



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Teresa Luísa de Sousa Pereira

Unidades de Saúde Familiar – A Evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Teresa Luísa de Sousa Pereira

**Unidades de Saúde Familiar – A Evolução na Gestão dos
Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Professora Doutora Guilhermina Rego

Colectânea Gestão da Saúde

Abril, 2011

FMUP

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Teresa Luísa de Sousa Pereira

Endereço electrónico: med05103@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 932208957

Número do Bilhete de Identidade: 12969415

Título da ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante~~ (cortar o que não interessa):

Unidades de Saúde Familiar – A Evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Orientador:

Professora Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante~~ (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 14/01/2011

Assinatura: Teresa Luísa de Sousa Pereira.

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Eu, Teresa Luísa de Sousa Pereira, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801103, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 14/04/2011

Assinatura: Teresa Luísa de Sousa Pereira.

**UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR – A EVOLUÇÃO NA GESTÃO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL**

**FAMILY HEALTH UNITS – THE PRIMARY HEALTH CARE’S
MANAGEMENT EVOLUTION IN PORTUGAL**

Teresa Luísa de Sousa Pereira ¹

Contacto:

Rua António Sérgio, 15

4430-610 Vila Nova de Gaia

Telemóvel: 932208957

E-mail: teresalsp@gmail.com

Contagem de palavras:

Resumo: 419

Abstract: 367

Texto Principal: 11 358

Agradecimentos:

Agradeço à Professora Guilhermina Rego a orientação e revisão deste trabalho, o apoio dado durante todas as fases da sua elaboração, bem como, a cedência de bibliografia.

¹ Aluna do 6ºano de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde preconiza que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem constituir o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o Sistema Nacional de Saúde. Os CSP são os cuidados essenciais que devem ser acessíveis a toda a comunidade. Os sistemas de saúde orientados para os CSP têm melhores resultados em saúde a menor custo.

Podem distinguir-se três gerações de CS. A primeira geração era mais vocacionada para a saúde pública e prevenção de doenças na comunidade. A segunda geração surge com a integração dos Serviços Médico-Sociais das Caixas nos CS. Nos anos 90 surgem projectos inovadores de gestão e organização (o Projectos Alfa, o Regime Remuneratório Especial e o Projecto Tubo de Ensaio) que inspiraram a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) — a terceira geração de CS. As USF são constituídas por equipas multi-disciplinares, com autonomia organizativa, funcional e técnica.

A reforma dos CSP foi executada após algumas tentativas de reforma legislativa, influenciada pelos ciclos políticos do país. A reforma dos CSP é indissociável da profunda reforma da Administração Pública.

A introdução de um processo de contratualização com as USF é fundamental na reforma dos CSP. Estão previstos três modelos de USF, A, B e C. A contratualização com as USF é feita através de um conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientados para ganhos em saúde, eficiência e melhoria da satisfação dos utentes.

Com o objectivo de avaliar este novo modelo gestor, este trabalho apresenta um estudo comparativo de duas USF: a USF Nascente e a USF Valongo. Para tal utilizou os resultados dos indicadores contratualizados referentes aos anos 2007, 2008 e 2009 e os resultados de CS de origem e da ARS Norte.

Os resultados apontam para uma melhoria global da acessibilidade, desempenho assistencial ao longo dos três anos avaliados. Quanto aos indicadores de desempenho económico verifica-se uma poupança no valor gasto em medicamentos e MCDT por utilizador/ano/USF relativamente ao CS de origem. A mesma tendência é verificada quando se comparam a média dos resultados das USF da ARS Norte e a média dos resultados dos CS da mesma região.

Algumas críticas são apontadas a esta reforma. A saída de médicos para as USF deteriorou a assistência aos utentes sem médico de família; os indicadores podem não traduzir alteração significativa na saúde das populações; o pagamento associado ao desempenho poderá reduzir a qualidade dos cuidados; os clínicos podem dar prioridade e comprometer a assistência a utentes com patologias que não estejam contempladas nos indicadores, até por falta de tempo.

Palavras-Chave: Unidades de Saúde Familiar; Cuidados de Saúde Primários; Contratualização; Indicadores.

ABSTRACT

The World's Health Organization maintains that the Primary Health Care (PHC) should be the community's first level of contact with the National Health Systems. PHC is the essential health care that should be universally accessible to the community. The National Health Systems that are oriented to the PHC have better health results at a lower cost.

There are three generations of Health Centers (HC) in Portugal. The first one was oriented to the prevention of diseases and public health. The second sprang from the integration of *Serviços Médico-Sociais das Caixas* into the HC. In the 90's new projects of HC management were tested and gave the foundations to the Family Health Units (FHU) — the third generation of HC. FHU are multidisciplinary teams, with functional and organizational autonomy.

The reform of PHC has been made after some attempts of legislative reforms, influenced by politics' cycles and Public Management Reform.

The introduction of contracts is fundamental in the reform of PHC. There are three models of FHU, A, B and C. The contracts with FHU comprise a set of process' indicators, oriented to better health results, efficiency and to improve users' satisfaction.

This work reports a comparative study of two FHU: FHU *Nascente* e FHU *Valongo*. It uses the indicators' results from 2007, 2008 and 2009, and the original results of the HC and ARS *Norte's* HC.

The results show a global improvement of the performance. From the economic point of view, the expenses on drugs, diagnostic and therapeutic procedures per user year are lower in the FHU than in original HC. The same relation is seen when comparing the medium result of ARS *Norte's* FHU to the medium result of ARS *Norte's* HC.

Some criticism has been made to this reform. Doctors' exchanging HC for FHU in some regions deteriorated the health care given to the population not assigned to any doctor's list; the indicators' results may not reflect a better health status for the population; payment linked to performance may reduce the quality of care; clinicians may give priority to the procedures and pathologies contemplated by the indicators and compromised the health care of other people whose pathology are not evaluated, even because lack of time.

Key-words: Family Health Units; Primary Health Care; Contracts; Indicators.

1 CONTEÚDO

| | |
|---|----|
| Lista de Abreviaturas | 7 |
| 2 Introdução..... | 8 |
| 3 Enquadramento Histórico e Legislativo dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal | 9 |
| 3.1 Três Gerações de CSP..... | 9 |
| 3.2 Projectos Alfa, Regime Remuneratório Experimental e Projecto Tubo de Ensaio: Experiências de Gestão em CSP | 11 |
| 3.3 A criação das Unidades de Saúde Familiar | 13 |
| 4 A Contratualização Em Saúde | 16 |
| 4.1 Contexto Sócio-Económico da Reforma dos CSP..... | 16 |
| 4.2 A Aplicação do Novo Modelo de Gestão da Administração Pública ao Sector da Saúde | 18 |
| 4.3 A Introdução de Contratualização no Sector Público e no Sector da Saúde | 19 |
| 4.4 Os Incentivos Financeiros nos Sistemas de Saúde | 21 |
| 4.5 A Contratualização nos CSP em Portugal..... | 23 |
| 5 Evolução das USF — Estudo de Dois Casos..... | 29 |
| 5.1 As USF em Números | 29 |
| 5.2 Estudo da Evolução de Duas USF — Objectivos..... | 30 |
| 5.2.1 Métodos..... | 30 |
| 5.3 Indicadores de Acesso | 34 |
| 5.4 Indicadores de Desempenho Assistencial | 36 |
| 5.5 Indicadores de Desempenho Económico | 40 |
| 5.6 Problemas e Críticas Atribuídos à Reforma dos CSP | 43 |
| 6 Considerações Finais | 44 |
| 7 Referências Bibliográficas..... | 47 |
| Anexo 1: Normas Para a Elaboração da Monografia..... | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS Administração Regional de Saúde

CS Centro de Saúde

CSP Cuidados de Saúde Primários

FMUP Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

MCDT Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MGF Medicina Geral e Familiar

OMS Organização Mundial de Saúde

PNV Plano Nacional de Vacinação

SNS Serviço Nacional de Saúde

UP Unidades Ponderadas

UC Unidades Contratualizadas

USF Unidades de Saúde Familiar

2 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza no ponto VI da Declaração de Alma-Ata que os Cuidados de Saúde Primários (CSP) devem constituir o primeiro nível de contacto entre os indivíduos e os Sistemas de Saúde. CSP devem ser os cuidados essenciais, postos universalmente ao dispor de indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo que a comunidade e o país possam suportar. Devem ser o núcleo do sistema de cuidados de saúde de um país e são parte integrante do desenvolvimento económico e social global de uma comunidade (WHO, 1978).

“Primary health is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part of both of the country’s health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process” (WHO, 1978).

Actualmente, os CSP são entendidos como os cuidados essenciais que devem ser universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias de uma comunidade. Deve tratar os principais problemas de saúde dessa comunidade e promover a saúde e prevenção de doenças (Biscaia et al., 2006 b).

Em *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP (2006)* reconhece-se a importância dos Centros de Saúde (CS) como *“base institucional dos CSP e o pilar central de todo o sistema de saúde”*.

Os CS foram desde sempre associados ao apoio às famílias, reconhecendo-se vantagens na prestação dos cuidados de saúde, por um mesmo profissional, a toda a família (Biscaia, 2006 a) (MCSP, 2006). Sabe-se que mais de 90% dos problemas de saúde das populações pode ser estudada e solucionada ao nível dos CSP (Grande, 2000). Segundo Nuno Grande, estas características fazem dos CSP *“a pedra angular do edifício do sistema de saúde”*.

Os médicos de família devem ter a responsabilidade de gestão da saúde dos seus utentes — *empowerment* — e de referenciação aos cuidados mais especializados — função de

gatekeeper — de modo a racionalizar o acesso e os recursos financeiros (Nunes e Rego, 2002).

André Biscaia et al. concluiu que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português está orientado para os CSP a partir dos resultados de um estudo em que aplicou a metodologia proposta por Barbara Starfield em *Primary Care* (1992). Portugal obteve, neste âmbito, uma pontuação de 1,6 numa escala de 0 a 2,0 (2,0 equivale a uma orientação máxima dos sistemas de saúde para os CSP), estando ao nível de países como Suécia, Reino Unido e Espanha (Biscaia *et al.*, 2006 b).

Os resultados do estudo da OMS de *Atun R*, publicado em 2004, revelam que os sistemas de saúde orientados para os CSP têm melhores resultados, maior equidade, melhor acessibilidade, maior continuidade dos cuidados, menor custo e melhor relação custo-benefício, sem diminuição da qualidade dos cuidados de saúde (Atun, 2004).

3 ENQUADRAMENTO HISTÓRICO E LEGISLATIVO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

3.1 *Três Gerações de CSP*

Os CSP em Portugal têm cerca de quatro décadas de existência.

O primeiro serviço de cuidados médicos a nível nacional foi implementado pelo Decreto-Lei nº35/311, de 25 de Abril de 1946, que deu origem à Federação das Caixas de Previdência. O sistema de Segurança Social também se inicia nesta altura com os “Serviços das Caixas” destinados à protecção na doença e invalidez dos trabalhadores por conta de outrem (Barbosa, 2010). Até 1971, os cuidados de saúde das populações estavam entregues a estas duas instituições, com inequidades de acesso evidentes, pois destinavam-se essencialmente a trabalhadores do comércio e indústria (Barbosa, 2010).

Os CS foram criados pelo Decreto-Lei nº413/71, de 27 de Setembro, Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, como infra-estrutura organizativa essencial dos CSP. Pela primeira vez, o Estado assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde (Barbosa, 2010).

Na história do país identificam-se três gerações de CS distintas na sua génese e missão (Branco e Ramos, 2001).

A primeira geração teve início com o referido Decreto-Lei, que visou integrar as “*múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, até aí*

organizadas de modo vertical, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais” (Branco e Ramos, 2001). A sua missão encontrava-se na esfera do que se entendia por saúde pública. A sua actuação estava ligada à prevenção de doenças infecto-contagiosas, à implementação de programas de vacinação, à vigilância da grávida e da criança, à saúde escolar e a actividades de autoridade sanitária. Os cuidados curativos, de doença aguda e de continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar, eram essencialmente garantidos pelos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência (Silva e Simões, 2000).

A assistência médica nos CS era prestada por médicos de Saúde Pública ou Hospitalar, já que a carreira médica de Clínica Geral só seria criada anos mais tarde, em 1983 (Silva e Simões, 2000), (Branco e Ramos, 2001).

Em 1975, foi criado o “Serviço Médico à Periferia”, por despacho do Ministério dos Assuntos Sociais de 19 de Março, que obrigava os médicos recém-licenciados a trabalhar durante um ano em CS fora dos centros urbanos onde se formavam. O cumprimento do “Serviço Médico à Periferia” era condição *sin equa none* para admissão em internatos de especialidade e nos quadros de instituições públicas de saúde. Com esta medida, o Estado Português conseguiu melhorar a cobertura de profissionais de saúde nas áreas rurais e teve ainda o mérito de colocar em evidência carências sanitárias (Silva e Simões, 2000).

O SNS, criado em 1979, defendia o direito à protecção da saúde. Seria nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso devia ser garantido pelo Estado (Barbosa, 2010).

