duas áreas processuais e instrumentais – a medição/monitorização e a análise/reflexão.

Uma organização que não seja capaz de medir o que faz e posteriormente refletir de um modo útil sobre os processos adotados e os resultados obtidos, dificilmente poderá ter um desempenho de qualidade e, muito menos, evoluir ou inovar. Estas são características essenciais de uma organização aprendente²⁸. As organizações aprendentes são aquelas abertas ao exterior num fluxo recíproco de conhecimento e experiências, que fazem da aprendizagem uma característica nuclear da sua atividade. O conhecimento acumulado por cada profissional é assimilado e ampliado pela organização. Estas organizações criam rotinas de aprendizagem produtivas que incluem: a identificação dos erros e sua correção, a capacidade para questionar os seus objetivos, as suas normas, a sua estrutura, os seus resultados e inovar e, finalmente, a meta-aprendizagem – aprender como se aprende, para o fazer cada vez melhor²⁸.

Na área da medição/monitorização foram selecionados e/ou construídos instrumentos de medição adequados à monitorização dos objetivos estabelecidos e às populações em que são aplicados (como o software de registo clínico).

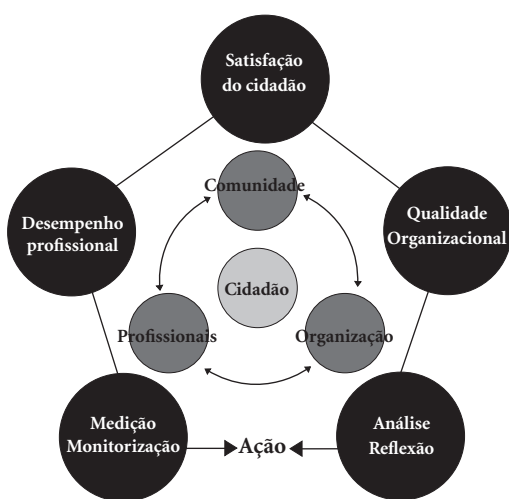


Figura 4. Pentágono Virtuoso da Qualidade da USF Marginal.

Fonte: André Biscaia; O Pentágono Virtuoso da Qualidade foi desenvolvido por André Biscaia no Centro de Saúde de Cascais.

Dispõe-se, ainda, de auditorias internas da qualidade regulares e de metodologias de investigação capazes de fornecer resultados transformáveis em conhecimento, decisão e ação, dando-se particular relevância à investigação-ação^{26,29}.

Na área da análise/reflexão, a USF Marginal possui o programa, já referido, de reuniões de serviço e formação que envolvem toda a equipe, para além dos grupos de discussão e aplicações informáticas de partilha de ideias, conhecimento e dúvidas.

Estes três eixos major e as duas áreas processuais constituem os cinco vértices do “Pentágono Virtuoso da Qualidade”. Todo este modelo de abordagem e atuação está orientado para a ação: para a consecução de objetivos, para a produção de resultados, para que a unidade possa potenciar ganhos em saúde.

O valor da mudança

O valor das USF foi demonstrado em vários estudos. O mais importante foi publicado em 2016 pela Entidade Reguladora da Saúde (entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde) – “Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados”³⁰ – cujos resultados indicam um melhor desempenho por parte das USF na maioria dos indicadores considerados, nomeadamente nos de performance económica.

Em 2015, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) publicou uma revisão da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal³¹, em que se refere à criação das USF como a base do sucesso da reforma dos CSP portugueses. Diz-se, nesse relatório, que seu modelo inovador e revolucionário em termos de organização, de financiamento e de prestação de cuidados à população, permitiu às USF alcançarem níveis de desempenho e resultados muito positivos e consistentemente superiores aos das UCSP, assim como uma quantidade e qualidade

da informação disponível nos CSP (através da monitorização de um elevado número de indicadores), superior à capacidade da maioria dos países da OCDE.

Finalmente, vários estudos sobre o grau de satisfação dos usuários têm vindo a evidenciar resultados superiores das USF versus Não USF³².

Conclusão

A reforma de 2005 dos CSP foi portuguesa, moderna e inovadora. Portuguesa ao não quebrar completamente com o passado, mantendo o essencial que já estava impregnado na cultura e na sociedade portuguesa, e melhorando o que havia a melhorar num sistema que tem dado muito bons resultados, mas que estava estagnado. Portuguesa também porque partiu de uma utopia profissional – o Livro Azul “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal” da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar⁸ – escrita 15 anos antes da reforma e que foi sendo aperfeiçoada, através de muitos contributos, até à janela de oportunidade que surgiu em 2005 para a sua implementação plena. Moderna porque se aliou à tecnologia, à informatização total, ao trabalho em rede – sempre ligados entre unidades e com a população. Inovadora, principalmente para um sistema público, porque quebrou com o modelo vertical e hierarquizado tradicional e apostou em equipas autoseleccionadas e auto-organizadas, com autonomia funcional e responsabilização que podiam concentrar-se nas pessoas e comunidades que serviam e focar-se nas suas atividades nucleares.

