



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – É NECESSÁRIO PROSSEGUIR-LA

I. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

1.A PRIMEIRA FASE DA REFORMA: AS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF)

A ambiciosa reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada em Outubro de 2005, fundamentou-se essencialmente na consagração dum conjunto de propostas construídas, e continuamente desenvolvidas por muitos profissionais de saúde, principalmente durante a década de 90.

Apoiando-se no conhecimento da realidade portuguesa e nas inovações nela testadas (Projectos Alfa e RRE), mas também nas experiências que internacionalmente se iam desenvolvendo, as propostas reiteradamente formuladas foram sendo construídas em torno de reflexões e consensos alargados integrando um elevado sentido social.

A FNAM sempre participou nesse movimento através de múltiplos e sucessivos contributos.

O êxito inicial desta reforma, iniciada num processo que partiu da base para o topo, deveu-se a uma aposta decidida na energia criativa e no empreendedorismo público dos profissionais de saúde, devidamente enquadrada por lógicas de autonomia contratualizada, traduziu-se na constituição voluntária de USF.

E o resultado está à vista (www.mcsp.min-saude.pt):

- 307 USF já em funcionamento e 70 potenciais, estas em fases diversas de avaliação das candidaturas;
- Só nas USF em actividade, contam-se 5.994 profissionais envolvidos – sendo 2.148 Médicos de Família (cerca de 36% dos existentes) - e uma cobertura assistencial potencial de mais de 3,8 milhões de cidadãos com um ganho em cobertura de 470 mil portugueses que passaram a ter médico de família.

Este enorme processo de mudança encontra-se já traduzido em ganhos bem documentados:

- de acessibilidade (a intersubstituição de profissionais e a consulta de situações agudas no próprio dia);
- de acolhimento (instalações e equipamentos mais adequados);
- de qualidade assistencial (incremento de actos preventivos, qualidade de prestação de cuidados, formação contínua e avaliação);
- de satisfação de utilizadores e de prestadores;
- de eficiência (custo por utilizador mais baixo pela racionalização da prescrição, tendo em conta a discussão clínica inter pares e a aplicação de normas de orientação clínica. Em 2009 ocorreu uma diminuição de custos na ordem dos 120 milhões de euros, estimando-se que em relação a 2010 esse valor seja superior a 150 milhões de euros.).



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Esta primeira fase da Reforma - a constituição de USF – feita com os médicos de família e restantes profissionais de saúde, centrada no cidadão, orientada para resultados e patamares crescentes de satisfação e que consagrou a contratualização de objectivos e metas, o trabalho em equipas multiprofissionais, a autonomia organizacional, funcional e técnica e promoveu a proximidade dos cuidados e das decisões, constitui-se, por tudo isso, na mais importante e bem sucedida transformação operada na Administração Pública portuguesa.

O caminho já percorrido demonstra, inequivocamente, que os serviços públicos de saúde consubstanciam competências, energias criativas e vontades capazes de revitalizar o SNS, fazendo-o atingir patamares que nos distinguem e projectam no quadro das nações mais desenvolvidas.

2. A SEGUNDA FASE DA REFORMA: OS AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)

A criação dos ACES tinha como principal objectivo dotar os Centros de Saúde (CS) dum enquadramento organizacional e estruturas de apoio, que potenciassem o aumento da qualidade dos serviços prestados, a maximização dos recursos e a preservação da sua identidade, passando de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços. Para isso, foram preconizados, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, vários instrumentos de gestão, a saber: regulamento interno, planos plurianuais e anuais de actividades e respectivos orçamentos, relatórios de actividades e contrato-programa, enquanto acordos celebrados entre o DE do ACES e o conselho directivo da respectiva ARS nos quais se estabelecem qualitativa e quantitativamente os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e as regras relativas à respectiva execução. Para além disso, o mesmo Decreto introduziu a governação clínica e mecanismos de participação da comunidade, nomeadamente através da criação do Conselho da Comunidade.

Em 18 de Abril de 2009 foram publicadas as portarias que criaram, em simultâneo, 68 ACES. As suas Unidades Funcionais foram, a partir de então, gradualmente implementadas no terreno. Os seus dirigentes, Directores Executivos (DE) e membros dos Conselhos Clínicos entretanto nomeados, tiveram a oportunidade de participar, durante o primeiro ano, em acções de formação especificamente para si desenhadas: Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica, Liderança e Sistemas de Informação para dirigentes dos ACES.