Em 1983, o Despacho Normativo 97/83, de 22 de Abril, os postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência são integrados nos CS existentes e é criada a carreira médica de Clínica Geral — a “segunda geração” de CS. Apesar de racionalizar e otimizar os recursos existentes, não alterou grandemente os cuidados prestados anteriormente, pelas entidades *per si*. Foi também criada a Direcção-Geral dos CSP, face visível de uma gestão centralizada dos recursos (Silva e Simões, 2000).

Este modelo organizativo centralista dos CS contribuiu para a insatisfação e desmotivação dos seus profissionais. O debate sobre a sua reorganização existiu praticamente desde a sua formação, com um enorme contributo dos médicos de Clínica Geral (Branco e Ramos, 2001).

Em 1989, a revisão da Constituição da República Portuguesa torna o SNS tendencialmente gratuito. Um ano depois é aprovada a Lei de Bases da Saúde, que na sua Base XIII reforça a ideia dos CSP como base de todo o sistema de saúde.

3.2 Projectos Alfa, Regime Remuneratório Experimental e Projecto Tubo de Ensaio: Experiências de Gestão em CSP

É num contexto de insatisfação dos profissionais dos CSP que surgem, nos anos 90, alguns projectos experimentais de gestão e organização de CS: o Projecto Alfa, o Regime Remuneratório Experimental e o Projecto Tubo de Ensaio.

O Projecto Alfa foi implementado em 1996 na Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Foi a primeira tentativa de testar um novo modelo de trabalho em equipa, com autonomia de gestão e responsabilização pelo alcance de objectivos (Silva e Simões, 2000).

O Regime Remuneratório Especial, criado pelo Decreto-Lei 117/98, de 5 de Maio, na sequência do Projecto Alfa constitui o primeiro ensaio para um novo sistema retributivo, com discriminação positiva em função do desempenho. Este regime baseava-se na constituição de listas de estrutura familiar, convertidas em unidades ponderadas (UP) e introduz a componente de capitação ponderada (Silva e Simões, 2000). A título de exemplo, um utente com idade igual ou superior a 65 anos representava 2 UP. As listas de utentes atribuídas a cada médico eram calculadas com base num número mínimo e máximo de UP, reflectindo assim as diferentes necessidades assistenciais de cada faixa etária.

A remuneração era composta por uma porção individual e outra colectiva. A componente individual, fixa, dependia da categoria e escalão do médico, uma parcela correspondente à sua lista de utentes e ainda uma parcela resultante do número de domicílios realizados. A componente colectiva era dividida por todos os médicos e era calculada tendo em conta o alargamento do horário de funcionamento (dias úteis, fins de semana e feriados) e actividades específicas, como o acompanhamento de grávidas, crianças no primeiro ano de vida e mulheres em idade fértil (Silva e Simões, 2000).

As avaliações de desempenho demonstraram resultados positivos do Regime Remuneratório Especial em relação aos CS clássicos: maior satisfação dos utentes e profissionais e uma boa relação custo-benefício (Silva e Simões, 2000).

O Projecto Tubo de Ensaio teve origem em 1998 num protocolo celebrado entre a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Este protocolo levou à criação de um novo CS na cidade do Porto, o CS São João.

Comprometeu-se a assegurar a prestação de CSP a 20 000 utentes do SNS, a desenvolver projectos inovadores no âmbito da administração da saúde e ainda a prestar formação pré e pós-graduada em Medicina e Medicina Geral e Familiar (MGF). O CS estava sujeito a um processo de avaliação interna e externa dos processos de administração e gestão (Hespanhol et al., 2002).

A ARS Norte financiava o projecto por capitação, o Departamento de Clínica Geral da FMUP estava responsável pela gestão do CS. O valor inicialmente contratualizado, cerca de 2€/utente inscrito, revelou-se insuficiente para o funcionamento do CS e o protocolo foi revisto no ano 2002 de modo a viabilizar financeiramente o projecto (Silva e Simões, 2000).

Em 2002, o novo protocolo estabeleceu uma capitação anual por utente inscrito de 120,95€ paga em duodécimos, 10,08€ (estes valores foram actualizados, anualmente, à taxa de inflação). A esta capitação seriam deduzidas as despesas pagas pela ARS Norte com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) prescritos pelo CS São João, num valor mínimo de 3,74€ por inscrito/mês para medicamentos e 3,12€ para os MCDT, prevenindo assim uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados (Hespanhol e Pinto, 2005 a).

Em 2002, também foi implementado um novo modelo remuneratório para os médicos do CS São João inspirado no Regime Remuneratório Especial. Ao vencimento base eram acrescentadas uma remuneração dependente das UP das listas de utentes de cada médico, incentivos variáveis dependentes das prestações de serviços a grupos vulneráveis (crianças, grávidas, consultas domiciliárias) e ainda um incentivo à prescrição racional de medicamentos e MCDT (uma percentagem da poupança mensal, calculada relativamente ao orçamento protocolado). Parte da poupança era distribuída pelos funcionários não-médicos e para despesas do próprio CS São João (Hespanhol e Pinto, 2005 a).

Os utentes do CS São João, inquiridos sobre os cuidados prestados naquele CS mostram-se globalmente satisfeitos (Hespanhol *et al.*, 2008), (Hespanhol *et al.*, 2005 a), (Hespanhol *et al.*, 2005 d).

O custo por inscritos e por consulta é mais baixo no CS São João em relação aos CS da Sub-Região de Saúde do Porto (Hespanhol *et al.*, 2002).

Estes três projectos experimentais foram inspiradores para a “*reinvenção dos CSP*” (Biscaia, 2006 a), que se estabeleceu com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) – a terceira geração de CS.

3.3 A criação das Unidades de Saúde Familiar

Em 1999, é publicado o Decreto-Lei nº157/99, de 10 de Maio, que reformula o “regime de criação, organização e funcionamento dos CS”. Este diploma vem responder à estagnação organizativa dos CSP, que descreve da seguinte forma:

“Os CS [...] até à data na dependência orgânica e funcional das Administrações Regionais de Saúde. [...] a evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica que, numa perspectiva multidisciplinar e de forma efectiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos CS, designadamente pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica.”

Reconhece ainda os CS como “*primeiras entidades responsáveis pela promoção da saúde e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, considera o Governo ter-se tornado prioritária a reformulação do respectivo quadro legal, dotando-os de personalidade jurídica e criando um nível de gestão local [...]”*.

A estrutura organizacional (artigo 10º do Decreto-Lei nº 157/99) preconizada é, pela primeira vez, a USF “*unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes*”. Cada CS seria constituído por 4 a 10 USF. Cada unidade disporia de autonomia de gestão técnico-assitencial, seria um centro de produção e de custos com compromissos-programa acordados anualmente .

As tentativas de reforma legislativa continuaram com a publicação do Decreto-Lei nº60/2003, de 1 de Abril, que cria a Rede de CSP. Este diploma foi, no entanto, revogado pelo Decreto-Lei nº88/2005, de 3 de Junho, por se basear “*num obsoleto conceito de verticalização dos sectores*” e por ter constituído “*uma tentativa falhada de melhorar o acesso [...] à saúde, visto não ter tido aplicação prática [...]”*, concomitantemente foi ripristinado o regime jurídico criado pelo Decreto-Lei nº157/99, de 10 de Maio, que “*consagra uma matriz organizativa com base em USF, embora em termos insuficientes*”.

Em 2005, é criada na dependência directa do Ministério da Saúde a *Missão para os CSP* (MCSP) pela Resolução do Conselho de Ministros nº86/2005, de 7 de Abril. Este Grupo Técnico seria responsável pela “*condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e*

implementação das USF” (MCSP, 2006) com o objectivo de modernização dos CSP, flexibilização de organização e gestão, responsabilização das equipas através da contratualização e avaliação de desempenho (Barbosa, 2010).

A MCSP através da reforma dos CSP propõe-se melhorar a acessibilidade, a proximidade e a qualidade dos cuidados saúde aos cidadãos, a satisfação dos seus utilizadores e dos profissionais de saúde com a melhoria das condições de trabalho e de organização e pela introdução de incentivos que premeiem as boas práticas (Pisco, 2007).

A nova arquitectura organizacional dos CS assenta em duas componentes complementares: as USF e os Agrupamentos de CS (ACES), que substituem as Sub-Regiões de Saúde (Sakellarides *et al.*, 2009). Esta é uma mudança radical na organização daquela que deve ser a porta de entrada dos cidadãos nos cuidados de saúde. É importante salientar que as USF são uma pequena parte, apesar de importantíssima, dos novos CS. Nesta reforma foram também criadas as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Saúde Pública, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

As pequenas unidades funcionais autónomas, as USF e as restantes unidades, são os agentes activos da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos. A organização das USF segue a tendência internacional de abandono do *solo practice* e substituição pela *group practice* (Branco e Ramos, 2001).

A criação de ACES permite a agregação dos recursos e estruturas de gestão e a redução dos custos dotando os CSP de economias de escala. Cada ACES é constituído por várias unidades funcionais (USF, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Saúde Pública e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados), agrupa um ou mais CS e têm por missão a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Este facto viabiliza estratégias regionais ao nível dos CSP, que devem responder às necessidades e expectativas das populações (Pisco, 2007).

O Despacho Normativo nº9/2006, de 16 de Fevereiro, aprova o *Regulamento para o Lançamento e Implementação das USF*. Este diploma, na sua Norma I, define USF como “*a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multi-profissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do CS.*”

As candidaturas ao novo modelo são voluntárias; a sua avaliação fica a cargo das ARS regionais e das agências de contratualização das ARS. Foi dada prioridade às candidaturas oriundas do projecto Regime Remuneratório Especial com avaliações favoráveis de desempenho (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 de Fevereiro).

As USF são constituídas por uma equipa multiprofissional de médicos especialistas em MGF, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde. Devem prestar assistência a um número de utentes compreendido entre quatro e dezoito mil. As listas de utentes por médico são calculadas em UP. Como já foi referido anteriormente a propósito do projecto Regime Remuneratório Especial, as UP representam o utente. Nas USF, crianças até 6 anos são ponderadas pelo factor 1,5, adultos entre 65 e 74 anos pelo factor 3, adultos com 75 ou mais anos pelo factor 2,5. Cada médico deve ficar responsável por uma lista mínima de mil novecentos e dezassete UP o que corresponde, em média a mil quinhentos e cinquenta utentes (Silva e Simões, 2000).

A reorganização dos CSP em USF assenta na criação de pequenas unidades funcionais multi-profissionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, sujeitas a contratualização interna e ao cumprimento de objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade. No entanto, foi previsto que nem todas as USF poderiam ter o mesmo modelo organizacional, do ponto de vista da contratualização e autonomia, por *“factores conjunturais ou por opção”*. O regime jurídico de organização, funcionamento e remuneração das USF é estabelecido pelo Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto. Este diploma consagra no nº1 do artigo 3, a existência de três modelos distintos de desenvolvimento: os modelos A, B e C.

O Despacho Normativo nº24 100/2007 estabelece que os critérios e a metodologia que permitem classificar as USF nos referidos modelos são elaborados pela MCSP em articulação com as ARS e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

O modelo A corresponde a uma fase aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa. É essencial para estruturas em que o trabalho individual isolado esteja muito enraizado e a avaliação de desempenho técnico-científico seja uma novidade. É também primeiro passo para a implementação da contratualização interna. Aplica-se às USF do Sector Público Administrativo e as remunerações são definidas pela Administração Pública. Existe a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário; a contratualização de cumprimento de metas pode também existir, bem como, o pagamento dos respectivos incentivos institucionais (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro).

O modelo B é adequado a profissionais com prática efectiva de trabalho em equipa e que estejam na disposição de aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente. As USF neste modelo são obrigadas a participar num processo de acreditação, num período máximo de 3 anos. As USF provenientes do Sector Público Administrativo com Regime Remuneratório Especial devem integrar este modelo. Além de incentivos institucionais, estão previstos incentivos financeiros aos profissionais das USF deste modelo organizativo (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro).

O modelo C é experimental e de carácter supletivo; visa suprimir insuficiências do SNS na cobertura da população. A sua principal característica é a existência de um contrato-programa. As USF neste modelo podem ter origem no sector público, social, cooperativo e privado, em articulação com os CS, mas sem nenhuma dependência hierárquica deste. Estão sujeitas a controlo e avaliação externa e obrigadas a obter acreditação no período máximo de 3 anos (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro).

As USF podem transitar de um modelo para outro em qualquer momento, desde que sejam verificados os termos de acesso (Despacho Normativo nº9/2006, de 16 Fevereiro).

4 A CONTRATUALIZAÇÃO EM SAÚDE

4.1 Contexto Sócio-Económico da Reforma dos CSP

A reforma dos CSP é indissociável da profunda reforma da Administração Pública que se iniciou nas últimas décadas. Importa por isso rever, de forma sucinta, as razões que levaram a esta mudança estrutural e as teorias que estão na sua base.