Foi uma reforma que foi uma boa aluna, aprendendo com outras reformas sem deixar de ter a sua identidade, seguindo as melhores evidências, bem preparada e implementada, especialmente no que diz respeito às USF. Cumpriu, finalmente, o objetivo primordial de uma reforma: conseguiu melhorias com maior satisfação de todas as partes envolvidas e ganhos em saúde.

Colaboradores

LCV Heleno trabalhou na pesquisa, concepção e redação final. AR Biscaia trabalhou na pesquisa, concepção, redação dos textos que serviram de base ao artigo, redação final e revisão.

Referências

1. Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos*. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2006.
2. National Health Service. The history of the NHS in England. [acessado 2016 out 13]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/nhshistory/Pages/NHShistory1990s.aspx#1994>
3. National Health Service. About the NHS. [acessado 2016 out 13]. Disponível em: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/ccg-outcomes.aspx>
4. National Health Service. Quality and Outcomes Framework. [acessado 2016 out 13]. Disponível em: <http://content.digital.nhs.uk/qof>
5. Portugal. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Saúde – Prioridades para 2004-2010*. Lisboa: MS; 2004.
6. Portugal. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: MS; 2013.
7. Saltman RB, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead: Open University Press; 2006.
8. Associação Portuguesa Médicos de Clínica Geral (AP-MCG). *Um futuro para a Medicina de Família em Portugal*. Tomar: APMCG; 1991.
9. Biscaia A. *Unidades de Saúde Familiar: USF – modelo positivo do presente e para o futuro*. Porto: USF-AN; 2015.
10. Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. *Diário da República* 2005.
11. Swanson D, Barg S, Tyler S, Venema D, Tomar S, Bhadwal S, Nair S, Roy D, Drexhage J. Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In: Swanson D, Bhadwal S, editors. *Creating adaptive policies. A guide for policy-making in an uncertain world*. New Delhi: Sage Publications; 2009. p. 168.
12. Atun R, Menabde N, Saluevere K, Jesse M, Habitch J. Introducing a complex health innovation - Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy* 2006; 79(1):79-91.
13. Lapão LV. The Role of Complexity Dynamics in the Innovation Process within the new Primary-Care Governance Model in Portugal. *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal* 2008; 3(3).
14. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde – Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2007.
15. Portugal. Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto; Portaria n.º 1368/2007. *Diário da República* 2007; 22 ag.
16. Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, art. 10º. *Diário da República* 2008; 22 fev.
17. Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, art. 12º. *Diário da República* 2008; 22 fev.
18. Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, art. 13º. *Diário da República* 2008; 22 fev.
19. Portugal. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, art. 11º. *Diário da República* 2008; 22 fev.
20. Santos I, Sá E. Estratégias de governação clínica. *Rev Port Clin Geral* 2010; 26:606-612
21. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Relatório de candidaturas e constituição de USF e UCC*. Portugal: ACSS; 2016.
22. Serviço Nacional de Saúde (SNS). Reforma do Serviço Nacional de Saúde coordenação nacional para os cuidados de saúde primários. Ministério da Saúde; 24 de Fevereiro de 2016. [acessado 2016 out 13]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf.
23. USF Marginal. [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <http://usfmarginal.com/>
24. USF Marginal. Relatório de Atividades da USF Marginal 2013. Estoril: USF Marginal; 2013. [acessado 2016 out 10]. Disponível em: <http://usfmarginal.com/documentos/>
25. USF Marginal. *Manual de Acolhimento USF Marginal*. Estoril: USF Marginal; 2015.
26. Biscaia A. *Futurar em Positivo - Satisfação no Trabalho*. Sintra: Grafisol - Edições e Papelarias, Lda.; 2013.
27. Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN). [acessado 2016 out 13]. Disponível em: <http://www.usf-an.pt/index.php/entrada>
28. Ferrão A, Biscaia A. Centros de Saúde - organização de aprendizagem. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:91-95
29. Hugon MA, Seibel C. Recherches impliquées. Recherche action: le cas de l'éducation. *Revue française de pédagogie* 1990; 92(1):113-114.
30. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Porto: ERS; 2016.
31. Organization of Economic Cooperation and Development (OECD). *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015. Raising Standards*. Paris: OECD Publishing; 2015.
32. Ferreira PL, Antunes P. *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC); 2015.

Artigo apresentado em 15/10/2016

Aprovado em 04/12/2016

Versão final apresentada em 06/12/2016