A evolução da implementação dos ACES, tem vindo a constituir crescente motivo de preocupação, denotando desde o seu início, captura, não apenas clientelar, como pela cultura tradicional da administração da saúde. Tal situação traduziu-se fundamentalmente por:

1. Uma Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) desfasada da realidade e escandalosamente incapaz para produzir o sistema e as ferramentas de informação e comunicação imprescindíveis à monitorização, planeamento, acompanhamento e subsequente avaliação do que se vai concretizando.
2. A evidência, há muito conhecida, da incapacidade da administração tradicional (ARS) para se reformar a si própria e conduzir as transformações necessárias. Por isso e para isso se constituíram e constituem Unidades de Missão.



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

3. Total ausência da concretização da “autonomia administrativa” dos ACES, conforme está contemplada no DL nº28/2008, por:
- Desconfiança e total defensismo por parte das actuais ARS;
 - Decorrente incapacidade dos ACES, seja por falta de visão estratégica, seja por ausência completa de instrumentos de apoio à gestão operativa, para tomarem decisões nos domínios funcionais, administrativo, financeiro e organizacional, no quadro dos seus projectos e em função das competências que a própria Lei lhes confere;
 - O anterior Governo foi incapaz de publicar o Despacho que deveria enquadrar “os modelos de contrato programa” (nº3 do artigo 39º), impossibilitando assim, a existência de verdadeiros Contrato-Programa estruturados - acordo celebrado entre o Director Executivo do ACES e o Conselho Directivo (CD) da ARS IP - pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados à sua realização e, finalmente, se fixam regras respeitantes à respectiva execução.

Por outro lado, recorda-se como diagnóstico da situação actual:

- **A Saúde Pública é parte integrante dos CSP** e uma das suas componentes essenciais. Nesse sentido, não é admissível que as Unidades de Saúde Pública (USP) ainda não se tenham, efectiva e funcionalmente, integrado na orgânica dos respectivos ACES, visto que para além da indigitação / nomeação dos coordenadores das unidades de saúde pública e de alguma “agitação” interna em relação ao processo da sua organização, pouco mais se fez sentir. Mantém-se também, em termos práticos, a necessidade urgente duma mudança de paradigma na área da Saúde Pública.
- **Outras unidades funcionais dos ACES**, excepto as UCC que vão sendo implementadas sem o rigor necessário da articulação de cuidados, as outras unidades funcionais, simplesmente não existem, apesar de se assistir, um pouco por todo o país, à implementação *ad hoc* das UCSP. Na ausência de regulamentação que assegure um modelo de referência para as UCSP, verifica-se uma diversidade de interpretações e práticas, variando entre ACES e ARS, que não garantem a coerência, alinhamento e coesão desta componente da reforma.
- **O sistema de informação e de comunicação disponível nas USF e de uma forma geral nos Centros de Saúde e Departamentos de Contratualização** não tem evoluído de forma a dar resposta às necessidades de avaliação de resultados e metas, e às exigências de qualidade organizacional e técnico-científica. Os problemas continuam a ser os de sempre, com falhas e limitações graves, seja ao nível do arcaísmo e rigidez do *software*, seja ao nível das redes de comunicação, com “quedas” frequentes do sistema e velocidades de acesso inaceitáveis.
- É fundamental que os **dispositivos de apoio** às unidades funcionais em constituição (USF e UCC) estejam efectivamente disponíveis. O que observamos é exactamente o contrário, através do enfraquecimento e abandono das Equipas Regionais de Apoio (ERA). E esta constatação poderá, a muito curto prazo, ter implicações negativas numa parte significativa das USF que, por serem ainda muito recentes, não tiveram o mesmo apoio que as anteriores;



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

- **A contratualização com as USF**, evidenciando assinaláveis variabilidades regionais, continua globalmente a demonstrar atraso significativo em conhecimentos, metodologias e práticas de contratualização, com coerência a nível nacional, conducentes a maior qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados. Os relatórios regionais da contratualização de 2010, ainda não foram publicados, continuando por apurar-se, (quando o prazo máximo, legalmente definido, seria 31 de Março!), os incentivos institucionais e financeiros de 2010!
- Constata-se a inexistência de um processo de formação sustentado, dirigido às equipas multiprofissionais e de um **programa nacional de acreditação das USF**, aberto a todas, e não se entende, o porquê de não ter ainda avançado o **estudo da satisfação dos profissionais e dos utilizadores das USF e das UCSP**, supostamente adjudicado ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) com coordenação do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira.
- **A proliferação de Unidades Locais de Saúde (ULS)**, indisfarçavelmente promovidas por uma visão hospitalocêntrica da saúde, em perfeito contra-ciclo com os princípios enformadores desta Reforma, vem reforçar as maiores reservas quanto à capacidade e vontade que alguns sectores da administração, desde sempre demonstraram relativamente à Reforma desenhada para os CSP.
- **Ausência de uma verdadeira política de recursos humanos**, nomeadamente na criação de mecanismos céleres de colocação dos jovens médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar.