A organização tradicional dos Estados ocidentais pode ser vista em três dimensões (Escoval, 2003) :

- i. A primeira dimensão, *Keynesiana*, em que o Estado tinha um papel activo de intervenção na economia e emprego, em sectores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país (por exemplo, telecomunicações, electricidade);
- ii. A segunda dimensão correspondia à dimensão social do Estado, o *Welfare State*, em que o Estado tinha a responsabilidade de garantir educação, saúde e assistência social às populações;

- iii. A terceira dimensão tinha que ver com o funcionamento interno do Estado e com o Modelo Burocrático Weberiano, pelo qual era regido o funcionamento da Administração Pública.

Nas últimas décadas, os Estados têm enfrentado uma grave crise financeira e social que colocou em evidência as limitações do modelo tradicional de Administração Pública baseado na Teoria da Burocracia e no modelo de *Max Weber*. Estas teorias associam-se a um Estado hierárquico, com relações do tipo superior-subordinado, e a uma administração sujeita ao poder político, o “*topo da pirâmide das organizações*” (Rego, 2008). A Teoria da Burocracia sustenta a divisão do trabalho e especialização, a hierarquia de autoridade; a existência de regras bem definidas sobre direitos, deveres de cada trabalhador e procedimentos a ter no seu trabalho; as relações no trabalho devem ser impessoais, a fim de evitar alteração da qualidade das decisões por razões emocionais; as admissões e promoções devem ser baseadas na competência técnica. *Weber* no seu “*tipo-ideal*” de organização dá grande ênfase à competência técnica e à divisão do trabalho que confere maior complexidade às organizações internas — a hierarquia seria a solução para ultrapassar esta dificuldade (Araújo, 2005), (Rego, 2008).

O crescimento exponencial da despesa com o *Welfare State*, a consciencialização de que os recursos são finitos e devem ser utilizados de acordo com os princípios de *Justiça*, a percepção que Administração Pública tradicional é consumidora dos recursos colectivos, porém ineficiente, incapaz de fazer face aos novos desafios e expectativas dos cidadãos relativamente ao direito a usufruírem de um serviço público de qualidade (Rego, 2008), foram os motores da profunda mudança a que assistimos.

A redução da despesa, aumento da eficiência, avaliação do desempenho e aumento da flexibilidade, relativamente ao modelo tradicional burocrático, são objectivos contidos no modelo de gestão empresarial (Escoval, 2003). Muitos governos, aliás, aplicaram instrumentos de gestão privada em serviços públicos para uma racionalização de recursos e aumento da produtividade (Rego, 2008).

A nova alternativa à Administração Pública tradicional assenta na premissa de que através da combinação dos princípios que sustentam um sistema de mercado, com os instrumentos associados à gestão do sector privado, é possível aumentar os níveis de desempenho do sector público (Rego, 2008).

Foi no contexto de escassez de recursos públicos, enfraquecimento do poder público e avanço da ideologia privatizante que o modelo empresarial se implantou no sector público. O *New Public Management* surge impulsionado pela emergência de teorias como o *Public Choice* (nos EUA) e o *Modelo Neoliberal Hayekiano* (na Europa) para dar resposta aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais (Nunes, 2008, Araújo, 2000).

O *New Public Management* implica (Escoval, 2003):

- i. A responsabilização dos gestores públicos, *accountability*;
- ii. A definição de padrões de avaliação do desempenho, introdução de sistemas de avaliação por mérito e sistemas de incentivos com base na produtividade;
- iii. Disciplina na utilização dos recursos;
- iv. Introdução do planeamento e gestão estratégica das organizações públicas, como forma de garantir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e uma maior adaptação ao meio envolvente; as organizações devem definir com precisão a sua missão, os seus objectivos.

4.2 A Aplicação do Novo Modelo de Gestão da Administração Pública ao Sector da Saúde

A saúde, como já se referiu, é entendida na maioria dos países europeus e à luz da doutrina de Bismark, como elemento integral da vida social e comunitária (Nunes e Rego, 2002). As sociedades aceitam a saúde como bem social e as políticas de protecção à saúde são adaptadas a esta perspectiva (Rego, 2008).

O aumento da esperança média de vida e do custo da prestação dos cuidados de saúde — atribuído ao desenvolvimento tecnológico e progresso científico — são factores preponderantes no agravamento da crise do Estado Social. Apesar de os cuidados de saúde serem um direito fundamental que assiste a qualquer cidadão e que está consagrado na Constituição da Republica Portuguesa no seu artigo nº 64, as restrições de natureza financeira são incontornáveis.

À semelhança de outros sectores da Administração Pública, os princípios do *New Public Management* foram aplicados ao sector da saúde. Contudo, a aplicação de teorias de mercado ao sector da saúde reveste-se de algumas particularidades, que ultrapassam as leis tradicionais de oferta e procura (Rego, 2008).

O funcionamento perfeito de um mercado exige (Rego, 2008):

- i. Conhecimento perfeito por parte do consumidor;
- ii. Escolha livre — um consumidor deve estar informado e ser capaz de decidir sozinho;
- iii. Inexistência de externalidades (positivas ou negativas). Entende-se por externalidade a possibilidade de determinado agente impor custos ou benefícios a terceiros através do consumo ou produção de determinado bem, sem uma participação activa destes;
- iv. Concorrência livre entre prestadores garante a eficiência de afectação de recursos;
- v. Ausência de incerteza.

No mercado da saúde raramente o consumidor — o doente — é capaz de fazer escolhas informadas e delega no médico — intermediário — as suas escolhas. O consumo de cuidados de saúde é assim condicionado pelo prestador (o profissional de saúde) (Rego, 2008). Por outro lado, os consumidores são pouco sensíveis ao preço do bem saúde — aumentos ou diminuições nos preços não promovem necessariamente alteração da procura (Rego, 2008).

No sector da saúde, as externalidades positivas têm grande importância e ultrapassam a vertente económica. É disso exemplo a vacinação da população, que se traduz por um benefício social que supera o benefício usufruído pelo próprio indivíduo (Rego, 2008).

A incerteza existe em muitas vertentes do mercado saúde, a título de exemplo, não é possível prever a procura de cuidados, ou a incerteza inerente ao diagnóstico e *outcome* de determinado tratamento (Rego, 2008).

A natureza do bem saúde determina assim a existência de um mercado imperfeito que favorece a ocorrência de fenómenos que podem introduzir inequidades na prestação dos cuidados de saúde. Cabe ao Estado assumir uma posição preventiva e garantir a equidade e eficiência do sistema de saúde, com o objectivo de assegurar os direitos legítimos dos cidadãos aos cuidados de saúde.

4.3 A Introdução de Contratualização no Sector Público e no Sector da Saúde

A introdução da contratualização reflecte a rotura com a organização tradicional hierárquica do sector público. O elemento essencial do novo modelo de coordenação por contratos consiste na separação da responsabilidade do fornecimento e do fornecimento em si mesmo, por outras palavras, entre o Prestador-Pagador e

implementa uma nova coordenação de tipo mercado no sector público. O Estado tem a responsabilidade de financiar o serviço ou produto, mas delega a autoridade de produção ou fornecimento a uma empresa privada ou organização não governamental (Araújo, 2000). Este modelo baseia-se na Teoria Agente-Principal. O Estado — Principal — contrata um terceiro — Agente — para realizar uma tarefa de relevância pública (Escoval, 2003), (Escoval, 2010).

Os contratos permitem a alocação dos recursos com base em indicadores e medidas de desempenho, típicos de uma relação de mercado (Araújo, 2000). Uma das consequências da contratualização consiste na substituição de um único fornecedor por uma pluralidade possível de fornecedores.

É aceite que o Agente pode não cumprir o contrato estabelecido pois os seus objectivos podem divergir dos objectivos do Principal. Compete ao Principal, Estado, minimizar esse risco através da monitorização do desempenho (Araújo, 2000).

A introdução da contratualização permitiu a mudança de paradigma da distribuição dos recursos – até aqui, distribuídos em função das necessidades apresentadas pelos serviços – para passarem a ser distribuídos através de contratos rigorosos, que traduzam o pagamento adequado à efectiva prestação de serviços e previamente definido em função das necessidades da comunidade. Ao mesmo tempo, prevê a intervenção do cidadão no sistema de decisão e avaliação (Escoval, 2003). A contratualização consubstancia a separação funcional entre o financiamento e a prestação dos serviços e promove uma maior eficiência produtiva, económica e distributiva (Rego *et al.*, 2010).

A contratualização estabelece por negociação os objectivos, o modelo de monitorização de desempenho e de avaliação final, e permite que a produção — os cuidados prestados — seja orientada para as necessidades em saúde de uma população. Desta forma, a contratualização tem a capacidade de introduzir mecanismos de correcção no funcionamento dos sistemas de saúde e de contribuir para uma maior equidade (Escoval, 2010).

Para que os benefícios decorrentes do processo de contratualização sejam efectivos é imperioso que as instituições implementem processos de contratualização interna com os seus departamentos, serviços e profissionais, de forma a promover um alinhamento cada vez maior entre os objectivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. Estes processos devem privilegiar elementos que promovam ganhos efectivos em saúde e não apenas de produção de actos médicos (Matos *et al.*, 2010).

Assim, o desenvolvimento deste tipo de modelo contratual implica (Escoval, 2010):

- i. Implementação de sistemas de recompensas e penalizações a nível gestor de modo a introduzir uma verdadeira responsabilização pelo uso de recursos comuns;
- ii. Promover activamente a participação dos cidadãos no processo de contratualização;
- iii. A contratualização deve ser assente em resultados e não apenas em aspectos processuais de forma a traduzir-se em ganhos em saúde para as populações.

A contratualização tem sido um elemento central nas políticas reformistas de muitos países. Apresenta-se como um recurso estratégico para garantir um maior enfoque na realização de resultados mensuráveis, alocar de forma mais eficiente os recursos, aumentar autonomia de gestão, descentralizar a tomada de decisões, potenciar a concorrência e aumentar a eficácia e a eficiência dos serviços (Escoval *et al.*, 2010).

A experiência internacional de contratualização em CSP baseia-se na criação de equipas multidisciplinares, no envolvimento e motivação dos profissionais, na delegação de processos decisórios e de gestão dos recursos aos profissionais da linha da frente — são, afinal, quem se encontra mais próximo dos doentes e melhor conhece as suas necessidades e expectativas.

Os sistemas de saúde, na sua generalidade, apontam os processos de contratualização como instrumento necessário para alcançar uma maior eficiência dos recursos utilizados, maior acessibilidade dos serviços de saúde e a prestação de cuidados de elevada qualidade. Outra vertente da contratualização será a promoção da articulação entre os vários níveis de cuidados, programas de gestão de doença e esquemas de integração dos cuidados, devidamente sustentados por incentivos financeiros (Escoval *et al.*, 2010).

4.4 Os Incentivos Financeiros nos Sistemas de Saúde

A aplicação de incentivos financeiros nos sistemas de saúde, ensaiada em alguns países, parece influenciar a prática clínica, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados, atribuída à definição e avaliação de indicadores e ao aumento da produtividade, por introduzir competitividade nos sistemas de saúde (Smith e York, 2004). No entanto, pelas especificidades do sector da saúde já referidas neste trabalho, que resultam numa

relação de agência imperfeita, a aplicação de um sistema de incentivos financeiros para aumentar a produtividade dos serviços, pode levar à indução de procura de cuidados de saúde e à selecção adversa de casos (Tomás e Moreira, 2010).

A forma como se aplicam os incentivos financeiros é alvo de discussão e investigação. O pagamento por *performance*, baseado em actividades realizadas pelos clínicos, resultando, portanto, do seu desempenho e esforço, visam aumentar a actividade do clínico. Contudo, a qualidade de prestação dos cuidados e a equidade podem estar comprometidas. Considerando a relação entre a promoção da qualidade e o aumento dos custos, se os incentivos forem direccionados apenas para a redução dos custos, então existe o risco de diminuição da qualidade. A título de exemplo, um clínico pode direccionar a sua acção para as actividades cuja avaliação seja mais fácil e, por isso, melhor remunerada. A selecção adversa de casos é um dos riscos inerentes à aplicação de incentivos financeiros (Tomás e Moreira, 2010).

As melhores medidas de processo são aquelas cuja evidência demonstra que uma melhor *performance* resulta num melhor *outcome*. É sabido que as medidas de processo são mais sensíveis a diferenças de qualidade do que as medidas de *outcome*, uma vez que um mau *outcome* não resulta necessariamente de um problema de qualidade do processo que o originou (Petersen et al., 2006). A solução passa pela implementação de incentivos baseados tanto em medidas de processo como de resultado (Kazandjian, 2010). Desta forma, evitam-se algumas falhas atribuídas aos incentivos financeiros e ultrapassam-se as desvantagens de basear os incentivos apenas nos *outcomes*, por vezes difíceis de atingir e que não dependem integralmente da actuação do clínico (um exemplo: registo de aconselhamento sobre as vantagens de cessação tabágica — medida de processo, o doente deixar de fumar — medida de *outcome*) (Petersen et al., 2006).

Existe consenso na literatura sobre utilização de indicadores como uma medida de *performance*, ou seja, como quantificadores de processo ou resultado. O principal argumento a favor da sua utilização não se prende com a validade de cada indicador *per se* como medida de desempenho. Acredita-se que um pequeno número de indicadores em conjunto possa representar o desempenho de um serviço, qualquer que seja a validade de cada indicador individualmente (Kazandjian, 2010).

A monitorização de indicadores permite análises de tendências na população ao longo do tempo, podendo direccionar a aplicação de medidas ajustadas às necessidades das populações (Kazandjian, 2010).

4.5 A Contratualização nos CSP em Portugal

A introdução de um processo de contratualização com as USF é um ponto fundamental na reforma dos CSP (DCARS, 2010).

A gestão por objectivos das USF, através da negociação de metas tangíveis, corresponde a um maior nível de exigência e de responsabilização das equipas, associado a mecanismos de discriminação positiva, com vista à melhoria da prestação de cuidados de saúde, a ganhos de eficiência e de satisfação dos utentes (DCCSP, 2010). As primeiras USF começaram a sua actividade em Setembro de 2006. O primeiro acto de contratualização efectuou-se entre as USF e as ARS regionais.

O processo de contratualização interna, entre os ACES e as USF (bem como as outras unidades que os constituem) só foi concretizado no ano de 2011.

O processo de contratualização tem dois momentos: uma contratualização interna entre os ACES e as unidades que o constituem, da qual resulta a assinatura de uma *Carta Compromisso*; um segundo momento, a contratualização externa entre a ARS regional e os ACES, de que resulta um *Contrato-Programa* (DCARS, 2010).

A contratualização com as USF dos modelos A e B, como já se referiu, faz-se através da definição de metas a atingir. As metas fixadas não são quantificadoras do número de consultas ou de outros actos. São um conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientados para ganhos em saúde (Afonso, 2010).

Os indicadores relacionam-se com utentes vulneráveis (crianças, grávidas) e de risco (diabéticos, hipertensos), com a acessibilidade dos cuidados, com a satisfação dos utentes e ainda com uma vertente económica focada no custo dos medicamentos e MCDT.

A contratualização contempla uma carteira básica de serviços, comum a todas as USF e numa carteira adicional de serviços, aplicável apenas às USF do modelo B. Da monitorização e a avaliação dos resultados resulta a atribuição dos incentivos institucionais previstos para estes dois modelos de desenvolvimento (DCARS, 2009).

Ao longo dos quatro anos de vida das USF, a contratualização comportou alterações e ajustes próprios de um sistema a ser implementado pela primeira vez. Na carteira básica de serviços, referente ao ano de 2007, foram contratualizados vinte indicadores escolhidos a partir de uma lista de quarenta e nove: quinze comuns a todas as USF e cinco seleccionados pelas USF.

Em 2008, a Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, veio regulamentar o processo de contratualização e de atribuição dos respectivos incentivos. A partir desta publicação, passaram a ser contratualizados apenas quinze indicadores, treze comuns a todas as USF e apenas dois acordados especificamente com cada uma.

Os indicadores comuns são distribuídos por quatro grandes áreas: acessibilidade (quatro), desempenho assistencial (oito), qualidade percebida (um) e o desempenho económico (dois). Os indicadores seleccionados por cada USF pertencem ao grupo “desempenho assistencial”, em qualquer das contratualizações.

As USF com carteira adicional de serviços devem ter pelo menos um indicador de “desempenho assistencial”, que permita aferir a carga horária afectada e a produção estimada para cada actividade adicional.

O quadro I sumariza os indicadores da carteira básica de serviços comuns a todas as USF contratualizados. De salientar que em estes indicadores se mantiveram desde o primeiro acto de contratualização, para o ano 2007.

Quadro I - Indicadores Carteira Básica de Serviços.

| Indicador Contratualizado | |
|----------------------------------|--|
| Acessibilidade | <ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de consultas ao utente pelo próprio Médico de Família - Taxa de utilização global de consultas - Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos |
| Desempenho Assistencial | <ul style="list-style-type: none"> - Percentagem de mulheres entre 25-64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) - Percentagem de mulheres entre 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos - Percentagem de diabéticos com registo de pelo menos três HgA1C nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres (só os diagnosticados até 30 de Junho) - Percentagem de hipertensos com registo de PA nos últimos 6 meses - Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 |

| | |
|--------------------------------|--|
| | anos - Percentagem de crianças com PNV actualizados aos 6 anos - Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias - Percentagem de consultas de gravidez no 1º Trimestre |
| Qualidade Percepcionada | - Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito) <i>a)</i> |
| Desempenho Económico | - Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador <i>b)</i> - Custo médio de MCDT prescritos por utilizador |

Fonte: “Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de contratualização USF Modelo A e Modelo B” (DCARS, 2009)
a) A elaboração do inquérito (Modelo Nacional) é da responsabilidade da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS.
b) É considerado o preço de venda ao público (PVP), embora o valor total também seja avaliado.
 HbA1C – hemoglobina A1C, PA- pressão arterial, PNV- plano nacional de vacinação, MCDT- meios complementares de diagnóstico e tratamento.

Além da contratualização dos indicadores associados às carteiras de serviços, as USF têm de implementar um plano de acompanhamento interno. Este deve permitir avaliar o cumprimento dos objectivos a que se propuseram e a detecção precoce de problemas nesse âmbito. Deste modo devem iniciar um processo de auto-avaliação, com a finalidade de, a curto-prazo (três anos), chegar à acreditação (DCARS, 2009), (DCARS, 2010).

A monitorização dos indicadores deve ser informatizada e automática, não necessitando de trabalho adicional dos colaboradores da USF, e de periodicidade trimestral. As USF devem elaborar um relatório de actividades dando ênfase aos objectivos contratualizados. Neste relatório devem ser esplanadas as razões para os resultados apresentados (quer para as metas superadas, quer para as metas não atingidas) (DCARS, 2009).

Do processo de avaliação de cada um dos indicadores contratualizados resulta uma de três classificações qualitativas possíveis: “atingido”, “quase atingido”, “não atingido”. A esta classificação corresponde um sistema de pontuação dois, um e zero, respectivamente. (DCARS, 2009) O quadro II resume a métrica da avaliação das USF.

Quadro II - Métrica de Avaliação dos Objectivos Contratualizados pelas USF.

| | Pontuação | Acesso Desempenho Assistencial Qualidade Percepcionada | Desempenho Económico |
|----------------|-----------|--|-------------------------|
| Atingido | 2 | >90% | ≤ 100% |
| Quase atingido | 1 | [80-90%] |]100-105%] |
| Não atingido | 0 | <80% | >105% |

Fonte: “Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de contratualização USF Modelo A e Modelo B” (DCARS, 2009)

Para um determinado indicador ser considerado “atingido” e corresponder a 2 pontos, terá de ter sido cumprido em mais de 90% do valor contratualizado, se for da classe acessibilidade, desempenho assistencial e qualidade percepcionada pelos utentes; no caso dos indicadores de desempenho económico (custo dos medicamentos e MCDT prescritos) deve ser menor ou igual a 100% do valor contratualizado.

Aos objectivos “quase atingidos” corresponde 1 ponto e a percentagem de cumprimento pode variar entre 80 a 90% (valores limites inclusivos) nos indicadores de acessibilidade, desempenho e qualidade percepcionada; os indicadores de desempenho económico devem corresponder a 100-105% do contratualizado.

Os objectivos são considerados “não atingidos” para valores de cumprimento inferiores a 80% nos indicadores acessibilidade, desempenho e qualidade percepcionada e se os gastos avaliados nos indicadores de desempenho económico corresponderem a mais de 105% do contratualizado. A esta classe é atribuída 0 pontos.

No que se refere aos indicadores de desempenho assistencial “Percentagem de crianças com Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado aos 2 anos” e “Percentagem de crianças com PNV actualizados aos 6 anos” são considerados como “não atingidos” se o valor obtido for inferior ao estabelecido (>90%).

Do cumprimento das metas a que cada USF se propôs e está obrigada, resulta a atribuição dos incentivos institucionais previstos. O incumprimento das mesmas pode implicar a mudança de modelo de desenvolvimento da USF (de B para A) ou até a sua extinção.

Para que as metas sejam consideradas cumpridas e os incentivos institucionais atribuídos na totalidade, a pontuação mínima obtida em cada classe de indicador deve ser 90% da pontuação máxima que se pode atingir (DCARS, 2009):

- i. Acessibilidade, 7 em 8 pontos possíveis;
- ii. Desempenho assistencial, 14 em 16;
- iii. Qualidade percebida, 2 em 2;
- iv. Desempenho económico, 4 em 4.

Os incentivos são atribuídos a 50% às USF que obtenham no mínimo 80% da pontuação possível nas quatro classes de indicadores e que tenham cumprido pelo menos um dos indicadores de desempenho financeiro (DCARS, 2009). O valor dos incentivos está estipulado de acordo com o número de UP de cada USF:

- i. Até 8 500 UP, €9 600;
- ii. De 8 500 a 15500 UP, €15 200;
- iii. 15 500 UP ou mais, €20 000.

As USF que recebem incentivos devem planificar a sua aplicação e o projecto tem de ser submetido à ARS e ao ACES, estando sujeito a aprovação e/ou reformulação. Os incentivos institucionais devem ser aplicados em formação técnica (participação em simpósios, colóquios, conferências de interesse para as actividades desenvolvida nas USF), apoio à investigação e melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa (DCARS, 2009).

Os incentivos financeiros atribuídos aos profissionais de saúde que integram USF Modelo B são aferidos pela compensação de actividades específicas (apenas no caso dos médicos) e compensação de desempenho (todos os profissionais, médicos, enfermeiros e pessoal administrativo) (DCARS, 2009).

A atribuição de incentivos aos profissionais das USF é regulada pelo Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, pela Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril e clarificada pelo *Regulamento para Cálculo das Remunerações dos Profissionais Integrados em USF de Modelo B*, homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde a 23 de Abril de 2008.

A remuneração mensal dos médicos integra:

- i. Uma remuneração base;
- ii. Suplementos relativos ao aumento do número de UP das suas listas de utentes;
- iii. Suplementos relativos aos cuidados domiciliários;
- iv. Suplementos ao alargamento do horário de funcionamento e cobertura assistencial;

- v. Compensações pelo desempenho associadas à carteira adicional de serviços, se contratualizada.

Está ainda previsto, um suplemento remuneratório para o coordenador da USF e para os médicos orientadores de formação de internato complementar em MGF.

Cada aumento de cinquenta e quatro UP, relativamente ao mínimo estipulado de mil novecentos e dezassete UP das listas de utentes, corresponde a 234€ mensais. A dimensão das listas é actualizada trimestralmente no primeiro ano de actividade da USF e, posteriormente, anualmente.

Cada consulta domiciliária é remunerada a 30€, existindo um limite máximo de 600€ mensais.

O suplemento associado ao alargamento do período de funcionamento e ao desempenho de actividades específicas é dividido pelo grupo de médicos, sendo paga mensalmente a cada médico a sua quota-parte.

Cada hora de alargamento semanal equivale a 1 Unidade Contratualizada (UC), se for dia útil é retribuída em 180€, se ao fim de semana 235€ e se for durante um feriado 63,23€

As compensações pelo desempenho são relativas a actividades específicas:

- i. Vigilância em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil;
- ii. Vigilância da gravidez;
- iii. Vigilância da criança no primeiro ano de vida;
- iv. Vigilância da criança no segundo ano de vida;
- v. Vigilância do diabético;
- vi. Vigilância do hipertenso.

Por cada UC, equivalente a 54 UP, são remunerados a 130€ mensais.

5 EVOLUÇÃO DAS USF — ESTUDO DE DOIS CASOS

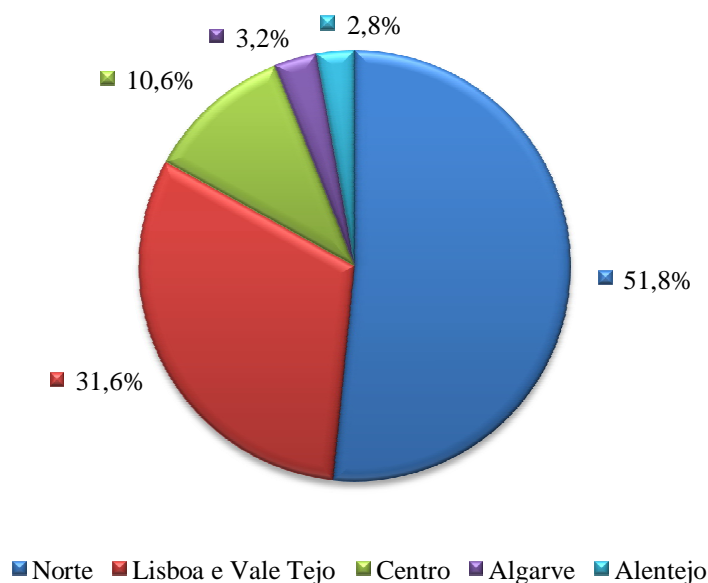
5.1 As USF em Números

O Relatório *Estatística das USF*, publicado a 4 de Abril de 2011, refere estarem em funcionamento duzentas e oitenta e duas USF. O *Relatório Primavera 2010* já referia que “*um terço das infra-estruturas dos CSP de Portugal funcionava segundo este novo modelo de gestão*” (OPSS, 2010).