II. O QUE DEVERÁ ACONTECER?

Como se pode constatar estamos ainda longe de ver garantida a transformação qualitativa dos CSP. De facto não basta pôr sobre o terreno mais USF e outras novas unidades funcionais. É necessário, concomitantemente, assegurar que os processos de apoio, contratualização, validação de indicadores e sistemas de informação que os suportam, evoluam de forma compatível com as exigências crescentes da reforma.

Não é suficiente implementar formalmente ACES, na sequência da suposta desactivação das Sub-Regiões de Saúde. É indispensável que este processo decisivo corresponda, em termos bem identificáveis, à substituição do modelo de comando-controle por uma rede participada e inovadora fundada na contratualização. E, depois, pilotar os processos de descentralização que tornem os ACES mais autónomos e competentes na gestão dos seus recursos, que os habilitem com apoios efectivos à gestão, facilitando interacções úteis entre as várias unidades funcionais.

No início de um novo ciclo político, a nova equipa ministerial tem que saber mostrar-se à altura do seu compromisso com a Troika e da importantíssima responsabilidade que lhe está atribuída, criando condições para ser implementada a medida 3.70. “aumento do número das USF contratualizadas com Administrações Regionais de Saúde, continuando a recorrer a uma combinação de pagamento de salários e de pagamentos baseados no desempenho”.



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Para tal, importa que sejam dadas respostas inadiáveis às seguintes medidas de política:

1. Criação de um **novo dispositivo de liderança**, apoio e condução da reforma e da construção dos ACES, capacitado do ponto de vista operacional, mas também autónomo da administração tradicional, de forma a garantir-se a transparência da evolução da reforma e a criação das devidas condições para que os ACES possam assumir uma verdadeira autonomia contratualizada.
2. Garantir que a **integração e continuidade de cuidados** entre os diferentes níveis de prestação – hospitais e cuidados primários – sejam asseguradas por mecanismos efectivos que garantam a regulação, transparência e participação dos actores, no respeito pelas identidades, especificidades e missão de cada um.
3. Adequar as **políticas de recursos humanos e incentivo à escolha da especialidade de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública**, recusando a contratação de médicos indiferenciados e criando de incentivos capazes de atrair e fixar os médicos especialistas mais jovens onde são necessários, com uma célere colocação e remuneração digna.
4. Dotar as diferentes unidades funcionais dos ACES de **sistemas de informação e comunicação** adequados às suas necessidades, disponibilizando-se a banda larga em todos os ACES e a todos os seus níveis, com a generalização do **processo clínico único**. Em simultâneo há que implementar plataformas tecnológicas entre os CS e os Hospitais, interactivas, amigáveis e funcionantes que possibilitem o agendamento *on-line* de marcação de consultas hospitalares e acesso à informação clínicas dos doentes comuns.
5. Aprofundar as funções de **apoio** e de **contratualização**, efectivamente autonomizadas (*split purchaser-provider*), embora concorrendo para um mesmo fim – inovação, eficiência e efectividade, e consequente melhoria do desempenho.
6. Compreender em toda a sua dimensão a importância de se criarem condições para desenvolver o conceito e os métodos da **governança clínica e de saúde**, combinando processos de melhoria contínua da qualidade com as estratégias regionais de saúde, orientadas para resultados e ganhos de bem-estar de grupos e populações.
7. Cada Centro de Saúde e as suas unidades funcionais, devem estar dotadas com as condições instrumentais e de recursos humanos adequados ao local e às necessidades de saúde, nomeadamente o recurso progressivo à telemedicina e o apetrechamento em exames auxiliares de diagnóstico e de tratamento onde tal se revele indispensável.
8. Estudar a possibilidade de à semelhança do que acontece nas USF de modelo B, aumentar voluntariamente as listas de utentes por médico de família, nas USF modelo A e nas UCSP, até ao equivalente a 1800 utentes, criando-se 3 escalões de compensação remuneratória.
9. Alteração da legislação relativa à Saúde Pública e às Autoridades de Saúde, nomeadamente os DL nº81 e nº82/2009, devolvendo-lhe os instrumentos adequados para a intervenção comunitária e ambiental de que o país carece.



FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

A **FNAM**, para além de lutar por estas medidas, manifesta-se completamente disponível para dar o seu contributo, ajudando a desenvolver a Reforma dos CSP e a eficiência do SNS.

Para tal é necessário, uma vez mais, envolver e motivar a generalidade dos médicos de família e de saúde pública, bem como os restantes profissionais de saúde, sem lugar a cedências ou recuos perante resistências instaladas, ausência de liderança ou incapacidade política que se venham a manifestar.

Coimbra, 16 de Setembro de 2011

A Comissão Executiva da FNAM