Nesta data estavam em funcionamento cento e quarenta e seis USF na região Norte do País, representando cerca de metade do total de USF (Figura I).

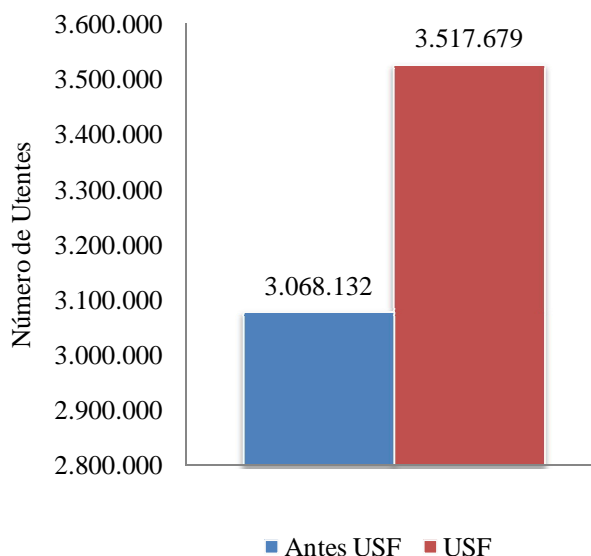
Naquele momento, as USF da ARS Norte resultavam num ganho assistencial de 14,6% (Figura II), de 3.068.132 utentes pré-USF para 3.517.679 nas USF (MCSP, 2011) (DCCSP, 2010b).

Figura I – Distribuição Geográfica das USF por Regiões.



Fonte: Relatório Estatística das USF, de 04/04/2011. Acedido em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_32/candnac2011.04.04.pdf.

Figura II - Ganho Assistencial Potencial das USF da ARS Norte



Fonte: Relatório Estatística das USF, de 04/04/2011. Acedido em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_32/candnac2011.04.04.pdf.

5.2 Estudo da Evolução de Duas USF – Objectivos

A primeira parte desta monografia pretende, através da pesquisa bibliográfica efectuada, reflectir sobre a organização e gestão dos CSP em Portugal, contextualizar a criação das USF e analisar o seu processo de implementação.

A partir deste ponto, este trabalho propõe-se avaliar as mudanças ocorridas na gestão dos CSP através de um estudo comparativo dos quatro anos de vida de duas USF. O objectivo é perceber tendências de desempenho, no sentido de avaliar este novo modelo gestor e a sua repercussão na prestação de cuidados de saúde.

5.2.1 Métodos

As duas USF utilizadas neste estudo, a USF Nascente e a USF Valongo, foram escolhidas pelas seguintes características:

- i. Pertencem ao grupo pioneiro de USF, que iniciou a sua actividade a 4 de Setembro de 2006 como Modelo A, tendo, neste momento, 4 anos de actividade;
- ii. Transitaram para o Modelo B na mesma data, a 1 de Maio de 2008;

- iii. Prestam cuidados a um número de utentes semelhante, cerca de 14000, no distrito do Porto.

A USF Nascente, parte integrante do CS de Rio Tinto/São Pedro da Cova, tinha à data de assinatura da *Carta-Compromisso*, Julho de 2008, 14 622 utentes inscritos.

A USF Valongo, parte integrante do CS Valongo, tinha à data de assinatura da *Carta-Compromisso*, Julho de 2008, 14 758 utentes inscritos.

Para efectuar o estudo comparativo do desempenho das USF utilizou-se os resultados obtidos em cada um dos indicadores contratualizados nos anos 2007, 2008 e 2009 e constantes dos *Relatórios de Contratualização com USF* de cada ano. Para avaliação dos resultados foram utilizados os mesmos critérios a que as USF estão sujeitas na avaliação anual (*vide* Quadro II).

Em 2007, na carteira básica de serviços, foram contratualizados quinze indicadores comuns a todas as USF. Estava prevista a contratualização de cinco indicadores adicionais por cada USF que permitiriam monitorizar áreas específicas da sua actividade. No processo de avaliação de resultados, verificou-se não ter sido implementado um sistema de registo de actividade, pelo que, estes indicadores não foram sujeitos a avaliação. Os indicadores de “Qualidade Percepcionada” não foram alvo de avaliação por não ter sido aplicado o questionário previsto. Assim, a avaliação aludiu apenas sobre os indicadores comuns de “Acesso”, “Desempenho Assistencial” e “Desempenho Económico”(DCCSP, 2008).

Em 2008, o processo de contratualização da carteira básica de serviços previa 2 indicadores de desempenho assistencial específicos para cada USF. Uma vez que se mantinham os problemas de registo destes indicadores, foi acordado a monitorização de dois indicadores de rastreio de doenças oncológicas na mulher: cancro da mama e cancro do colo do útero (DCCSP, 2009).

Em 2009, monitorizaram-se os mesmos indicadores da carteira básica de serviços do ano anterior (DCCSP, 2010).

Quanto ao “Desempenho Económico” para a monitorização da actividade das USF foram escolhidos dois indicadores: o custo dos medicamentos e MCDT por utilizador (o quociente entre o os valores facturados e o número de utilizadores correspondente). Porém, nos *Relatório de Contratualização com USF*, os dados utilizados para a avaliação das USF diferiram:

- i. Em 2007 e 2008 foram utilizados os valores de facturação de Preço de Venda ao Público (PVP) dos medicamentos e o preço facturado ao SNS no caso dos MCDT;
- ii. Em 2009, por existirem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização (DCARS, 2009), os valores utilizados para o cálculo destes indicadores foram apenas os efectivamente facturados ao SNS, quer para os medicamentos quer para os MCDT. Desta forma, foram calculados os custos PVP de medicamentos e MCDT gastos por utilizador pertencente ao SNS, sendo excluídos os utilizadores de outros subsistemas.

Foram utilizados ainda dados relativos ao “Desempenho económico” dos CS de origem das USF, nomeadamente, o CS Valongo e o CS Rio Tinto. Estes dados foram retirados dos relatórios previamente citados.

O quadro IV mostra os indicadores utilizados neste trabalho para análise comparativa entre as USF. A constância dos mesmos nos processos de contratualização e avaliação de actividade no triénio (2007-2009) permite a percepção da sua evolução.

Quadro III – Indicadores de desempenho utilizados na análise comparativa de duas USF, por ano.

| Indicador Carteira Básica Serviços | | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------------|--|------|------|------|
| Acesso | Percentagem de consultas ao utente pelo próprio Médico de Família | ● | ● | ● |
| | Taxa de utilização global de consultas | ● | ● | ● |
| | Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscrito | ● | ● | ● |
| | Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos | ● | ● | ● |
| Desempenho Assistencial | Percentagem de mulheres entre 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos | ● | ● | ● |
| | Percentagem de mulheres entre 25-64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos) | ● | ● | ● |
| | Percentagem de diabéticos com registo de pelo menos três HbA1C nos últimos 12 meses e pelo menos uma em cada semestre (só os | ● a) | ● | ● |

| | | | | |
|--------------------------------|---|---|---|---|
| | diagnosticados até 30 de Junho) | | | |
| | Percentagem de hipertensos com registo de PA nos últimos 6 meses | ● | ● | ● |
| | Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos | ● | ● | ● |
| | Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos | ● | ● | ● |
| | Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias | ● | ● | ● |
| | Percentagem de consultas de gravidez no 1º Trimestre | ● | ● | ● |
| Qualidade Percepcionada | Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito) b) | X | X | ● |
| Desempenho Económico | Custo médio de medicamentos prescritos por utilizador c) | ● | ● | ● |
| | Custo médio de MCDT prescritos por utilizador | ● | ● | ● |

Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

● Indicador monitorizado e sujeito a avaliação

X Indicador sem resultado

a) No ano de 2007 o indicador era “Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada (nos últimos 3 meses do ano)

b) A elaboração do inquérito (Modelo Nacional) é da responsabilidade da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização da ACSS.

c) É considerado o preço de venda ao público, embora o valor total também seja avaliado.

HbA1C – hemoglobina A1C, PA- pressão arterial, PNV- plano nacional de vacinação, MCDT- meios complementares de diagnóstico e tratamento.

5.3 Indicadores de Acesso

Ao longo dos 3 primeiros anos de actividade, as duas USF seguiram uma tendência de melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde dos seus utentes (Figura III). Os valores obtidos mantêm-se próximos da mediana dos resultados de todas as USF da ARSN (Quadro IV).

A USF Valongo atingiu as metas de acessibilidade contratualizadas no triénio 2007-2009.

A “Percentagem de consultas pelo próprio médico” subiu (84,3% em 2007 para 87,5% em 2009); a “Taxa global de consultas” e a “Taxa de visitas domiciliárias médicas” tiveram uma variação de cerca de um ponto percentual.

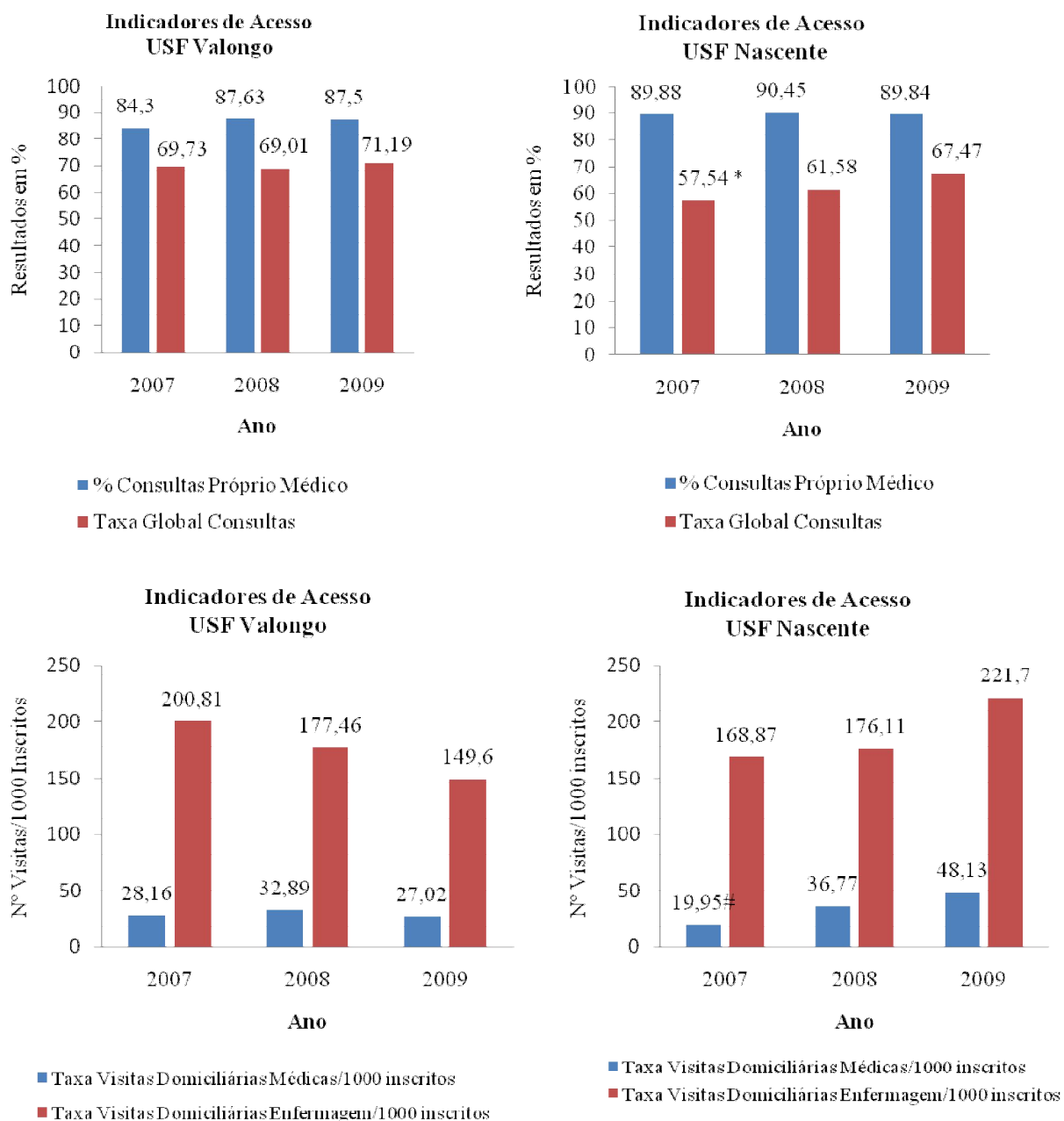
Observa-se uma diminuição de cerca de cinquenta pontos por mil (de 200,81 para 149,6‰) na “Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem”. Salienta-se a descida na meta contratualizada neste indicador (de 160,0‰ para 140,0‰, em 2007 e 2009, respectivamente) e, portanto, uma aproximação da actividade realizada à actividade contratualizada.

A USF Nascente, em 2007, não cumpriu as metas contratualizadas de 70,0 consultas por cada 100 inscritos (“Taxa Global de Consultas”, 57,54%) e de 30 visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos (“Taxa de visitas domiciliárias médicas”, 19,95‰). Nos anos seguintes verificou-se uma melhoria destes indicadores, tendo desde 2008 atingido todos os objectivos contratualizados nesta categoria.

Comparando o desempenho das duas USF, verifica-se que os resultados apresentados são muito semelhantes aos relativos à percentagem de consultas pelo próprio médico (cerca de 90%) e à taxa global de consultas (em 2009, cerca de 70%).

Relativamente às visitas domiciliárias, enquanto a USF Valongo segue uma tendência de descida no número de visitas domiciliárias de enfermagem, a USF Nascente segue uma tendência de aumento. Admite-se que estas diferenças possam corresponder a características demográficas de cada população e que devem ser tidas em conta nos processos de contratualização (DCCSP, 2010).

Figura III – Indicadores de Acesso por USF em estudo.



* Meta “quase atingida”, # Meta “não atingida”.

Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

Quadro IV – Mediana dos Resultados Obtidos nos Indicadores de Acesso pelo Conjunto de USF da ARS Norte.

| Indicador Carteira Básica Serviços | | Mediana USF ARS Norte | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|--------|--------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 |
| Acesso | Percentagem de consultas ao utente pelo próprio médico de família | 84,4% | 85,5% | 85,9% |
| | Taxa de utilização global de consultas | 67,2% | 68,5% | 69,8% |
| | Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos | 29,83‰ | 31,31‰ | 31,4‰ |
| | Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos | 171,4‰ | 169,9‰ | 176,7‰ |

Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

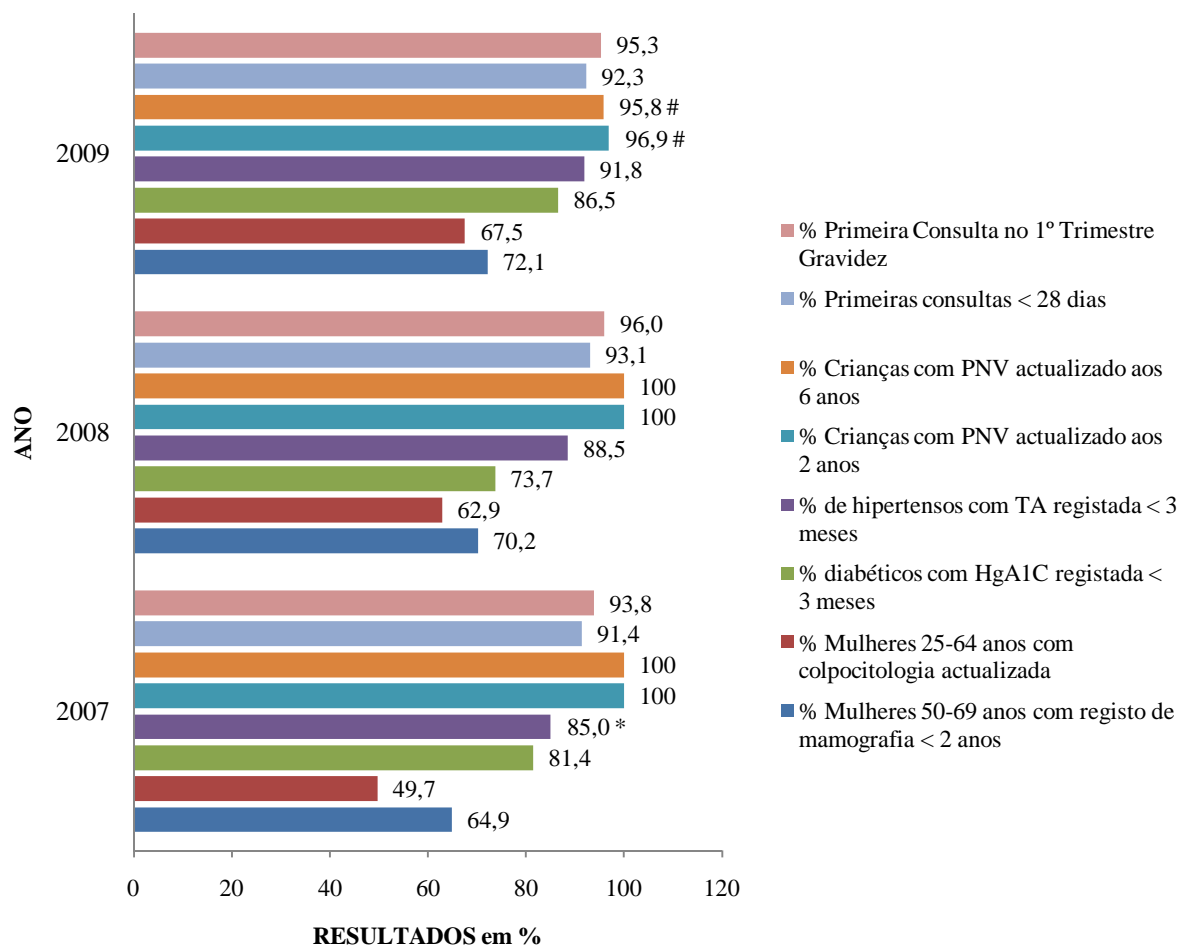
5.4 Indicadores de Desempenho Assistencial

Os indicadores de “Desempenho Assistencial” da USF Valongo melhoraram globalmente ao longo dos 3 anos de actividade (Figura IV). A maioria das metas contratualizadas foi “atingida”, exceptuando no caso do “Registo da tensão arterial dos hipertensos” que, em 2007 ficou dez pontos percentuais abaixo do contratualizado (95,0%).

De salientar que os resultados dos indicadores relativos ao “PNV actualizado aos 2 e 6 anos”, em 2009, foram inferiores ao contratualizado, 99,0 e 98,0%, respectivamente. Tal pode significar uma melhoria da monitorização dos indicadores, nomeadamente do Sistema de Informação da ARS, cujos valores prevalecem relativamente aos fornecidos pelas USF.

Nos restantes indicadores verifica-se que os valores obtidos por esta USF são superiores às medianas dos resultados de todas as USF, nos três anos de actividade.

Figura IV – Indicadores de Desempenho Assistencial da USF Valongo.



Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

* Meta “quase atingida”, # Meta “não atingida”.

A USF Nascente teve uma marcada melhoria dos indicadores de desempenho assistencial no ano de 2009 (Figura V).

Nos dois primeiros anos de actividade cumpriu poucas metas contratualizadas: apenas a meta referente ao cumprimento do “PNV actualizado aos 2 e 6 anos” foi “atingida” nos três anos de actividade. Relativamente à mediana dos valores obtidos por todas as USF, nos anos de 2007 e 2008, os valores obtidos pela USF Nascente são globalmente inferiores.

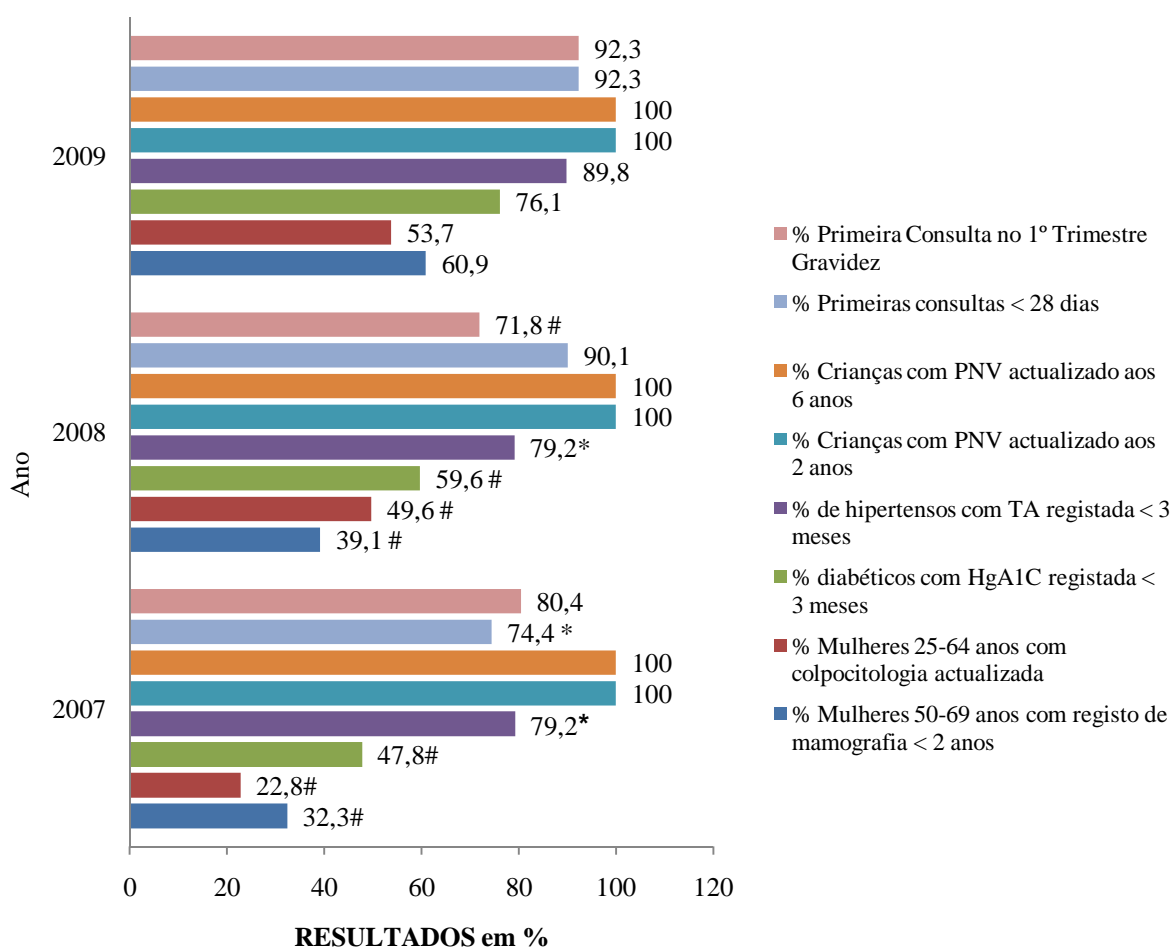
No ano de 2009, todos os objectivos contratualizados foram atingidos. Por exemplo, as percentagens relativas ao rastreio oncológico quase duplicaram relativamente a 2007: o

registo de uma mamografia a cada 2 anos passou de 32,34% para 60,9%, a percentagem de mulheres com colpocitologia actualizada passou de 22,79% para 53,71%.

Comparando as duas USF, verifica-se que a USF Valongo teve um desempenho assistencial global superior em 2007 e 2008.

O quadro V apresenta, neste âmbito, a média dos resultados obtidos pelas USF da ARS Norte.

Figura V – Indicadores de Desempenho Assistencial da USF Nascente.



Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

* Meta “quase atingida”, # Meta “não atingida”.

Quadro V – Mediana dos resultados obtidos nos indicadores de Desempenho Assistencial pelo conjunto de USF da ARS Norte.

| Desempenho Assistencial | Indicador Carteira Básica Serviços | Mediana USF ARS Norte | | |
|--|------------------------------------|--|-------|-------|
| | | 2007 | 2008 | 2009 |
| | | Percentagem de mulheres entre 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos | 48,6% | 57,4% |
| Percentagem de mulheres entre 25-64 anos com colpocitologia actualizada (uma em cada 3 anos) | 35,2% | 44,6% | 50,4% | |
| Percentagem de diabéticos com registo de pelo menos três HbA1C nos últimos 12 meses e pelo menos uma em cada semestre (diagnosticados até 30 de Junho) | 72,4% | 68,3% | 71,1% | |
| Percentagem de hipertensos com registo de PA nos últimos 6 meses | 87,1% | 85,4% | 84,9% | |
| Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos | 93,1% | 99,2% | 99,0% | |
| Percentagem de crianças com PNV actualizados aos 6 anos | 84,2% | 98,9% | 99,0% | |
| Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias | 75,0% | 88,6% | 85,1% | |
| Percentagem de consultas de gravidez no 1º Trimestre | 77,0% | 78,2% | 80,0% | |

Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

5.5 Indicadores de Desempenho Económico

A USF Valongo cumpriu os objectivos contratualizados apenas no ano de 2007, no que se refere ao custo dos medicamentos por utilizador (Figura VI).

Comparando os resultados do CS de origem, não sujeito a contratualização, com os da USF Valongo, observa-se que a USF teve melhores resultados no primeiro ano de actividade, com uma variação de 10,4% em relação ao CS (150,77 € versus 168,26 €), porém superior ao contratualizado em cerca de 2,50%. Nos anos seguintes, os valores contratualizados foram superiores (164,94€ em 2008 e 163,44€ em 2009).

Em 2009, os valores contratualizados, os resultados da USF Valongo (165,09€), bem como os resultados do CS (163,95€), eram muito próximos. De salientar que o CS apresenta um “custo de medicamentos/utilizador” mais baixo que a USF.

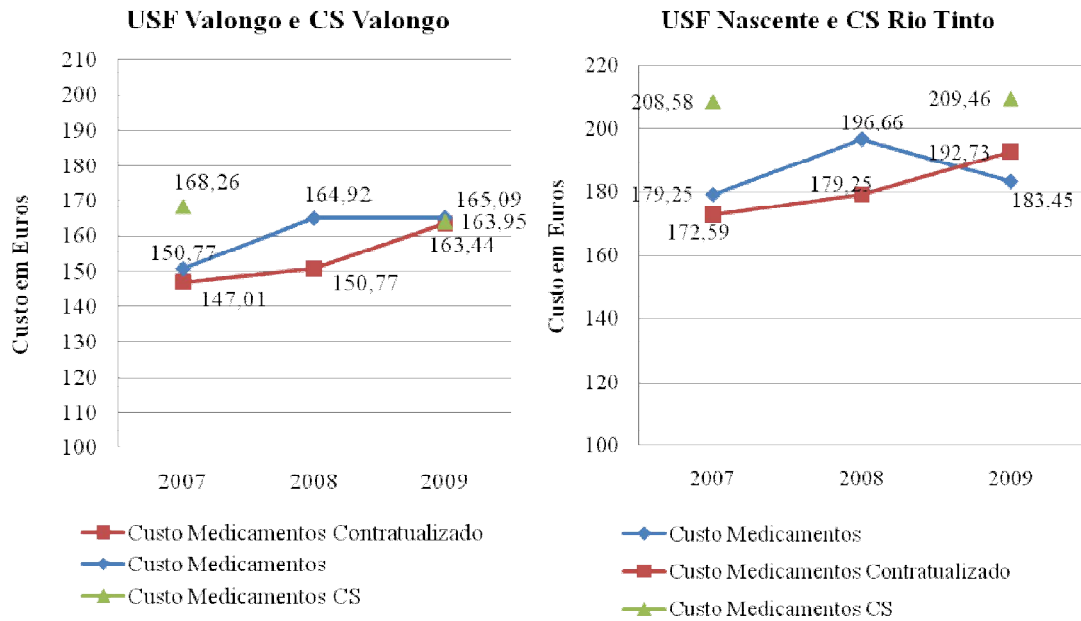
No que se refere aos custos de MCDT por utilizador, os resultados obtidos foram superiores aos contratualizados nos três anos de actividade (Figura VII). Apesar disso, os dados mostram uma tendência de redução dos gastos: observa-se uma diminuição de 11,3% (de 79,90€ para 71,77€) entre o ano 2007 e 2009, que acompanha a redução dos valores contratualizados (72,32€ para 65,17€), nos mesmos anos. Relativamente aos resultados do CS, os gastos com MCDT foram superiores aos da USF cerca de 8,40% (83,52€ versus 77,02€), em 2009, único ano com dados disponíveis.

A USF Nascente cumpriu as duas metas contratualizadas referentes a estes indicadores apenas no ano de 2009. No entanto, o valor contratualizado do custo dos medicamentos e dos MCDT subiu ao longo dos 3 anos, cerca de 11,7% e 9,90%, respectivamente. Os valores obtidos pela USF foram superiores aos contratualizados 3,85%, em 2007, e 9,71%, em 2008.

Comparando o custo dos medicamentos por utilizador da USF Nascente relativamente ao custo por utilizador do CS de origem (CS Rio Tinto), nos dois anos com dados disponíveis, a USF obteve valores inferiores: 16,4% (179,25€ vs 208,58€) no ano de 2007 e 14,18% (183,45€ vs 209,46€) no ano de 2009.

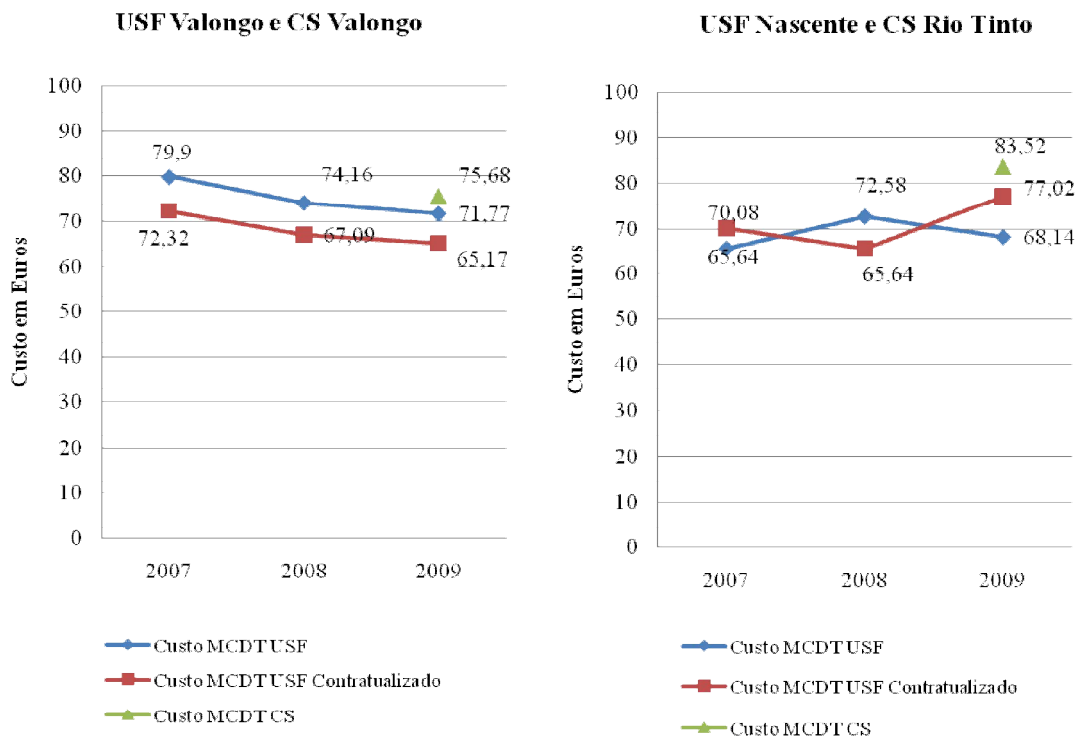
Quanto ao custo dos MCDT por utilizador, a USF Nascente atingiu as metas contratualizadas nos anos de 2007 (65,64€ vs 70,08€) e 2009 (68,14€ vs 77,02€). Comparando com o valor obtido pelo CS Rio Tinto, 83,52€ por utilizador em 2009, a USF apresenta um resultado 22,6% inferior.

Figura VI – Custo dos Medicamentos por Utilizador de cada USF e CS de Origem.



Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

Figura VII – Custo dos MCDT por Utilizador, em cada USF e CS de Origem.



MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento.

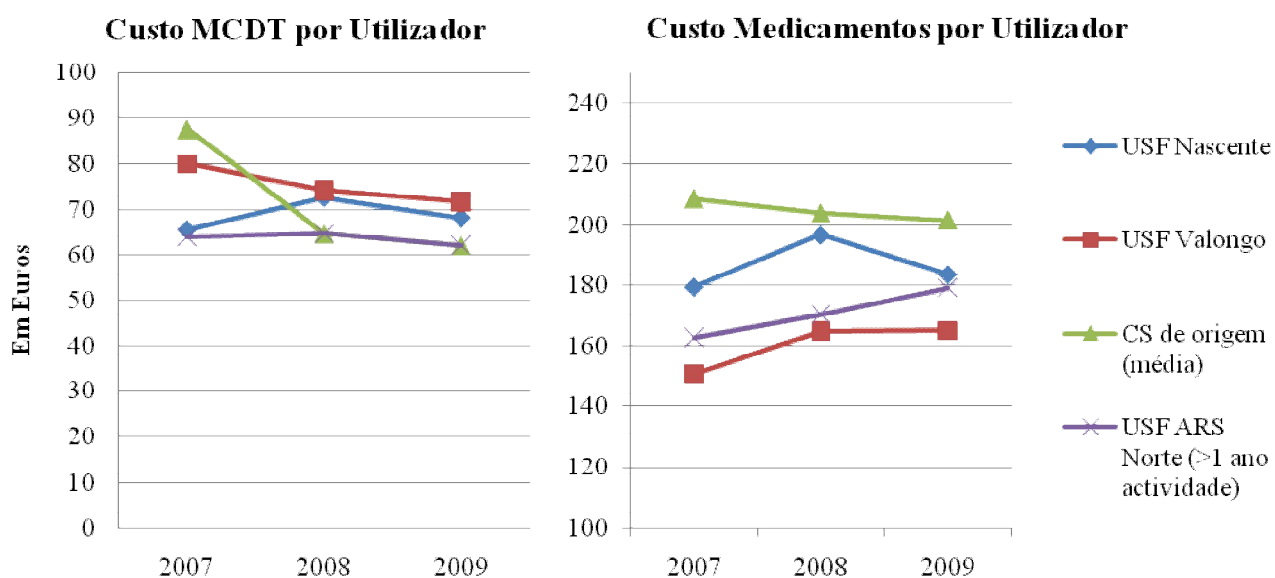
Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

Em 2007, os gastos em medicamentos das USF da ARS Norte (com pelo menos 1 ano de actividade) e dos CS de origem foram, respectivamente, de 162,83 € e 208,54€. Relativamente aos gastos com MCDT por cada utilizador, a média das USF da ARS Norte foi de 64€ e dos CS de 87,67€ (Figura VIII). Estes valores traduzem uma poupança de 69,38€/ano/utilizador inscrito numa USF.

Em 2008, as USF voltaram a ter melhor desempenho que os CS, com uma poupança total de 63,14€/ano/utilizador. As USF gastaram em média, por utilizador, 170,38€ em medicamentos e 64,69€ em MCDT, enquanto os CS gastaram em média, por utilizador, 203,69€ em medicamentos e 94,52€ em MCDT.

Em 2009, as USF da ARS Norte gastaram, em média por utilizador, 179,08€ em medicamentos e 62,03€ em MCDT. Os CS da mesma Região de Saúde gastaram, em média, 201,51€ em medicamentos e 61,15€ em MCDT. Apesar de obterem um valor superior nos MCDT (cerca de 1€/utilizador), as USF representaram uma poupança de 21,55€/utilizador/ano.

Figura VIII – Custo de MCDT e Medicamentos por Utilizador das USF em estudo, das USF da ARS Norte com mais de um ano de actividade e dos CS de Origem.



MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento.

Fonte: Relatório Final Contratualização ARS Norte dos anos 2007, 2008 e 2009.

5.6 *Problemas e Críticas Atribuídos à Reforma dos CSP*

Volvidos quatro anos após o início da reforma dos CSP, algumas críticas têm surgido. Já se fez referência neste trabalho ao ganho potencial de cobertura de utentes que as USF representam. Porém, a saída de médicos para as USF deteriorou a assistência aos “utentes residuais”, ou seja, aos utentes que não tinham Médico de Família e que não fazem parte das listas das USF. Os utentes sem médico, nos CS da era pré-USF eram assistidos por Médicos de Família dos CS, que lhes prestavam cuidados em alguns períodos do seu horário. Quando fazem parte de uma USF, os médicos passam a ser responsáveis apenas pela assistência aos doentes inscritos na unidade. As USF não resolvem *per si* o problema de falta de Médicos de Família e podem, em algumas regiões, agravar as inequidades dos CSP (Cortez, 2010).

A contratualização de indicadores de processo e resultado como forma de melhorar os cuidados de saúde também é controversa. Alguns autores advogam que as diferenças medidas através dos indicadores podem não traduzir alteração significativa na saúde das populações, por não medirem parâmetros clinicamente relevantes, por exemplo, eventos cardiovasculares. Existe alguma evidência de que a orientação do sistema de saúde para o pagamento associado ao desempenho poderá reduzir a qualidade dos cuidados não abrangidos pelos indicadores (Campbell *et al.*, 2009). Os clínicos podem dar prioridade às actividades relativas ao cumprimento dos indicadores avaliados, descurando os cuidados que não sejam alvo de avaliação. (Campbell *et al.*, 2009). A título de exemplo, a saúde mental, o tratamento das doenças agudas, o tabagismo e a obesidade são problemas frequentes nos CSP mas sem tradução nos indicadores.

Os resultados de um estudo de Daniel Pinto *et al.* apresentam uma estimativa do número de consultas necessárias para cumprir os indicadores contratualizados pelas USF, numa lista de mil quinhentos e oitenta e sete utentes. Referem ser necessárias 2848,5 consultas para cumprir os indicadores, se em cada consulta só se efectuasse uma acção. Os autores tentaram ultrapassar as limitações que reconhecem ao seu estudo (por exemplo, uma doente de 54 anos, hipertensa: na mesma consulta pode efectuar a medição da pressão arterial e colposcopia) e estimam que, efectuando múltiplas actividades numa mesma consulta, seriam necessárias 2008,9 consultas, 50,6% do número total de consultas efectuadas no ano anterior ao estudo, pelo Médico da Família da lista de utentes utilizada (Pinto *et al.*, 2010). O facto de muitas das listas serem constituídas por um número superior (aliás, o alargamento das listas de utentes é

incentivado financeiramente) pode comprometer a assistência a utentes com patologias não contempladas nos indicadores, até por falta de tempo dos clínicos.

A contratualização de indicadores de desempenho económico (custo de medicamentos e de MCDT por utilizador) pode, em teoria, promover uma restrição da prescrição em detrimento da qualidade dos cuidados prestados. Estas medidas, fazem sentido à luz do imperativo ético de combater o desperdício e aumentar a eficiência da utilização dos recursos, salvaguardando a efectividade e qualidade dos cuidados prestados (Nunes, 2009). Porém, podem dar origem a problemas éticos e conflitos de interesses, nomeadamente, por sobrepor o princípio Social ou Utilitarista (fazer o melhor pela população) ao princípio Hipocrático (fazer o melhor por cada pessoa individualmente) (Rego *et al.*, 2010). Existe também o risco de o médico colocar o seu interesse pessoal, materializado no ganho de incentivos financeiros, sobre o dever ético e deontológico de actuar no melhor interesse do doente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os CSP devem ser o pilar central dos sistemas de saúde. Os sistemas de saúde orientados para os cuidados primários — capazes de solucionar mais 90% dos problemas de saúde dos cidadãos — obtêm melhores resultados em saúde e este parece ser o caminho para melhorar a qualidade, acessibilidade, eficiência e sustentabilidade financeira do sector da saúde.

A reconfiguração dos CSP em Portugal, com a reorganização dos CS em USF e a substituição das ARS por ACES, surge impulsionada por experiências gestionárias inovadoras, o “Regime Remuneratório Especial”, “Projecto Alfa” e o “Projecto Tubo de Ensaio”, decorridas na década de 90. Foram várias as tentativas de reforma (Decreto-Lei nº157/99, de 10 de Maio, Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de Junho) que, no entanto, por razões de natureza política não passaram de reformas legislativas sem expressão no terreno.

A conjuntura económica desfavorável, a necessidade imperiosa de aumentar a eficiência do sistema, reduzir os custos e melhorar a qualidade dos cuidados, bem como, a insatisfação latente dos profissionais dos CSP, foram as forças motrizes desta mudança.

A descentralização da gestão dos serviços, a motivação dos profissionais de saúde, o estabelecimento de metas tangíveis, a avaliação de desempenho e a atribuição de

incentivos financeiros dependentes dos resultados obtidos eram os objectivos da reforma.

Pela primeira vez, foi implementado um processo de contratualização ao nível dos cuidados primários, com envolvimento directo dos profissionais através de contratualização interna. A contratualização é considerada um instrumento fundamental para que os CSP alcancem os níveis desejados de eficiência, acessibilidade e qualidade. É uma ferramenta incontornável na efectivação desta reforma.

Através da monitorização de indicadores de processo e resultado — que privilegiam áreas de prevenção e rastreio de doenças, acompanhamento de grupos de risco e de factores de risco cardiovascular — pretende-se dar resposta às necessidades assistências dos cidadãos. A monitorização do custo de medicamentos e MCDT prescritos incute nos profissionais a necessidade de prescrição racional e de responsabilização pela distribuição dos recursos.

A introdução de incentivos financeiros e da possibilidade de os médicos poderem ser remunerados ao estilo *pay for performance* (pelo aumento do número de utentes das suas listas ou pela contratualização de uma carteira adicional de serviços) são outra face da mudança radical na gestão dos CSP.

É necessário que o Estado exerça o seu papel de regulador para minimizar as hipóteses de perversão do sistema como selecção adversa de casos, orientação das actividades que são mensuráveis pelos indicadores em detrimento dos cuidados a utentes com outras patologias (por exemplo, o tratamento de doença agudas não é percebido por nenhum indicador), restrição exagerada da prescrição com objectivos puramente economicistas, comprometendo a qualidade dos cuidados.

Esta reforma, com pouco mais de quatro anos de vida, tem méritos reconhecidos: os CS têm uma nova cara, houve um grande investimento nas estruturas físicas, estudos revelam a satisfação dos profissionais das USF e seus utentes. Contudo, é preciso não esquecer que a transição para este modelo de organização é voluntário.

As Unidades de Cuidados Personalizados de Saúde (denominação recente dos CS residuais) devem ser alvo do mesmo investimento, físico e de recursos humanos, sob pena de as USF contribuírem e até agravarem iniquidades do sistema. Exemplos disso são os utentes sem Médico de Família, nos grandes centros urbanos. Aqui, as USF podem, de facto, contribuir para inequidades de acesso, pois os médicos que prestavam assistência a estes utentes, ao integrarem as novas unidades, consultam apenas os utentes nela inscritos.

O estudo comparativo de duas USF apresentado nesta monografia pretendia perceber as tendências de desempenho e a adaptação das equipas aos objectivos contratualizados. O desempenho melhorou ao longo dos três primeiros anos nas duas USF a todos os níveis, acessibilidade, assistencial e financeiro. Contudo, também a contratualização realizada anualmente foi alvo de ajustes — o que pode significar que se aproximou mais das reais necessidades das populações que servem. Comparado o desempenho económico das USF da ARS Norte com os CS de origem, as USF gastam em média menos na prescrição de medicamentos e de MCDT por utilizador.

Esta reforma, apelidada de “*acontecimento extraordinário*” pelo *Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP*, pode marcar de forma definitiva a qualidade dos CSP em Portugal e, conseqüentemente, do SNS. Porém, é imperioso que se avalie a própria reforma e o seu impacto na saúde dos cidadãos. A contratualização é um meio, não um fim em si mesmo. Os ganhos em saúde são o *outcome* essencial desta reforma e serão determinantes para o seu sucesso ou infortúnio.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso PB: Contratualização em ambiente de cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa Saúde Pública. Temático: 9; 2010:59-64.

Araújo JF: Hierarquia e mercado: a experiência recente da administração gestonária. Comunicação apresentada no 2º Encontro INA - Moderna gestão pública: Dos meios aos resultados, Lisboa; 2000. <http://repositorium.sdum.uminho.pt> [Acedido em 18 Fevereiro de 2011].

Atun R.: What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network Report; 2004.

Barbosa P: Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal. 2010. <http://www.healthaction21.eu/node/305>. [Acedido a 15 de Novembro de 2010]

Biscaia A. A reforma dos CSP e reforma do pensamento. Revista Portuguesa Clínica Geral 22; 2006: 67-79. (a)

Biscaia A; Gonçalves I; Ferreirinho P; Carreira M; Antunes AR; Martins JN: Os cuidados de saúde primários em Portugal - Reformar para novos sucessos: 1ª edição, Fundação Astrazeneca, 2005. (b)

Campbell S; Reeves D; Kontopantelis E; Sibbald B; Roland M: Effects of Pay for Performance on the quality of primary care in England. New England Journal of Medicine 361; 2009: 368-378.

Cortez I: Desigualdade no acesso aos cuidados de saúde primários - a outra face das USF. Revista Portuguesa Clínica Geral 26; 2010:189-194.

DCARS: Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de contratualização USF modelo A e modelo B. Departamento de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde; 2009.

DCARS: Metodologia de contratualização 2011. Departamento de Contratualização Administração Regional de Saúde; 2010.

DCCSP: Contratualização com USF - Relatório 2007. Departamento de Contratualização Administração Regional de Saúde do Norte; 2008.

DCCSP: Contratualização com USF - Relatório 2008. Departamento de Contratualização Administração Regional de Saúde do Norte; 2009

DCCSP: Contratualização com as Unidades Saúde Familiar - Relatório Final 2009. Departamento de Contratualização Cuidados de Saúde Primários da ARS Norte; 2010.

Escoval A: Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores Críticos do contexto Português. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas; 2003.

Escoval A: O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). Revista Portuguesa Saúde Pública Temático: 9; 2010: 7-24.

Escoval A; Ribeiro RS; Matos T T: A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. Revista Portuguesa Saúde Pública, Temático: 9; 2010: 41-57.

Grande N: Cuidados de saúde primários: pedra angular dos sistemas de saúde. Fórum de Economia da Saúde, Fundação Dr. António Cupertino de Miranda, Porto; 2000.

Hespanhol A; Pinto AS: Cinco Anos do Centro de Saúde S. João. Arquivos de Medicina 19 nº3; 2005: 103-111. (a)

Hespanhol A; Pinto AS: O Regime Remuneratório do Centro de Saúde S. João. Arquivos de Medicina 19 nº3; 2005: 113-120. (b)

Hespanhol A; Malheiro A; Pinto AS: O projecto "Tubo de Ensaio" - breve história do Centro de Saúde S. João. Revista Portuguesa Clinica Geral 18; 2002: 171-186.

Hespanhol A; Ribeiro O; Pereira A: Preferências e motivações dos utentes do Centro de Saúde de São João no recurso a cuidados de saúde (2004 e comparação com 2002 e 2003). Revista Portuguesa Saúde Pública 23 nº2; 2005: 99-104. (c)

Hespanhol A; Ribeiro O; Pereira A: Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: satisfação dos utentes. Arquivos de Medicina 19 nº5-6; 2005:191-197. (d)

Hespanhol A;Vieira A; Pereira A: Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde de São João (2007 e comparação com 2002 e 2006). Revista Portuguesa Clinica Geral 24; 2008:363-72.

Kazandjian VA: Pay-for-performance in health care: the natural evolution of performance measurement and community expectations. Revista Portuguesa Saúde Pública; Temático: 9, 2010: 117-128.

Matos TT; Ferreira AC; Lourenço A; Escoval A.: Contratualização interna vs contratualização externa. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temático: 9; 2010: 161-180.

MCSP. Relatório Estatística das USF (28/02/2011). Missão Cuidados Saúde Primários. 2011

MCSP, Ministério da Saúde: Linhas acção prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Missão Cuidados Saúde Primários. 2006.

Nunes P: Reforma do emprego público: breves considerações às grandes reformas em curso em Portugal. Revista de Estudos Politécnicos nº VII; 2008.

Nunes R: Regulação da Saúde, 2ª edição, Vida Económica, 2009.

OPSS: Relatório Primavera 2010 - Desafios em Tempos de Crise. 2010.

Petersen LA; Woodard LD; Urech T; Daw C; Sookanan S: Does Pay-for-Performance improve the quality of health care? Annals of Internal Medicine 145; 2006: 265-272.

Pinto D; Corte-Real S; Nunes JM: Actividades preventivas e indicadores — Quanto tempo sobra? Revista Portuguesa Clinica Geral 26; 2010: 455-464.

Pisco L: A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia Julho/Setembro; 2007: 60-66.

Rego G: Gestão Empresarial dos Serviços Públicos - Uma Aplicação ao Sector da Saúde. Vida Económica - Editorial, S. A, Portugal, 2008.

Rego G, Nunes R e Colaboradores: Gestão de Saúde. Prata e Rodrigues Publicações, Lda, Portugal; 2010.

Sakellarides C; Gonçalves C; Cunha F; Dussault G; Biscaia JL; Santa L: Relatório Acontecimento Extraordinário. Grupo Consultivo para a Reforma Dos Cuidados de Saúde Primários; 2009.

WHO: Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care; 1978.

ANEXO 1: NORMAS PARA A ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA

DISCIPLINA DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

NORMAS PARA A ELABORAÇÃO DA MONOGRAFIA

1. Tipo de letra: Times New Roman
2. Tamanho da letra nos títulos: 14
3. Tamanho da letra nos subtítulos e no texto: 12
4. Tipo de letra nos títulos: maiúsculas, negrito
5. Tipo de letra nos subtítulos: iniciais maiúsculas, negrito e itálico
6. Palavras em língua estrangeira – latim, inglês, francês, alemão – em *itálico*
7. Alinhamento dos parágrafos: justificados
8. Espaços entre as linhas: 1,5
9. Na primeira nota de rodapé – na primeira página – deve constar sinteticamente a instituição de onde provem o autor

Exemplo: Rui Nunes¹

10. Evitar citações em “segunda mão”. Em todo o caso as citações devem estar entre aspas
11. Fundamentar sempre o que se afirma, indicando com rigor qual a obra em que se basearam
12. Tipo de letra das notas de rodapé: Times New Roman, tamanho 11
13. Referências no texto segundo o método de Harvard

Exemplo: (Rego G, 1999)

14. No caso de ser o mesmo autor e o mesmo ano, então colocar a, b, c, a seguir à data por ordem de entrada no texto

Exemplo: (Rego G, 1999 a), (Rego G, 1999 b)

15. No final do trabalho sob o título “Referências” colocar todas as referências citadas no texto (e apenas estas) por ordem alfabética

Exemplo:

Livro: 1) Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Radclif Medical Press, Abingdon, 2000.

2) Nunes R, Rego G: Prioridades na saúde, McGraw-Hill, Lisboa, 2002.

Revista: Mooney G: Vertical equity in health care resource allocation. Health

Care Analysis 8 n.3; 2000: 203-215

¹ Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto