



A importância dos ACeS na reforma dos cuidados de saúde primários: estudo de caso do ACeS de Gondomar

Aníbal Rui dos Santos Magalhães

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico do Porto – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por Professora Doutora Brígida Mónica Teixeira de Faria

Porto, 06 de julho de 2015



A importância dos ACeS na reforma dos cuidados de saúde primários: estudo de caso do ACeS de Gondomar

Aníbal Rui dos Santos Magalhães

Orientadores: Professora Doutora Brígida Mónica Teixeira de Faria
Dra. Helena Nunes

Porto, 06 de julho de 2015

Resumo

A síntese aqui apresentada revela-nos o Sistema Nacional de Saúde numa das suas componentes principais para o cidadão, resultante da última reforma iniciada em 2005 relativa aos Cuidados de Saúde Primários com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e posteriormente dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), que foi o caso estudado. Contudo damos-nos conta que não se trata apenas de saúde, mas de um conjunto abrangente de premissas que nos irão ajudar a compreender o que está subjacente a este modelo de saúde, tendo em conta o período tão conturbado com que a União Europeia e Portugal, em particular, se está a confrontar. Assim sendo, este é sem dúvida um tema que merece toda a atenção por que estão envolvidos cidadãos/utentes e algo tão precioso como Saúde, não apenas no que significa em termos de custos, mas sobretudo em termos de capacidade para o exercício de uma cidadania com qualidade, eficácia e eficiência.

Algumas das determinantes na saúde passam por fatores externos, como a conjuntura da União Económica e Monetária na Europa, os mercados financeiros, os preços dos medicamentos, entre outros. Ao nível Interno o ambiente sociopolítico, o comércio externo e interno, bem como as contas públicas com respeito à saúde, as opções políticas, os recursos disponíveis, a continuidade das reformas, a tecnologia e a demografia, além de toda a problemática no mercado interno e suas repercussões no Orçamento de Estado.

Por fim, constata-se que os Agrupamentos de Centros de Saúde, bem como as USF foram criados também com vista à redução da despesa pública, uma vez que sendo compostas por equipas multidisciplinares visando a prossecução de objetivos definidos no contrato programa, a remuneração é variável e conseqüentemente, o custo final advém mais reduzido. A agregação de recursos e estruturas de gestão, eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais, concorrem para o mesmo objetivo.

Em termos gerais, pode-se concluir que os ACeS conduziram a uma melhoria substancial em termos de prestação de Cuidados de Saúde, os utentes são sempre consultados, mesmo na eventualidade do seu médico assistente não se encontrar e os serviços apresentam-se totalmente informatizados. Com a criação das USF assiste-se a um aumento da proximidade por parte da prestação dos cuidados de saúde, para além de terem tido um papel de contágio e dinamizador no aumento e melhoria em como os cuidados são prestados.

Palavras-Chave: Agrupamentos de Centros de Saúde; Reforma dos cuidados de saúde primários; Reorganização; Despesa pública de saúde; sustentabilidade

Resumen

La síntesis que se presenta aquí se revela el Sistema Nacional de Salud una de sus principales componentes para el ciudadano, Renovación resultante se inició en 2005 sobre Atención Primaria de Salud, con la creación de las Unidades de Salud de la Familia (USF) y más tarde de Agrupaciones Centros de Salud (ACE), que era el caso estudiado. Sin embargo nos dá cuenta que no es sólo la salud, sino toda una serie de suposiciones que nos ayudarán a entender lo que está detrás de este modelo de salud, teniendo en cuenta el período tan preocupado con la Unión Europea y Portugal especialmente si tiene que enfrentar. Por lo tanto, este es sin duda un tema que merece atención por los ciudadanos involucrados / usuarios y algo básico para cada una de ellas - Salud - no sólo lo que significa en términos de costo, pero sobre todo en términos de la capacidad de ejercicio de la ciudadanía con calidad, eficacia y eficiencia.

Algunos determinantes del gasto en salud por factores externos tales como el contexto de la Unión Económica y Monetaria en Europa, los mercados financieros, los precios de los medicamentos, etc Nivel interno con el entorno socio-político, el comercio exterior e interior, así como las cuentas públicas con respecto a la salud, las opciones de política, los recursos disponibles, la continuidad de las reformas, la tecnología y la demografía, así como todo los problemas en el mercado interior y su impacto en el presupuesto estatal.

Por último, se muestra que la agrupación de centros de salud, así como también se crearon USF para reducir el gasto público, ya que está compuesto por equipos multidisciplinarios destinados a la consecución de los objetivos definidos en el contrato programa, la compensación es variable y por lo tanto el coste final viene inferior. La puesta en común de los recursos y estructuras de gestión, eliminando las competiciones estructurales, la obtención de economías de escala y permitiendo estrategias regionales, competir con el mismo propósito.

Pero en términos generales, se puede concluir que el ACeS condujo a una mejora sustancial en términos de proporcionar asistencia sanitaria, los usuarios siempre se consulta, incluso en el caso de que su médico no lo encuentra, los servicios se presentan totalmente informatizado. Con la creación de USF siendo testigos de una creciente proximidad por la prestación de servicios de salud, además de haber desempeñado un papel de contagio y promotor para aumentar y mejorar la forma en que se presta la asistencia.

Palabras claves: Centros de Salud Agrupaciones; La reforma de la atención primaria de la salud; Reorganización; Gasto público en salud; sostenibilidad

Abstract

The synthesis presented here reveals the National Health System one of its major components for the citizen, resulting Renovation began in 2005 on Primary Health Care with the creation of Family Health Units (USF) and later of Groupings Health Centers (ACEs), which was the case studied. However we realize that it is not only health, but a whole set of assumptions that will help us understand what is behind this model of health, taking into account the period so troubled with the European Union and Portugal particularly if you have to confront. Therefore, this is certainly a topic that deserves attention by those involved citizens / users and something basic to each of these - Health - not just what it means in terms of cost, but especially in terms of exercise capacity of citizenship with quality, effectiveness and efficiency.

Some determinants of health spend by external factors such as context of Economic and Monetary Union in Europe, financial markets, the prices of medicines, etc. Internal level to the socio-political environment, the external and internal trade, as well as the public accounts with respect to health, policy options, available resources, continuity of reforms, technology and demographics, as well as all the problems in the internal market and its impact on the state budget.

Finally, it is shown that the grouping of Health Centers as well as USF were also created to reduce public expenditure, since being composed of multidisciplinary teams aiming at the achievement of objectives defined in the contract program, the compensation is variable and hence the final cost comes lower. The pooling of resources and management structures, eliminating structural competitions, obtaining economies of scale and enabling regional strategies, compete for the same purpose.

But in general terms, it can be concluded that the ACeS led to a substantial improvement in terms of providing Healthcare, users are always consulted, even in the event of your doctor does not find it, the services are presented fully computerized. With the creation of USF are witnessing an increasing proximity by the provision of health care, as well as having played a role of contagion and promoter for increasing and improving how care is delivered.

Keywords: Groupings Health Centers; Reform of primary health care; reorganization; Public health expenditure; sustainability

Às mulheres da minha vida

Este Trabalho é dedicado às Mulheres da minha vida - à Maria Eugénia e à nossa Filha Beatriz - a que junto, ainda, o imenso e incondicional amor da terceira - a Minha Mãe.

Agradecimentos

Queria, em primeiro lugar, agradecer à Professora Doutora Brígida Mónica Faria, pela disponibilidade, apoio e pela orientação durante este trabalho.

Gostaria de agradecer à Dra. Helena Nunes, Coordenadora da UAG e ao Dr. Carlos Nunes, Diretor Executivo do ACeS de Gondomar, por me ter possibilitado o estudo sobre esta instituição.

Um agradecimento especial aos meus familiares e amigos pela paciência, pela confiança, por acreditarem em mim e pela força que me transmitiram durante a elaboração deste trabalho.

E por último, um agradecimento especial à minha esposa que me acompanhou durante este percurso e sempre me apoiou e incentivou.

Acrónimos

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de saúde primários
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MGF - Medicina Geral e Familiar
NPM – New Public Management
OMS – Organização Mundial de Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SRS – Sub-região de Saúde
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
UP - Unidades ponderadas
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF - Unidade Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – World Health Organization

Índice

.....	i
Resumo	vii
Resumen	ix
Abstract	xi
Agradecimentos.....	xv
Abreviaturas e Acrónimos	xvii
Índice	xix
Figuras.....	xxiii
Tabelas.....	xxiv
Introdução.....	1
Objetivos/Questão Principal	1
Questões Complementares.....	1
Relevância desta problemática	1
Capítulo I	3
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. Três Gerações de Cuidados de Saúde Primários.....	5
1.1 Experiências de Gestão em CSP: Projetos Alfa, Regime Remuneratório Experimental e Projeto Tubo de Ensaio	6
1.2 A criação das Unidades de Saúde Familiar	8
1.3 A reforma dos Cuidados de Saúde Primários.....	14
1.4 Contexto Socio-económico da reforma dos Cuidados de Saúde Primários	20
1.5 A Aplicação do Novo Modelo de Gestão da Administração Pública ao Sector da Saúde.....	21
1.6 A Introdução da Contratualização no Sector Público e no Sector da Saúde	22
1.7 A contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	24
1.8 Os incentivos financeiros	25
1.9 Conclusões.....	26
Capítulo II	27
A ENTIDADE: ACES DE GONDOMAR	27
2. ACeS de Gondomar	29
2.1 Apresentação do ACeS	30
2.2 Missão, Visão e Valores	31
2.3 Caracterização Geral do ACeS	31

2.3.1	População e Território	31
2.3.2	Principais problemas de saúde	33
2.3.3	População inscrita no ACeS.....	33
2.3.4	Órgãos de Governação do ACeS.....	34
2.3.4.1	Conselho da Comunidade	34
2.3.4.2	Conselho Clínico	34
2.3.4.3	Conselho de Coordenadores	35
2.3.4.4	Assembleia dos Conselhos Técnicos.....	35
2.3.5	Unidades de Apoio	35
2.3.5.1	Unidade de Apoio à Gestão	35
2.3.5.2	Gabinete do Cidadão.....	35
2.3.6	Unidades Funcionais	36
2.3.7	Recursos Humanos	37
2.4	Estrutura Organizacional.....	37
2.5	Conclusões.....	38
Capítulo III		39
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO.....		39
3.	Atividades Desenvolvidas	41
3.1	Acolhimento no ACeS	41
3.2	Descrição de objetivos e atividades desenvolvidas	41
3.2.1	Objetivos.....	41
3.2.2	Caracterização das atividades desenvolvidas	42
3.2.2.1	Participação em reuniões de equipa UAG	43
3.2.2.2	Participação em reuniões da contratualização	44
3.2.2.3	Colaboração na elaboração do plano de desempenho	46
3.2.2.4	Monitorizar e produzir informação de gestão sobre os consumos	47
3.2.2.5	Monitorizar e produzir informação de gestão sobre os indicadores	49
3.2.2.6	Participação em projetos.....	50
3.2.2.7	Monitorizar e disponibilizar informação sobre resíduos	51
3.3	Sistemas de Informação.....	53
3.4	Conclusões.....	53
Capítulo IV.....		55
CONCLUSÕES E PERSPETIVA DE TRABALHO FUTURO		55
Conclusões e Trabalho Futuro		57
Conclusões relativas à questão principal.....		58
Conclusões relativas às questões complementares		59

Perspetiva de trabalho futuro	60
Referências Bibliográficas.....	61

Figuras

Figura 1 – Organização tradicional dos CSP	9
Figura 2 – Novo modelo organizacional dos CSP	10
Figura 3 – Comparação entre o antigo e o novo modelo organizacional dos CSP	11
Figura 4 – Curva do processo de evolução dos Cuidados de Saúde Primários	16
Figura 5 – Evolução do Nº de USF por Região	17
Figura 6 – Evolução do Nº de USF na Região Norte	17
Figura 7 - Evolução da População inscrita em USF	17
Figura 8 – Ganho potencial	17
Figura 9 – Taxa de utilização de consultas Médicas	18
Figura 10 - Taxa de visitas domiciliárias de Enfermagem	18
Figura 11 - Taxa de visitas domiciliárias Médicas	18
Figura 12 - Custo médio com medicamentos Faturados (PVP) SNS por utente	19
Figura 13 - Custo médio com MCDT Faturados (PVP) SNS por utente	19
Figura 14 - Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre	19
Figura 15 - Percentagem de diabéticos c/Min. 3 HbA1C registadas nos últimos 12 meses	19
Figura 16 - Logótipo do ACeS de Gondomar	29
Figura 17 - Estrutura orgânica de um ACeS	30
Figura 18 - Adaptado, freguesias abrangidas pelo ACeS de Gondomar	32
Figura 19 - Instalações do ACeS de Gondomar	33
Figura 20 - Unidades de Saúde USF	33
Figura 21 - Gráfico dos intervalos e metas da contratualização (indicador proporção hipertensos)	45
Figura 22 - Gráfico de Pareto, análise ABC aos consumos	48
Figura 23 – Análise aos consumos por quantidades consumidas	49
Figura 24 - Gráfico da evolução dos consumos de energia do edifício de Rio Tinto	50
Figura 25 - Estatística sobre as chamadas atendidas e não atendidas por unidade	51
Figura 26 - Gráfico comparativo das quantidades de resíduos produzidos por unidade	52
Figura 27 - Gráfico com a evolução das quantidades de resíduos produzidos por grupo de resíduos	52

Tabelas

Tabela 1 – Evolução da conceção de Centro de Saúde na reforma dos Cuidados de Saúde Primários	12
Tabela 2 – Quadro Geral Nacional de candidaturas a USF por anos (2006-2012).....	16
Tabela 3 - USF por modelo	31
Tabela 4 - Principais problemas de saúde no Concelho de Gondomar identificados pelos profissionais e pela comunidade	33
Tabela 5 - Número de utentes inscritos com e sem médico de família no ACeS de Gondomar	34
Tabela 6 - Evolução temporal do número de unidades do ACeS de Gondomar.....	36
Tabela 7 - Data de criação/alteração de modelo das USF do ACeS de Gondomar	36
Tabela 8 - Data início das UCC do ACeS de Gondomar	37
Tabela 9 - Mapa do pessoal por grupo profissional	37
Tabela 10 - Atividades desenvolvidas no Estágio no ACeS	42
Tabela 11 – Custos dos domicílios, por unidade funcional.....	44
Tabela 12 - Análise prospetiva das rúbricas orçamentais	47
Tabela 13 - Análise ABC dos consumos por tipo de material.....	48

Introdução

A realização de um estágio corresponde à etapa da formação académica em que o aluno se permite colocar à prova, num contexto profissional, o conhecimento teórico-prático adquirido no curso. O presente relatório reflete o estágio curricular que decorreu no ACeS de Gondomar, de 16 de janeiro a 31 de agosto de 2014, num total de 500 horas, expondo o trabalho desenvolvido durante esse período e o enquadramento que os conhecimentos adquiridos asseguraram. Este Projeto insere-se nos trabalhos conducentes à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto.

A melhoria da saúde sempre foi considerada um objetivo último de qualquer sistema de saúde, tendo um papel extremamente relevante para o desenvolvimento económico de um país ou de uma região. Visando a descrição das atividades realizadas, o presente relatório pretende assegurar uma viagem pela gestão das unidades de prestação de cuidados de saúde, em particular nos Agrupamentos de Centros de Saúde. Para tal, estudou-se a temática da gestão nestas organizações e práticas associadas, num contexto de mudança com impacto em várias dimensões.

Objetivos/Questão Principal

Os objetivos do presente Relatório residem no estudo e investigação da natureza e condições de funcionamento dos ACeS, a importância destas estruturas na reforma dos CSP, em particular do ACeS de Gondomar.

Assim, a questão fundamental da investigação é: O que são os Agrupamentos de Centros de Saúde, qual o seu impacto socioeconómico e o seu papel na reforma dos Cuidados de Saúde Primários?

Questões Complementares

Para além da questão principal de investigação outras questões surgiram e foram estudadas no âmbito do estágio efetuado:

- A criação dos ACeS é sinónima de maior qualidade na prestação de Cuidados de Saúde Primários?
- A criação dos ACeS é sinónima de maior satisfação dos profissionais de saúde?

Relevância desta problemática

A escolha do tema é relevante devido às suas características atuais, a dimensão que tem no aspeto Económico e Social, tendo em conta que no ano de 2012 as despesas com o Ministério da Saúde foram de 8.859,1 milhões de euros, correspondendo a um défice de 275,2 milhões de euros (Síntese de Execução Orçamental, 2012, Janeiro 2012, pp. 21).

Presentemente vive-se num clima de grandes alterações onde surgem constantemente novos conceitos no âmbito da gestão e administração, entre os quais ressaltam temas como competitividade, qualidade, estratégia, sistemas de informação, globalização, entre outros, que mostram novas formas de encarar a sociedade.

A modernização da administração pública e a avaliação do desempenho do gestor público têm vindo a assumir importância crescente face ao novo paradigma da gestão pública, o *new public management* (NPM)¹. Este paradigma pressupõe que o mercado constitui o meio mais eficaz de afetar os recursos escassos à economia, prossegue objetivos de gestão assentes em critérios de economia, eficiência e eficácia e é suportado por mecanismos que devem permitir, designadamente, assegurar o desempenho, o controlo e a responsabilidade, ou seja, a *accountability* da gestão pública – aspeto essencial numa envolvente com acentuadas restrições orçamentais e metas exigentes de diminuição do défice público.

Para fazer face aos objetivos propostos, o presente relatório está dividido em quatro capítulos. O primeiro tem como finalidade apresentar um enquadramento teórico, através de uma breve caracterização das três gerações dos cuidados de saúde primários, de uma descrição dos projetos experimentais que deram origem à terceira geração dos cuidados de saúde primários, o contexto socioeconómico da reforma dos CSP, bem como dos novos métodos de gestão aplicados. No segundo capítulo apresenta-se a entidade onde foi realizado o estágio através da descrição do seu enquadramento jurídico, da sua evolução histórica e da sua estrutura organizacional. No terceiro capítulo descrevem-se as atividades desenvolvidas ao longo do estágio e procede-se à análise crítica das mesmas. Esta descrição tenta trazer, sob um olhar crítico, exemplos de práticas de gestão. Por fim, no quarto capítulo procuram-se sumariar as principais conclusões e suas implicações para a gestão de organizações de prestação de cuidados de saúde, deixando em aberto sugestões de trabalhos a desenvolver no futuro.

¹ Movimento que foi iniciado em meados dos anos 70 do século passado no seio dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE).

Capítulo I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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).

Atualmente, 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., 2008).

Em Linhas de Ação 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) (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”.

1. Três Gerações de Cuidados de Saúde Primários

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 n.º 35311 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 proteção 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 iniquidades de acesso evidentes, pois destinavam-se essencialmente a trabalhadores do comércio e indústria (Barbosa, 2010).

Os CS foram criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro, Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, como infraestrutura 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 & 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 & Ramos, 2001). A sua missão encontrava-se na esfera do que se entendia por saúde pública. A sua atuação estava ligada à prevenção de doenças infectocontagiosas, à implementação de programas de vacinação, à vigilância da grávida e da criança, à saúde escolar e a atividades 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. 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 (Branco & Ramos, 2001). O SNS, criado em 1979, defendia o direito à proteção da saúde. Seria nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso devia ser garantido pelo Estado (Barbosa, 2010).

Em 1983, o Despacho Normativo n.º 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 (Branco & Ramos, 2001). 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 & 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.

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

1.1 Experiências de Gestão em CSP: Projetos Alfa, Regime Remuneratório Experimental e Projeto Tubo de Ensaio

Num contexto de grande insatisfação dos profissionais dos CSP surgem, nos anos 90, alguns projetos experimentais de gestão e organização de CS: o Projeto Alfa, o Regime Remuneratório Experimental e o Projeto Tubo de Ensaio.

O **Projeto Alfa**, 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 objetivos (Branco & Ramos, 2001).

O **Regime Remuneratório Especial**, criado pelo Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio, na sequência do Projeto 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 (Branco & Ramos, 2001). 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, refletindo assim as diferentes necessidades assistenciais de cada faixa etária. A remuneração era composta por uma porção individual e outra coletiva. 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 coletiva 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 atividades específicas, como o acompanhamento de grávidas, crianças no primeiro ano de vida e mulheres em idade fértil (Branco & Ramos, 2001). 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 (Branco & Ramos, 2001).

O **Projeto Tubo de Ensaio** teve início 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 projetos 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, Malheiro, & Pinto, 2002). A ARS Norte financiava o projeto 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 projeto. Em 2002, o novo protocolo estabeleceu uma capitação anual por utente inscrito de 120,95€, paga em duodécimos, 10,08€ (estes valores foram atualizados, 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 & Pinto, 2005).

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 acrescidas 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 & Pinto, 2005). Os utentes do CS São João, inquiridos sobre os cuidados prestados naquele CS mostram-se globalmente satisfeitos (Hespanhol & Pinto, 2005), (Hespanhol, Ribeiro, & Costa-Pereira, 2005). 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 projetos experimentais foram inspiradores para a “reinvenção dos CSP” (Biscaia, 2006), que se estabeleceu com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF).

1.2 A criação das Unidades de Saúde Familiar

Em 1999, é publicado o Decreto-Lei n.º 157/99 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 perspetiva multidisciplinar e de forma efetiva 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 respetivo 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-assistencial, 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 n.º 60/2003 de 1 de Abril, que cria a Rede de CSP. Este diploma foi, no entanto, revogado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005 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 n.º 157/99 de 10 de Maio, que “consagra uma matriz organizativa com base em USF, embora em termos insuficientes”.

Em 2005, é criada na dependência direta do Ministério da Saúde a Missão para os CSP (MCSP) pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril. Este Grupo Técnico seria responsável

pela “condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF” (MCSP, 2006) com o objetivo de modernização dos CSP. 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).

Começou-se por descongelar a periferia, experimentando uma nova abordagem com os profissionais do terreno disponíveis para liderar um processo de mudança, que se foi progressivamente consolidando, dando lugar, só então, a um novo quadro normativo legal. Não se começou imaginando uma reforma, tornando-a aparentemente obrigatória através de uma nova lei, para depois procurar persuadir os atores sociais a ela aderirem (Figura 1 e Figura 2). Assim se estabeleceu, através da experiência, um novo modelo de prestação dos cuidados de saúde primários.

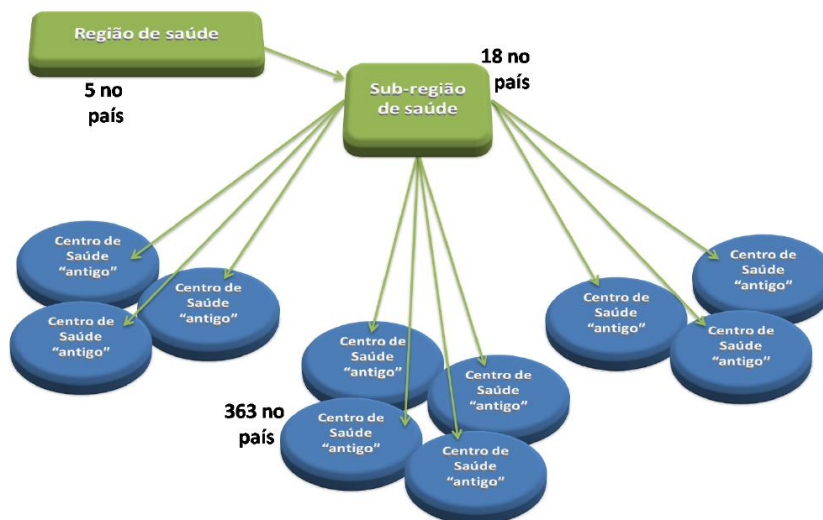


Figura 1 – Organização tradicional dos CSP

Fonte: Relatório do Grupo Consultivo para a reforma dos CSP, Acontecimento Extraordinário

A nova arquitetura organizacional dos CS, conforme está ilustrado na Figura 2, assenta em duas componentes complementares: as USF e os Agrupamentos de CS (ACES), que substituem as Sub-Regiões de Saúde (Figura 1 e Figura 2) (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.

Esta nova arquitetura organizacional dos centros de saúde assenta então numa reorganização com duas componentes complementares, mas de sentido oposto:

- Uma rede de pequenas equipas multiprofissionais, descentralizadas e autónomas, com carácter estrutural permanente, para fins de prestação de cuidados à pessoa e à família, e para assegurar intervenções na comunidade, no meio físico e social, através de programas e projetos com alcance populacional (Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Pública);
- Concentração de meios e de recursos escassos, de uso comum, e/ou onde é possível beneficiar de economias de escala, através dos Agrupamentos de Centros de Saúde, quer para fins de gestão organizacional, quer para harmonização e liderança técnico-científica (conselhos clínicos), quer para apoio ao funcionamento das unidades multiprofissionais descentralizadas.

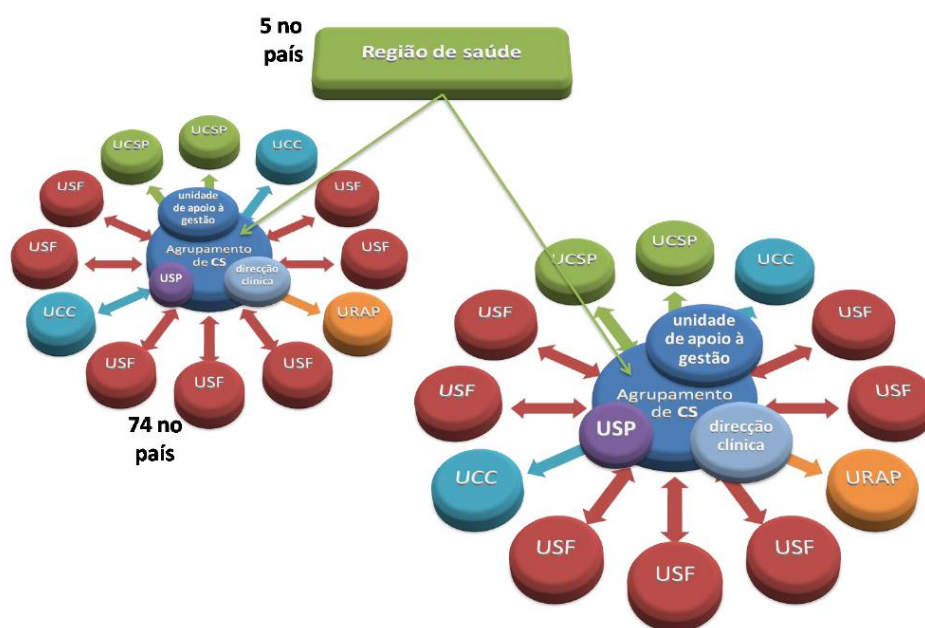


Figura 2 – Novo modelo organizacional dos CSP

Fonte: Relatório do Grupo Consultivo para a reforma dos CSP, Acontecimento Extraordinário

Esta nova organização dos Cuidados de Saúde Primários apresenta-se, mais complexa, mas melhor adaptada às necessidades das pessoas e às expectativas dos profissionais de saúde e próxima dos cidadãos.

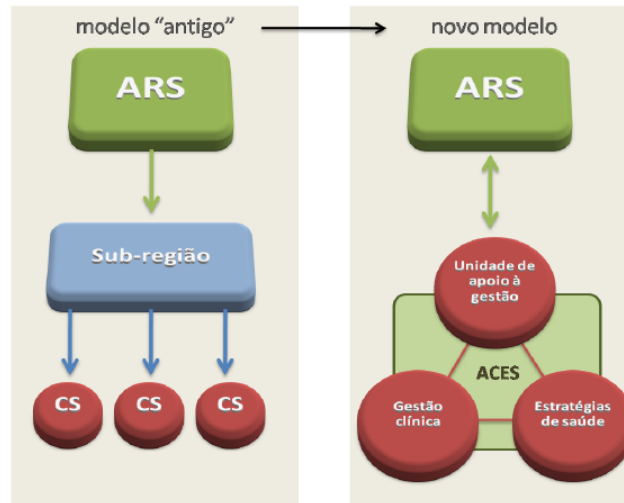


Figura 3 – Comparação entre o antigo e o novo modelo organizacional dos CSP

Fonte: Adaptado de Relatório do Grupo Consultivo para a reforma dos CSP, Acontecimento Extraordinário

As pequenas unidades funcionais autónomas, as USF e as restantes unidades, são os agentes ativos 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 & Ramos, 2001).

A criação dos ACES permite a agregação dos recursos e estruturas de gestão e a redução dos custos dotando os CSP de economias de escala, através da concentração de meios e de recursos escassos, de uso comum. 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, Figura 3. Este facto viabiliza estratégias regionais ao nível dos CSP, que devem responder às necessidades e expectativas das populações (Pisco, 2007).

Tabela 1 – Evolução da conceção de Centro de Saúde na reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Os “antigos” Centros de Saúde	Os “novos” ACeS
Sem autonomia	Com autonomia de gestão
Défice de administração e gestão	Com corporate governance e contratos-programa
Centrado na estrutura e nas profissões	Centrado no cidadão e orientado para os resultados
Sem hierarquia técnica	Com governança clínica e de saúde
Sistema de informação incipiente	Sistema Informação – instrumento indispensável
Atendimento pontual	Personalização do atendimento
Cadeia hierárquica vertical	Profissionais organizados em equipas funcionando em rede
Incapacidade para incorporar novas profissões e saberes e suas componentes tecnológicas	Incorporação de novas profissões e saberes e suas componentes tecnológicas (organização aprendente)
Medicalização	Cuidados integrados e racionais; “desiatrogenização”
Sem contratualização e sem incentivos	Contratualização e incentivos (institucionais e financeiros)

Fonte: Adaptado de J. Rodrigues/H. Botelho.

Na Tabela 1, podemos examinar as principais diferenças entre os novos Agrupamentos de Centros de Saúde e os Centros de Saúde anteriores com a organização tradicional.

O Despacho Normativo n.º 9/2006, 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 nº 9/2006, 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 projeto Regime Remuneratório Especial, as UP representam o utente. Nas USF, crianças até 6 anos são ponderadas pelo fator 1,5, adultos entre 65 e 74 anos pelo fator 3, adultos com 75 ou mais anos pelo fator 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 (Branco & Ramos, 2001).

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 objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, 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 “fatores conjunturais ou por opção”. O regime jurídico de organização, funcionamento e remuneração das USF é estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Este diploma consagra no n.º 1 do artigo 3, a existência de três modelos distintos de desenvolvimento: os modelos A, B e C. O Despacho n.º 24 101/2007, 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 respetivos incentivos institucionais (Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 Fevereiro).

O **modelo B** é adequado a profissionais com prática efetiva 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 n.º 9/2006, 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 n.º 9/2006, 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 n.º 9/2006, de 16 Fevereiro).

1.3 A reforma dos Cuidados de Saúde Primários

A reforma dos cuidados primários, iniciada em 2005, tinha o principal objetivo de reconfigurar os centros de saúde, promovendo assim a introdução de inovação no processo de mudança organizacional, através da implementação das USF, com vista à modernização dos cuidados, apostando na sua orientação para a comunidade, na flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação (MCSP, 2006).

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Dr. Luís Pisco – Coordenador Nacional da Missão para os Cuidados de Saúde Primários) foi preponderante no programa do XVIII Governo Constitucional, que encarou os Cuidados de Saúde Primários como sendo o pilar do sistema de saúde.

Os centros de saúde são a base institucional destes cuidados, de modo que é fundamental uma maior eficiência e acessibilidade com o objetivo de ir ao encontro das expectativas dos cidadãos mas também dos profissionais, pelo que, se o processo de reconfiguração dos centros de saúde for percorrido com sucesso, a qualidade e a acessibilidade para os cidadãos serão um facto e o futuro das profissões que trabalham nos cuidados de saúde primários, será certamente mais prometedor.

Os maiores desafios atualmente passam por envolver os que são céticos deste processo, para assegurar que a entrada de novas USF opera de uma forma harmoniosa providenciando serviços de maior qualidade que antes, pondo em prática a eficiência e por promover a satisfação por parte dos doentes e profissionais da saúde. Para otimizar a gestão, as USF devem abranger áreas com uma dimensão geodemográfica permitindo vigilância e gestão epidemiológica para a maioria dos fenómenos de saúde-doença, devem ser levados em linha de conta fatores como, a densidade populacional, o índice de dependência de idosos e a acessibilidade geográfica ao hospital de apoio. Mais concretamente em 2005, existiu uma reorganização composta por equipas multi-profissionais, que se baseiam fundamentalmente no trabalho em equipa, são compostas em cinco equipas distintas de acordo com as necessidades e problemas em matéria de saúde que estas equipas têm de dar resposta, sendo estas:

1. Rede descentralizada de equipas (equipas multi-profissionais)
 - Cuidados à pessoa e à família – compostas por unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
 - Cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade – unidades de cuidados na comunidade (UCC);
 - Intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional – unidades de saúde pública (USP).
2. Concentração de recursos e partilha de serviços
 - Equipa multi-profissional, unidade de recursos assistenciais partilhados, (URAP) que pretende assegurar, dar apoio em várias vertentes e rentabilizar as unidades

funcionais e os projetos de saúde comuns às várias unidades e ao ACES (agrupamentos de centro de saúde).

3. Descentralização da gestão para o nível local

- Constituição dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), constituído por diretores e conselhos executivos, que visa uma melhor gestão dos recursos locais
- (UAG – unidades de apoio à gestão), de forma a obter economias de escala com a introdução dos centros de saúde.

4. Governação clínica e de saúde

- Através do conselho clínico de cada ACES, são desenvolvidos sistemas piloto técnico-científicos, que envolvem todos os profissionais e os respetivos técnicos das suas unidades.

5. Participação da comunidade

- Por meio dos gabinetes do cidadão, os conselhos da comunidade pretendem salientar e engrandecer a participação da comunidade.

As unidades funcionais dos centros de saúde complementam-se entre si, apresentando-se mais próximas, com maior qualidade e mais acessíveis aos cidadãos. Para existir uma gestão mais racional dos recursos (porque estes são escassos) e permitir escalas de governação epidemiológica, os centros de saúde estão agrupados em ACES (agrupamentos de centros de saúde), para que exista poder e responsabilidade de maneira a que quem está por dentro do assunto possa resolver e tomar as devidas decisões de forma mais célere e correta, em que as relações de comando burocrático dão lugar a relações de contratualidade para obtenção de resultados de saúde, existindo avaliações e consequências a todos os envolvidos.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários é um processo evolutivo de aprendizagem sistémica, daí ser fundamental a sua monitorização e acompanhamento nas várias frentes de trabalho. Segundo (Ferreira, Antunes, & Portugal, 2010), a reforma dos CSP em curso, consubstanciada inicialmente pela aplicação de novas medidas de gestão e pela criação das USF, foi possível graças a um feliz encontro de três determinantes fundamentais: a vontade dos profissionais e a sua aposta na mudança, a liderança profissional conduzida por um grupo de missão e, por fim, o constante apoio político por parte do Ministério da Saúde. A ausência de qualquer um destes pilares de desenvolvimento teria inviabilizado todo o processo.

Em relação às USF, que foram precursoras e, mais tarde, a face mais visível da reforma, o arranque ascendente ocorreu em 2006/2007, conforme nos mostra a Figura 4. Isto, após o Governo ter adotado as Linhas Orientadoras para a Reforma dos CSP. Em 2009-2010 foi iniciado o processo de transformação dos centros de saúde no seu todo através da constituição dos ACeS e dos seus órgãos de governação e de gestão. Tratou-se, então, de interferir com largas zonas de inércia e, até, de resistência à mudança. Nesta fase, a abertura das candidaturas a unidades de cuidados na

comunidade (UCC) veio reforçar a vertente dinâmica da iniciativa e energia transformadora dos profissionais. Ao longo de 2010 foram sendo constituídas as restantes unidades funcionais dos ACES, designadamente as UCSP, as USP e as URAP.

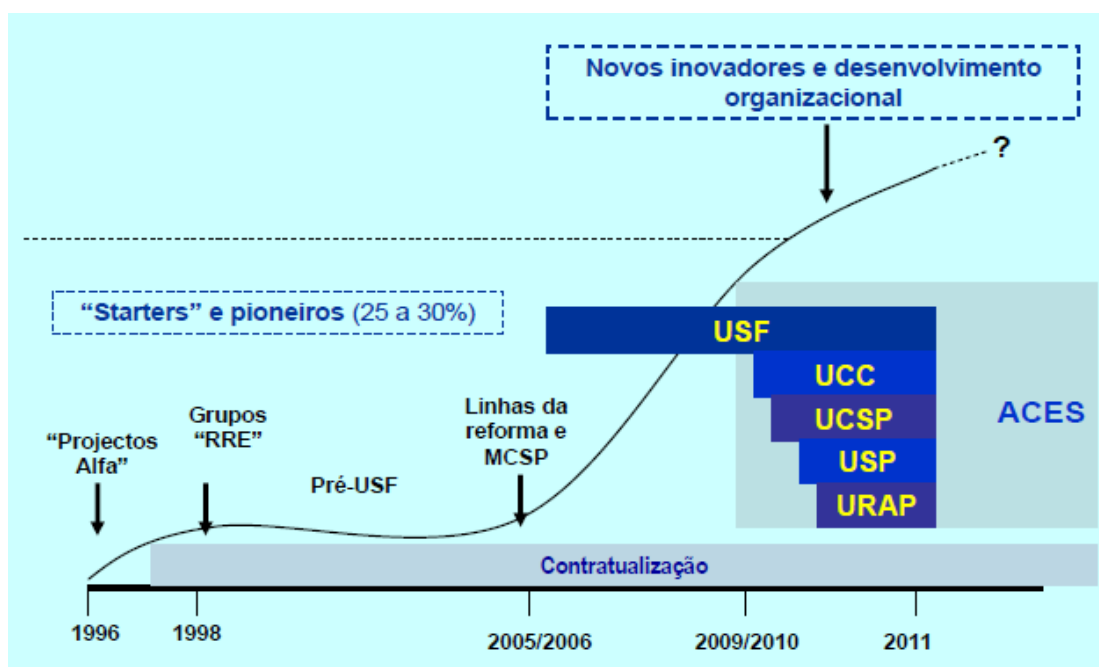


Figura 4 – Curva do processo de evolução dos Cuidados de Saúde Primários

Fonte: Relatório de progresso 2 dos CSP, Coordenação Estratégica

A Tabela 2 mostra a evolução do número de USF's desde 2006 até dezembro de 2012.

Tabela 2 – Quadro Geral Nacional de candidaturas a USF por anos (2006-2012)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Candidaturas entradas	131	88	49	125	59	51	49	552
Desistentes ou excluídas	23	24	14	13	17	15	5	111
Iniciaram atividade	43	61	56	71	48	44	35	358
USF Extintas					1	2	2	5
USF em atividade	43	61	56	71	47	42	33	353

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do Relatório Estatístico das Candidaturas a USF

Segundo este relatório estatístico, em dezembro de 2012 existiam 353 USF's em atividade num total de 552 candidaturas. Segundo informação da BIUSF² em abril de 2014, estão em atividade 396 USF, sendo que o número de USF na região Norte ascende a 206, Lisboa e Vale do Tejo 127, na região Centro 47, Alentejo 15 e Algarve 9. Com estes números facilmente percebemos que as USF se tornaram o centro dos cuidados de saúde em Portugal, funcionando, como um dos pilares do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Tendo por base o estudo (DCCSP, 2011) realizado em 2011 pelo Departamento de Contratualização dos Cuidados de Saúde Primários da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., com o título de "O Norte aposta nas USF – Evolução 2006-2010", conclui-se que a reforma dos CSP na Região Norte assume um papel de relevo, sendo a região do país com mais USF em atividade, como se pode observar nas Figuras 6, registando uma evolução ascendente entre 2006 e 2011, conforme Figura 7.

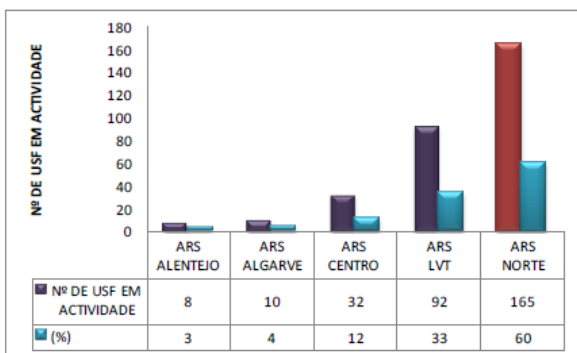


Figura 5 – Evolução do Nº de USF por Região

Fonte: DCCSP

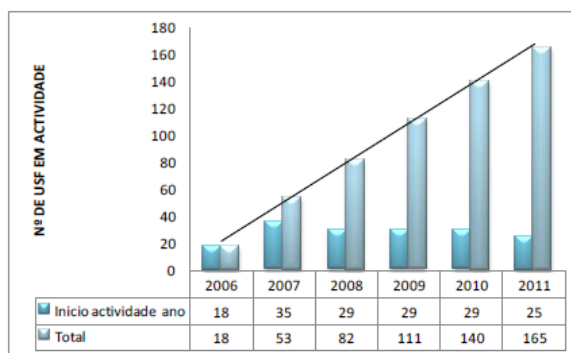


Figura 6 – Evolução do Nº de USF na Região Norte

Fonte: DCCSP

Na Figura 7 podemos observar a evolução da população inscrita em USF da região Norte entre 2006 e 2011 sendo notória uma evolução muito positiva, bem como o ganho potencial representado na Figura 8.

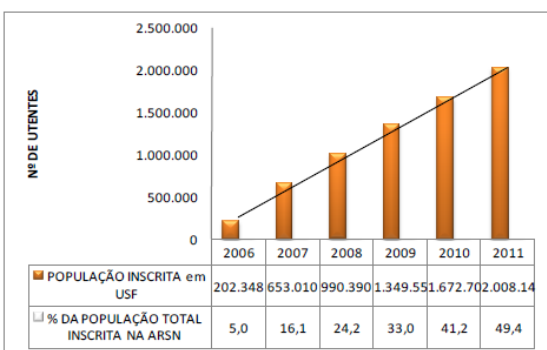


Figura 7 - Evolução da População inscrita em USF

Fonte: DCCSP

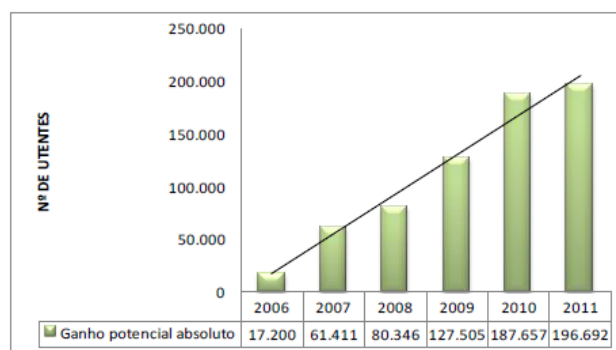


Figura 8 – Ganho potencial

Fonte: DCCSP

² BIUSF – Gestão do Conhecimento em Saúde/USF (<http://www.biusf.pt/Pages/HomePage.aspx>)

É evidente que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários está fortemente implantada na Região Norte, sendo a região do país com mais USF em atividade (quer em termos absolutos, quer em termos percentuais, quando comparado com a população residente avaliada pelos Censos 2011 ou inscrita nos ACES).

Acesso:

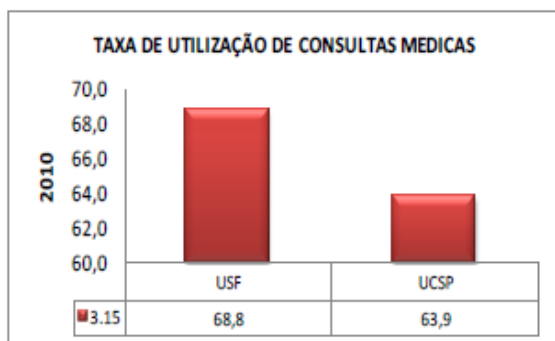


Figura 9 – Taxa de utilização de consultas Médicas

Fonte: DCCSP

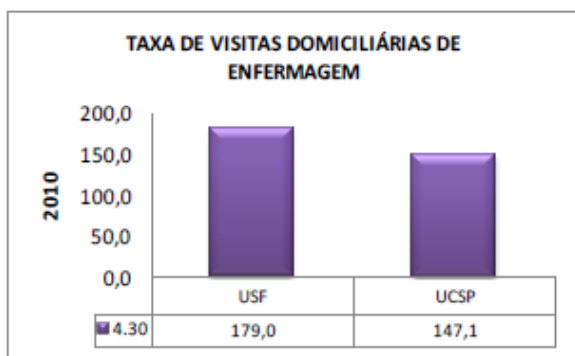


Figura 10 - Taxa de visitas domiciliárias de Enfermagem

Fonte: DCCSP

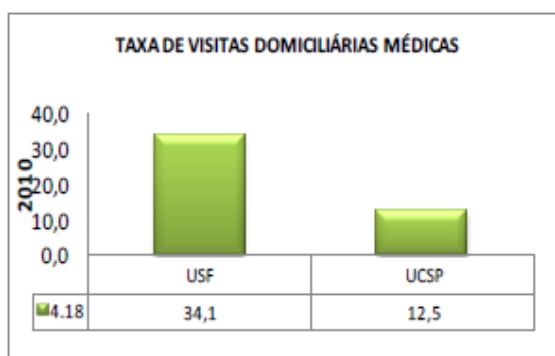


Figura 11 - Taxa de visitas domiciliárias Médicas

Fonte: DCCSP

Os dados apresentados permitem-nos concluir que a implementação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em particular na Região Norte, permitiu obter ganhos no acesso aos serviços quando comparamos os resultados obtidos pelas novas unidades (USF) com as unidades que mantêm uma organização tradicional dos anteriores Centros de Saúde (UCSP), como podemos observar na Figura 9 através da comparação da taxa de utilização de consultas médicas entre as USF

e as UCSP, assim como para a taxa de visitas domiciliárias de Enfermagem na Figura 10 e para a taxa de visitas domiciliárias Médicas na Figura 11.

Eficiência económica:

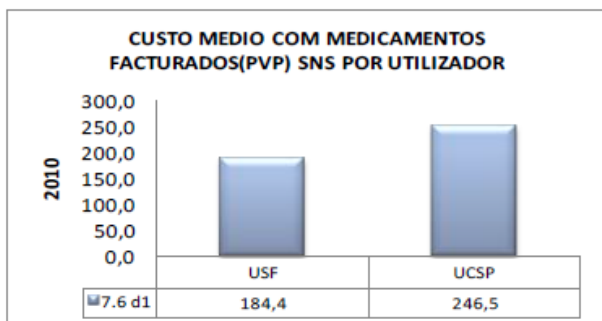


Figura 12 - Custo médio com medicamentos Faturados (PVP) SNS por utente

Fonte: DCCSP

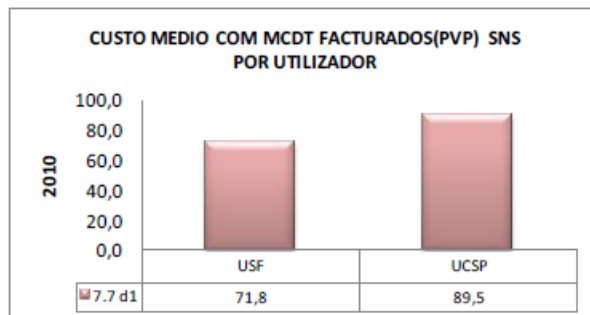


Figura 13 - Custo médio com MCDT Faturados (PVP) SNS por utente

Fonte: DCCSP

Uma vez mais, as USF revelam melhores resultados nos indicadores de eficiência económica do que o modelo convencional de organização dos CSP, aqui consideradas as UCSP. Na Figura 12 podemos observar a melhor performance das USF em relação às UCSP quando comparado o custo médio com medicamentos faturados (PVP) SNS por utente e na Figura 13 o custo médio com MCDT faturados (PVP) SNS por utente.

No mesmo estudo, as USF obtiveram também melhores resultados em todos os indicadores de desempenho assistencial.

Desempenho assistencial:

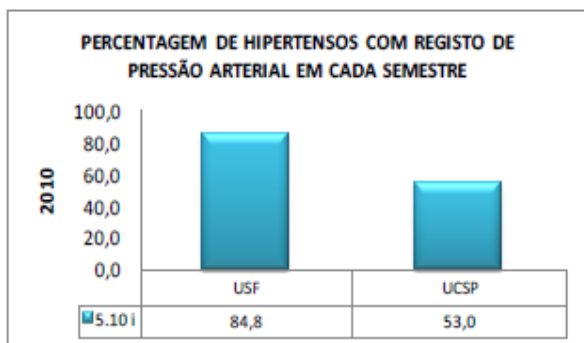


Figura 14 - Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre

Fonte: DCCSP

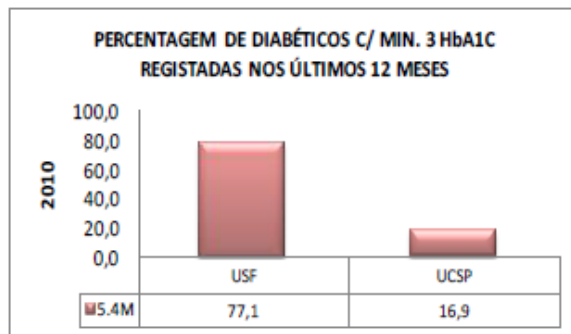


Figura 15 - Percentagem de diabéticos c/Min. 3 HbA1C registadas nos últimos 12 meses

Fonte: DCCSP

Tomando, apenas como exemplo, os indicadores constantes das Figuras 14 e 15, as USF revelam melhores resultados nos indicadores de desempenho assistencial do que o modelo convencional de organização dos CSP, as UCSP.

As USF conseguiram simultaneamente mais eficiência, acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos, numa palavra, mais qualidade.

1.4 Contexto Socio-económico da reforma dos Cuidados de Saúde Primários

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):

- A primeira dimensão, Keynesiana, em que o Estado tinha um papel ativo de intervenção na economia e emprego, em sectores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país (por exemplo, telecomunicações, eletricidade);
- 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;
- 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 (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 coletivos, 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 objetivos 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, 2009). Segundo (Escoval, 2003), o *New Public Management* implica:

- A responsabilização dos gestores públicos, *accountability*;
- A definição de padrões de avaliação do desempenho, introdução de sistemas de avaliação por mérito e sistemas de incentivos com base na produtividade;
- Disciplina na utilização dos recursos;
- 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 objetivos.

1.5 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. As sociedades aceitam a saúde como bem social e as políticas de proteção à saúde são adaptadas a esta perspetiva (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 fatores 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):

- Conhecimento perfeito por parte do consumidor;
- Escolha livre — um consumidor deve estar informado e ser capaz de decidir sozinho;
- 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 ativa destes;
- Concorrência livre entre prestadores garante a eficiência de afetação de recursos;
- Ausência de incerteza.

No mercado da saúde raramente o consumidor (o doente) é capaz de fazer escolhas informadas e delega no intermediário (médico) 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 revelando que 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 iniquidades 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 objetivo de assegurar os direitos legítimos dos cidadãos aos cuidados de saúde.

1.6 A Introdução da Contratualização no Sector Público e no Sector da Saúde

A introdução da contratualização reflete 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, Ribeiro, & Matos, 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 objetivos podem divergir dos objetivos do Principal. Compete a este, 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 efetiva 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 (Escoval et al., 2010).

A contratualização estabelece por negociação os objetivos, 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 correção no funcionamento dos sistemas de saúde e de contribuir para uma maior equidade (Escoval et al., 2010).

Para que os benefícios decorrentes do processo de contratualização sejam efetivos 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 objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. Estes processos devem privilegiar elementos que promovam ganhos efetivos em saúde e não apenas de produção de atos médicos (Matos, Ferreira, Lourenço, & Escoval, 2010). Assim, o desenvolvimento deste tipo de modelo contratual implica (Escoval, 2010):

- Implementação de sistemas de recompensas e penalizações a nível gestor de modo a introduzir uma verdadeira responsabilização pelo uso de recursos comuns;
- Promover ativamente a participação dos cidadãos no processo de contratualização;
- A contratualização deve ser assente em resultados e não apenas em aspetos 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, sendo 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).

1.7 A contratualização nos Cuidados de Saúde Primários 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 objetivos 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 (DCARS, 2010). As primeiras USF começaram a sua atividade em Setembro de 2006.

O primeiro ato de contratualização efetuou-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 atos. 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, 2010). 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 selecionados pelas USF. Em 2008, a Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril, veio regulamentar o processo de contratualização e de atribuição dos respetivos 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 selecionados 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 afeta e a produção estimada para cada atividade adicional.

1.8 Os incentivos financeiros

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. 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 seleção adversa de casos (Tomás & Moreira, 2010). A forma como se aplicam os incentivos financeiros é alvo de discussão e investigação.

O pagamento por *performance*, baseado em atividades realizadas pelos clínicos, resultando, portanto, do seu desempenho e esforço, visam aumentar a atividade 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 direcionados apenas para a redução dos custos, então existe o risco de diminuição da qualidade. A título de exemplo, um clínico pode direcionar a sua ação para as atividades cuja avaliação seja mais fácil e, por isso, melhor remunerada. A seleção adversa de casos é um dos riscos inerentes à aplicação de incentivos financeiros (Tomás & 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 as 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, Woodard, Urech, Daw, & Sookanan, 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 atuação 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 si 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 direcionar a aplicação de medidas ajustadas às necessidades das populações (Kazandjian, 2010).

1.9 Conclusões

Neste capítulo foi apresentado um enquadramento teórico e a evolução dos cuidados de saúde primários. Os principais objetivos da reforma dos cuidados de saúde primários foram: melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados e aumentar a satisfação dos profissionais e cidadãos. As principais características são a adesão voluntária, trabalho em equipa, existência obrigatória de sistema de informação, pagamento por desempenho, contratualização e avaliação. A reconfiguração dos centros de saúde obedeceu a um duplo movimento:

- Formação de pequenas unidades funcionais autónomas, as Unidades de Saúde Familiar (USF), prestando serviços com proximidade e qualidade;
- Agregação de recursos e estruturas de gestão, os Agrupamentos de Centros de Saúde visando a eficiência e economia de escala.

Em resumo, a reforma dos Cuidados de Saúde Primários começou em 1995, mas só em 2006 se materializou através do surgimento das primeiras candidaturas a USF. O processo de mudança passou pela: Constituição das USF, Criação dos ACeS, Introdução de novo modelo de gestão, Instituição de governação clínica e Reorganização dos serviços de suporte.

Capítulo II

A ENTIDADE: ACES DE GONDOMAR

2. ACeS de Gondomar

Entende-se por ACES as unidades de gestão, compostas por um ou mais Centros de Saúde, integrados nas ARS, I.P. (Institutos Públicos) ou em ULS, E.P.E. (Entidade Pública Empresarial), responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de CSP, bem como de coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários e outros níveis de cuidados (Pisco, 2007).

O Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar, através das suas unidades funcionais, desenvolve atividades de promoção da saúde, para prevenir doenças e para satisfazer as necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da população ao seu cuidado. Para isso gerem as competências dos seus profissionais organizados em unidades funcionais e garantem que os recursos são utilizados de forma rigorosa, racional, efetiva e eficiente. De igual modo, preocupa-se com as condições de trabalho, o bem-estar, a satisfação e a motivação dos profissionais, sem os quais não será possível garantir a qualidade dos cuidados e a satisfação dos utentes.

Os órgãos de governação do ACeS, Diretor Executivo e Conselho Clínico, têm uma exemplaridade técnica, moral e relacional que permite edificar uma cultura de compromisso e de responsabilidade a todos os níveis, na prossecução do interesse público e no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos.



ACES GONDOMAR

Figura 16 - Logótipo do ACeS de Gondomar

O logótipo do ACeS de Gondomar (Figura 16) sintetiza três conceitos chave: o coração em filigrana, como principal símbolo da identificação do concelho de Gondomar, diferenciando desta forma este ACeS de qualquer outro, conferindo-lhe a identidade do concelho em que se insere; o coração como órgão motor da vida humana, intimamente ligado aos cuidados de saúde; os vazios de diferentes formas e dimensões do coração, que por um lado ajudam a construir visualmente de uma forma abstrata a imagem do coração em filigrana, e ao mesmo tempo representam as diferentes Unidades de Saúde, que se unem através do ACeS, no sentido de oferecer aos cidadãos uma melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde primários. A cor de laranja, cor viva e forte, escolhida no sentido

de mostrar que este agrupamento é dinâmico e inovador. A abstração inerente ao desenho pretende conferir a ideia de modernidade ao ACeS.

2.1 Apresentação do ACeS

O ACeS Gondomar é um serviço público de saúde, com autonomia administrativa, mas sem autonomia financeira e patrimonial, constituído por unidades funcionais que têm como missão a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica.

O ACeS de Gondomar apresenta uma matriz organizacional e funcional assente em unidades funcionais com autonomia gestonária, constituídas por equipas multiprofissionais, funcionamento em rede e compromissos assistenciais contratualizados. O ACeS apresenta a estrutura orgânica demonstrada na Figura 17.

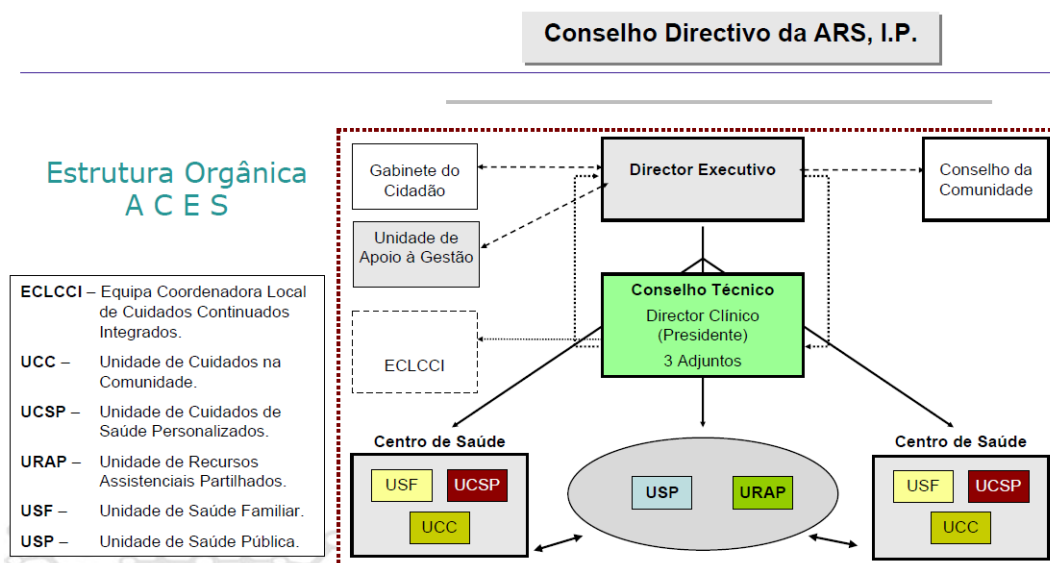


Figura 17 - Estrutura orgânica de um ACeS

Fonte: Adaptado de Luís Pisco, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008

O ACeS é constituído pelos seguintes tipos de unidades funcionais (UF): 13 Unidades de Saúde Familiar (USF), 2 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e pelas unidades de apoio, nomeadamente o (GC) Gabinete do Cidadão e a (UAG) Unidade de Apoio à Gestão. Das 13 USF, 7 são do Modelo B e 6 do Modelo A como pode ser analisado na Tabela 3:

Tabela 3 - USF por modelo

USF do Modelo A	USF do Modelo B
USF Amanhecer	USF Sete Caminhos
USF Beira Douro	USF Renascer
USF Valbom	USF Monte Crasto
USF S. Pedro da Cova	USF São Bento
USF Brás Oleiro	USF Santa Maria
USF Lusíada	USF Nascente
	USF Fânzeres

Fonte: Plano de Desempenho 2014 – ACES do Grande Porto II - Gondomar

2.2 Missão, Visão e Valores

Visão

Autonomia, interdisciplinaridade e a excelência na prestação de cuidados de saúde primários e na partilha do conhecimento.

Missão

Garantir cuidados de saúde primários com equidade, qualidade, proximidade e eficiência, interagindo com a comunidade de forma inovadora e proactiva, promovendo a qualidade de vida dos cidadãos de Gondomar.

Valores

Ética, rigor, criatividade, partilha, equidade.

2.3 Caracterização Geral do ACeS

2.3.1 População e Território

O concelho de Gondomar área de abrangência do ACES Grande Porto II – Gondomar é um dos 11 concelhos da NUT III Grande Porto, fazendo parte da grande Região Norte (NUT II). Tem uma área aproximada de 133,2Km² e 168.027 habitantes (Censos 2011). É limitado a norte pelos concelhos do Porto, Valongo, Maia, Paredes e Penafiel e a sul por Vila Nova de Gaia, St.^a Maria da Feira, Arouca e Castelo de Paiva. Enquadra-se na região do Douro Litoral, pertencendo ao Distrito do Porto e

situando-se na margem direita do Rio Douro, a leste da Cidade do Porto, sendo atravessado a norte pelos rios Ferreira e Sousa.

Gondomar pertence à Área Metropolitana do Porto, sendo o quarto maior concelho desta. Está atualmente subdividido em 12 freguesias (Figura 18): Baguim do Monte, Covelo, Fânzeres, Foz do Sousa, S. Cosme, Jovim, Lomba, Medas, Melres, Rio Tinto, S. Pedro da Cova e Valbom.

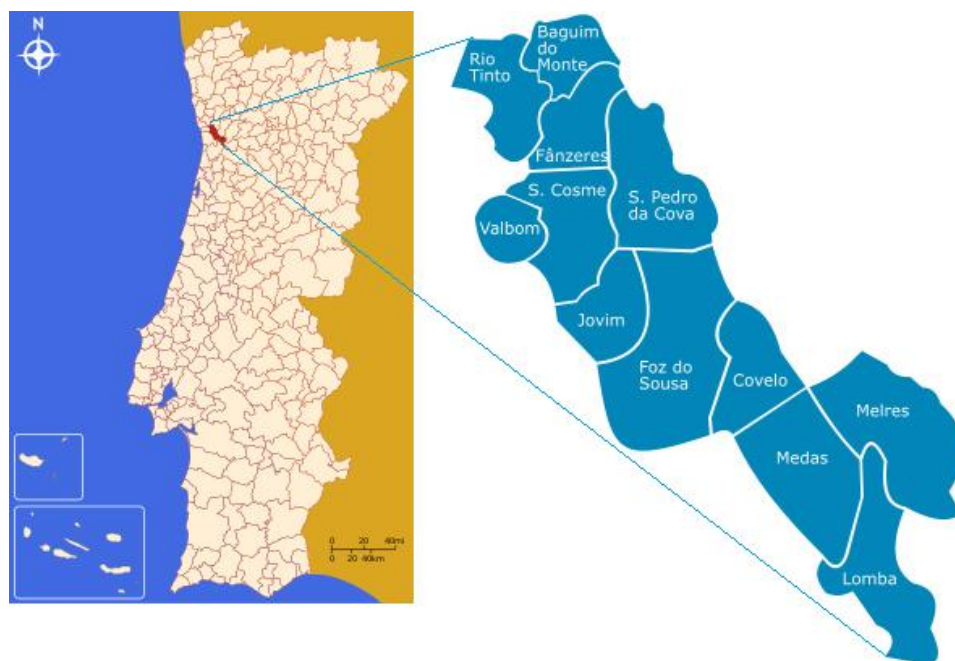


Figura 18 - Adaptado, freguesias abrangidas pelo ACeS de Gondomar

A densidade populacional média do concelho é de 1.261,5 hab/Km² mas com fortes assimetrias entre as diferentes freguesias – 110,7 hab/ Km² na freguesia de Lomba e 5.338,2 hab/ Km² na freguesia de Rio Tinto.

O ACeS de Gondomar funciona nas instalações do antigo Centro de Saúde de Rio Tinto (Figura 19 e Figura 20). Estas instalações são ainda partilhadas 3 USF, USF Nascente, USF São Bento e USF Santa Maria, por 2 UCC, UCC Inovar e UCC Coração Douro.



Figura 19 - Instalações do ACeS de Gondomar



Figura 20 - Unidades de Saúde USF

2.3.2 Principais problemas de saúde

Os principais problemas de saúde do ACES de Gondomar identificados pelos profissionais e pela comunidade aquando da elaboração do Plano Local de Saúde em 2011 estão listados no quadro seguinte:

Tabela 4 - Principais problemas de saúde no Concelho de Gondomar identificados pelos profissionais e pela comunidade

Principais problemas de saúde no Concelho de Gondomar
AVC
Diabetes
Doença Isquémica cardíaca
Tumor da traqueia, brônquios e pulmão
VIH/SIDA

Fonte: Plano de Desempenho 2014 – ACES do Grande Porto II - Gondomar

2.3.3 População inscrita no ACeS

A população inscrita nas unidades funcionais do ACES de Gondomar em 31 de dezembro de 2013 encontra-se coberta por médico de família (ver Tabela 3) e corresponde a um valor superior à população residente, segundo os CENSOS de 2011.

A freguesia da Lomba com 1.711 habitantes (INE: Censo de 2001) deixou de pertencer ao ACES de Gondomar em 1 de dezembro de 2009 (integrada no ACES de Gaia/Espinho), por questões geográficas, uma vez que é a única freguesia do Concelho de Gondomar localizada a sul do rio Douro, por outro lado a freguesia de Rio Mau com 1.485 habitantes (INE: Censo de 2011) do ACES Vale do Sousa Sul passou a integrar o ACES de Gondomar desde 30 de maio de 2011.

Na Tabela 5 é apresentada a evolução do número de utentes inscritos com e sem médico de família no ACeS de Gondomar entre 2010 e 2013, constatando-se que os utentes sem médico de família

foram reduzindo neste período, sendo que quase a totalidade da população em 2013 tem médico de família.

Tabela 5 - Número de utentes inscritos com e sem médico de família no ACeS de Gondomar

	Com Médico de Família	Sem Médico de Família	Sem Médico de Família por opção	População Total
31-12-2010	167.067	3.663	325	171.055
31-12-2011	173.667	372	244	174.283
31-12-2012	173.060	382	211	173.653
31-12-2013	167.409	124	72	167.605

Fonte: Plano de Desempenho 2014 – ACES do Grande Porto II - Gondomar

2.3.4 Órgãos de Governação do ACeS

O ACES de Gondomar é um serviço de saúde desconcentrado, integrado no Serviço Nacional de Saúde e sujeito ao poder e direção da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. dotado de autonomia administrativa é constituído por várias unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizados por localização e com denominação própria.

Constituem órgãos de gestão do ACES o Conselho da Comunidade e o Conselho Clínico de acordo com o DL 28/2008. No ACES de Gondomar funcionam também um Conselho de Coordenadores e uma Assembleia de Conselhos Técnicos.

2.3.4.1 Conselho da Comunidade

Fazem parte do Conselho da Comunidade do ACES de Gondomar, além do presidente, Dr. Fernando Paulo - vereador com o pelouro da Cultura, Ação Social, Saúde e Desporto da Câmara Municipal de Gondomar, os seguintes elementos em representação de: i - Assembleia Municipal do concelho de Gondomar; ii - Centro Hospitalar do Porto; iii - Centro Distrital da Segurança Social; iv – Agrupamentos de Escolas; v - IPSS do concelho; vi - Ligas de Utentes do ACES; vii - Associação de Empregadores; viii – Sindicatos; ix - Equipas de Voluntariado; e x - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

2.3.4.2 Conselho Clínico

O Conselho Clínico do ACES de Gondomar é responsável por colocar a centralidade da gestão clínica no cumprimento de objetivos concretos de promoção da saúde alinhados com os principais objetivos dos Planos Nacional, Regional e Local de Saúde.

2.3.4.3 Conselho de Coordenadores

Conselho onde estão presentes, além do Diretor Executivo e o Presidente do Conselho Clínico, os Coordenadores de todas as unidades do ACES de Gondomar e que tem como objetivo a partilha das decisões organizacionais que estimulem a emergência e desenvolvimento de lideranças descentralizadas, e a promoção e o desenvolvimento profissional e humano das diferentes equipas multiprofissionais.

2.3.4.4 Assembleia dos Conselhos Técnicos

Reunião entre o Conselho Clínico e os conselhos técnicos das unidades funcionais do ACES com o objetivo de dar resposta às competências definidas por lei, nomeadamente, a elaboração de manuais de boas práticas e de orientações clínicas, tendo em vista a melhoria contínua de cuidados de saúde e a uniformização de procedimentos.

2.3.5 Unidades de Apoio

Existem ainda 2 unidades de apoio aos órgãos de Gestão: Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão.

2.3.5.1 Unidade de Apoio à Gestão

Trata-se de unidade não prestadora de cuidados de saúde, responsável pelo apoio administrativo e geral aos órgãos de gestão e às unidades funcionais na área dos Recursos Humanos, Gestão Financeira, Comunicação Interna e Externa, Gestão Documental, Património e Parque Automóvel, Coordenação dos Serviços de Limpeza e Segurança e Planeamento e Estatística.

Com o objetivo de racionalizar recursos, melhorar a eficácia e eficiência, esta unidade abarca os serviços de expediente geral responsável pela gestão da documentação entrada/saída e arquivo, os recursos humanos responsável pela gestão do pessoal, recrutamento e seleção, formação profissional, controlo da assiduidade, a gestão financeira e património responsável pela contabilidade (fundo de manei) conferência de faturas e pagamentos, depósito de taxas moderadoras e controlo do inventário.

2.3.5.2 Gabinete do Cidadão

O Gabinete do Cidadão do ACES de Gondomar assume a centralidade da gestão de todas as exposições e é responsável pela avaliação das condições de acesso dos cidadãos, pela disponibilização da informação sobre os seus direitos e deveres e pela avaliação da satisfação dos utentes.

2.3.6 Unidades Funcionais

Na data de criação do ACES de Gondomar existiam 8 unidades de saúde familiar (USF) em funcionamento, sendo 4 em modelo A e 4 em modelo B. No início de 2013, o ACES Gondomar está todo reconfigurado em USF, ficando apenas a unidade de Medas com cerca de 2.500 utentes inscritos como unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP). Durante o ano de 2009 foi constituída a unidade de saúde pública (USP) e a unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP), onde se inclui o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP). Em 2011 entraram em funcionamento as 2 unidades de cuidados na comunidade (UCC) do ACES de Gondomar (Tabela 6).

Tabela 6 - Evolução temporal do número de unidades do ACeS de Gondomar

Unidades Funcionais	01-03-2009	31-12-2009	31-12-2010	31-12-2011	31-12-2012
USF	8	10	11	12	13
UCSP		2	1	1	
URAP			1	1	1
USP		1	1	1	1
UCC				2	2

Fonte: Plano de Desempenho 2014 – ACES do Grande Porto II - Gondomar

Através da Tabela 7 podemos observar a evolução das unidades de saúde que compõem o ACeS de Gondomar, desde a data de início de funcionamento, assim como as alterações de modelo de gestão:

Tabela 7 - Data de criação/alteração de modelo das USF do ACeS de Gondomar

Unidades de Saúde Familiar	Data de Início	
USF Fânzeres	02-11-1999 (RRE)	01-05-2008 (Mod. B)
USF Sete Caminhos	01-10-2000 (RRE)	01-05-2008 (Mod. B)
USF Nascente	04-09-2006 (RRE)	01-05-2008 (Mod. B)
USF Renascer	03-10-2006 (RRE)	01-05-2008 (Mod. B)
USF Monte Crasto	16-10-2006 (Mod. A)	01-01-2011 (Mod. B)
USF São Bento	27-11-2006 (Mod. A)	01-07-2009 (Mod. B)
USF Valbom	27-12-2007 (Mod. A)	
USF Lusíada	09-12-2008 (Mod. A)	01-04-2011 (Mod. B)
	01-01-2012 (Mod. A)	
USF Santa Maria	04-05-2009 (Mod. A)	01-07-2010 (Mod. B)
USF São Pedro da Cova	23-11-2009 (Mod. A)	
USF Brás Oleiro	19-07-2010 (Mod. A)	

USF Beira D'Ouro	30-05-2011 (Mod. A)
USF Amanhecer	01-06-2012 (Mod. A)

Fonte: Plano de Desempenho 2014 – ACES do Grande Porto II - Gondomar

O ACeS de Gondomar dispõe ainda de duas unidades de cuidados na comunidade, como se pode verificar na Tabela 8:

Tabela 8 - Data início das UCC do ACeS de Gondomar

Unidades de Cuidados na Comunidade	Data de Início
UCC Inovar	05-01-2011
UCC Coração D'Ouro	01-06-2011

Fonte: Plano de Desempenho 2014 – ACES do Grande Porto II - Gondomar

O ACES de Gondomar tem ainda uma ECL – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados e participa na ELI – Equipa Local de Intervenção Precoce de Gondomar.

2.3.7 Recursos Humanos

Nos termos da Portaria n.º 273/2009 de 18 de Março, o mapa de pessoal do ACES Gondomar (Tabela 9) contempla as dotações constantes do Anexo XV, da referida portaria.

Tabela 9 - Mapa do pessoal por grupo profissional

Mapa do pessoal por grupo profissional	Nº
Diretor Executivo	1
Médicos	103
Enfermeiros	119
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	14
Técnicos Superiores	15
Assistentes Técnicos	104
Assistentes Operacionais	46
Total	402

Fonte: Portaria nº 273/2009, de 18 de Março.

2.4 Estrutura Organizacional

A estrutura orgânica do ACeS de Gondomar está representada em organograma, apresentando manuais de articulação que regulam e orientam o seu funcionamento. A sua estrutura organizativa e

funcional está concebida de acordo com o estabelecido no Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. O ACeS de Gondomar desenvolveu uma estrutura de funcionamento interna em que o fluxo de informação é gerido essencialmente em suporte digital, traduzindo-se tal facto numa desmaterialização do papel, esta estrutura encontra suporte num conjunto de bases de dados, interligadas entre si, potenciadas e desenvolvida pelo ACeS, nomeadamente na pessoa do seu Diretor Executivo, revelando uma orgânica interna muito própria. As bases de dados, desenvolvidas para responderem às necessidades de gestão do ACeS, desenhadas à medida, abarcam quer a vertente da gestão financeira e do património como a gestão de recursos humanos, gestão de reparações, gestão documental (expediente geral e informações), traduzindo-se em importantes ferramentas de trabalho que potenciam e agilizam o funcionamento da UAG.

2.5 Conclusões

Neste capítulo foi apresentado o Agrupamento de Centros de Saúde de Gondomar, um agrupamento totalmente reconfigurado em USF.

A reconfiguração dos Centros de Saúde e a criação dos ACeS teve como objetivo principal dotar os Centros de Saúde dum enquadramento organizacional e de estruturas de apoio, que lhes permitam aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade, passando de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços e otimização dos fluxos de informação. Os agrupamentos de centros de saúde obedecem, em regra, a um critério populacional que corresponda a um número de pessoas residentes entre 50 a 200 mil e complementado por um conjunto de variáveis como a acessibilidade geográfica, a densidade populacional e a acessibilidade das pessoas a cuidados hospitalares.

Os ACeS caracterizam-se por uma estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais USF, UCSP, UCC, USP e URAP, com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede, têm autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade, órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional, sistemas de liderança e de governação clínica e técnica bem definida, mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos. Dispõem também de uma Unidade de Apoio à Gestão que proporciona apoio logístico ao funcionamento de todas as equipas e dos órgãos de gestão, possibilitando o funcionamento adequado de toda a organização. A UAG é uma unidade de back-office que viabiliza que, em cada momento, existam condições materiais e objetivas para que todos possam cumprir a sua missão.

Capítulo III

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO

3. Atividades Desenvolvidas

Neste capítulo são descritas as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio no ACeS de Gondomar, o enquadramento e objetivos na execução destas atividades.

3.1 Acolhimento no ACeS

A chegada ao ACeS de Gondomar deu-se no dia 16 de janeiro de 2014, em que o acolhimento foi feito pela Coordenadora da UAG, Dra. Helena Nunes e pelo Diretor Executivo Dr. Carlos Nunes.

A primeira reunião consistiu na apresentação do ACeS, das unidades funcionais que o constituem, bem como uma breve explicação da organização dos centros de saúde e USF's a nível nacional, assim como um breve resumo sobre a reforma dos cuidados de saúde primários.

Foram também apresentados vários projetos e trabalhos em curso e a iniciar brevemente no ACeS, todos com uma grande preocupação pela redução de custos e pela melhoria da qualidade.

3.2 Descrição de objetivos e atividades desenvolvidas

Neste capítulo pretende-se fazer a apresentação e análise crítica dos objetivos inicialmente propostos no projeto de estágio e que foram alcançados na sua generalidade. Estes foram definidos de acordo com a prática da unidade onde decorreu o estágio e podemos agrupá-los em objetivos gerais e específicos.

3.2.1 Objetivos

1º Objetivo Geral

Conhecer as práticas de gestão do ACeS de Gondomar integrando a equipa da Unidade de Apoio à Gestão.

2º Conhecer e integrar a filosofia e funcionamento da Equipa

Relativamente a este objetivo, foi realizada, numa fase inicial, uma incorporação gradual na equipa, o que favoreceu uma boa integração em toda a dinâmica de trabalho. Simultaneamente, a Dr.^a Helena Nunes, co-orientadora, foi realizando as apresentações, do serviço e da equipa, tendo a preocupação diária de realizar uma explicação das tarefas a realizar e a respetiva forma de abordagem a cada situação. Procurei ainda obter conhecimento da estrutura da instituição, da história do ACeS e das suas regras de funcionamento.

3º Desenvolver competências na área do apoio à gestão e produção de informação para tomada de decisão

No que se refere ao desenvolvimento de competências na área do apoio à gestão e produção de informação para tomada de decisão, numa fase inicial observaram-se as diversas atividades realizadas pela equipa como as reuniões de equipa e de discussão de casos.

A possibilidade de acompanhamento e envolvimento no apoio à gestão permitiu-me ter uma participação mais ativa o que a meu ver foi um enriquecimento para a minha formação. Houve ainda a oportunidade de participar em reuniões de trabalho, nas reuniões da contratualização com as diversas unidades assistenciais (USF), na avaliação das necessidades das unidades, desenvolvimento de diferentes competências na área da comunicação. A Tabela 10, que se encontra abaixo, evidencia as principais atividades realizadas no decorrer do estágio.

Tabela 10 - Atividades desenvolvidas no Estágio no ACeS

Atividades desenvolvidas no ACeS	Nº/HORAS
Participação em reuniões de equipa da UAG	5 / 4h
Participação em reuniões da contratualização	4 / 15h
Colaboração na elaboração do Plano de Desempenho	30h
Elaborar procedimentos	20h
Monitorizar e disponibilizar informação sobre consumos	50h
Monitorizar e disponibilizar informação sobre indicadores	35h
Colaboração nos Projetos SMARTBUILDING, ACESTEL, LOGIS, PATRIOS e ECOACES	20h
Monitorizar e disponibilizar informação sobre resíduos	40h

Fonte: Elaboração própria

Ao longo de todo o estágio, a observação participante foi o método que privilegiei por me permitir integrar e conhecer a dinâmica da equipa de uma forma mais profunda e real mas também, por facilitar a criação de relações de maior proximidade com os elementos da equipa.

No fim do estágio a minha primeira sensação foi de ter vivido uma experiência de aprendizagem muito enriquecedora e marcante. Tive contacto com uma realidade completamente diferente da que estou habituado, o que me permitiu adquirir competências que considero essenciais para o resto da minha vida. Estas aprendizagens irão certamente ajudar na vida profissional, pelo que considero que o objetivo principal do meu estágio foi conseguido com sucesso.

3.2.2 Caracterização das atividades desenvolvidas

A comunicação com terceiros foi uma competência ainda mais desenvolvida ao longo do estágio. Sabendo que estamos sempre a comunicar, consciente ou inconscientemente, de forma verbal ou não verbal e como poderá ser delicado e prejudicial a má comunicação em todas as áreas, este aspeto foi extremamente importante durante o estágio.

3.2.2.1 Participação em reuniões de equipa UAG

No decorrer do estágio, participei em reuniões promovidas pela coordenadora da UAG com o objetivo de delinear estratégias para redução dos custos de energia, rubrica que tem registado aumentos sucessivos nos últimos meses. Nesse sentido, estabeleceram-se procedimentos para monitorização dos consumos mensais e algumas medidas com essa finalidade, nomeadamente a instalação de sensores nas casas de banho e a substituição progressiva das lâmpadas “normais” por lâmpadas do tipo LED, que segundo relatórios de peritos permitem uma economia na ordem dos 50% dos consumos de energia.

Foi também decidido que iria fazer a revisão dos procedimentos, sob orientação da coordenadora da UAG. No ACeS de Gondomar, para cada processo são elaborados procedimentos escritos, devidamente padronizados em que se pretende que sejam documentos sucintos, concisos que descrevam em poucas palavras as ações necessárias. Estes documentos ficam disponíveis para consulta de todos os colaboradores.

Particpei, igualmente em reunião entre o Diretor Executivo, a coordenadora da UAG e as colaboradoras da gestão financeira, com o objetivo de proceder à conferência e aprovação do Fundo de Maneio, a enviar à ARS Norte. Os documentos são aprovados pelo DE depois de validados, por um colaborador da Gestão Financeira, que não os tenha processado, todas as validações e conferências são feitas através da confrontação entre os documentos de despesa e as listagens *output's* da Base de Dados do Fundo de Maneio. A base de dados foi desenvolvida atendendo à segregação de funções, existindo vários níveis de acesso aos dados, sendo que o trabalho de validação é bastante facilitado pelos recursos da própria base de dados. Esta tarefa foi-me confiada durante o período de duração do estágio com uma periodicidade mensal.

No seguimento da reunião foi-me, igualmente atribuída a responsabilidade de elaborar vários trabalhos técnicos, como apurar os custos dos domicílios de enfermagem (custo por unidade funcional, por viatura, por doente) como pode ser analisado na Tabela 11.

Tabela 11 – Custos dos domicílios, por unidade funcional

Domicílios - Ano de 2013

UF	Custos com viaturas				Taxis * (Domicílios de Enfermagem)	Total	Kms			Custo combustivel/ Km	Nº de Domicílios realizados em 2013	Custo/Domicílio
	Matrícula Viatura	Combustíveis	Reparações *	Custos com Pessoal			Kms início	kms fim	kms realizados em 2013			
USF Fânzeres	30-DR-92	1.619,25 €		4.706,88 €		6.326,13 €	64.426	76.243	11.817	0,14 €	2.259	2,80 €
USF Brás Oleiro	42-AS-02	1.372,27 €	685,29 €	2.210,66 €	103,80 €	4.372,02 €	111.019	120.577	9.558	0,14 €	2.811	1,56 €
USF Beira Douro/Medas/Rio Mau	45-EO-32	2.844,55 €	1.367,62 €	2.219,29 €	384,90 €	6.816,36 €	60.940	82.166	21.226	0,13 €	1.322	5,16 €
UCC Coração Ouro / USF Amanhecer	50-JS-82	2.657,10 €	438,43 €		16,85 €	3.112,38 €	34.903	55.065	20.162	0,13 €	1.732	1,80 €
USF S. Pedro Cova	50-JS-83	984,55 €	65,39 €			1.049,94 €	17.542	24.964	7.422	0,13 €	3.131	0,34 €
Gondomar	50-JS-84	2.166,30 €	568,52 €			2.734,82 €	25.624	40.519	14.895	0,15 €	3.322	0,82 €
Gondomar	50-JS-94	2.101,62 €	116,00 €			2.217,62 €	25.095	38.802	13.707	0,15 €	3.322	0,67 €
USF Valbom / USP	71-EJ-90	1.754,20 €	523,71 €	1.126,08 €		3.403,99 €	69.195	83.092	13.897	0,13 €	2.659	1,28 €
UCC Inovar / Privado	73-MH-69	1.630,09 €	823,12 €			2.453,21 €	17.330	32.666	15.336	0,11 €	198	12,39 €
UAG	74-MH-05	2.812,04 €	1.055,19 €	12.149,57 €		16.016,80 €	33.141	60.636	27.495	0,10 €	0	
USF S. Bento / Lusíada	86-CO-83	1.445,95 €	1.138,57 €	9.699,33 €	814,55 €	13.098,40 €	83.699	93.919	10.220	0,14 €	3.918	3,34 €
USF Stª Maria / Nascente	86-CO-86	2.058,20 €	1.352,35 €		80,00 €	3.490,55 €	114.837	128.450	13.613	0,15 €	4.202	0,83 €
* Fonte: base de dados FM - Ano de 2013		23.446,12 €	8.134,19 €	32.111,81 €	1.400,10 €	65.092,22 €			179.348		28.876	

A Criação dos ACeS consubstancia a possibilidade de implementação de uma gestão de proximidade e inerente aumento de eficiência e efetividade. A eliminação dos desperdícios é uma preocupação transversal a todas as unidades funcionais. Assim, com partilha de recursos (viaturas) foi possível reduzir a despesa de táxis permitindo que a beneficiários de subsídio de desemprego e rendimento social realizassem trabalho socialmente necessário, e enriquecessem os currícula.

Este tipo de análises permitiu uma poupança superior a 102.000€ em dois anos, através da redução do recurso a táxis, com a aquisição de 3 viaturas e uma coordenação que permitiu a partilha de viaturas entre as várias unidades, gerando mais eficiência. Mas foi necessário elaborar um trabalho comparativo que convenceu a ARS a adquirir mais viaturas e a contratar motoristas com recurso a pessoal dos Centros de Emprego.

3.2.2.2 Participação em reuniões da contratualização

As reuniões da contratualização interna, ocorrem nas instalações de cada unidade funcional. Participam na reunião por parte do ACeS o Diretor Executivo (Dr. Carlos Nunes), o Presidente do Conselho Clínico (Dr. Fernando Almeida), a Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico (Enf.ª Cristina), a Vogal do Conselho Clínico (Dra. Catarina Guimarães), a Coordenadora da UAG (Dra. Helena Nunes), sendo que, para mim foi um privilégio participar das reuniões integrando esta equipa.

Por parte das Unidades de Saúde Familiares participaram praticamente toda a equipa, a Coordenador(a) da Unidade (Médico(a)), a responsável da Enfermagem, vários médicos, técnicos e secretários clínicos.

As reuniões começam com uma pequena introdução do Diretor Executivo, fazendo uma breve explicação sobre como decorrerá o processo, quais as alterações ao processo em relação ao ano anterior, seguindo-se a negociação propriamente dita.

No âmbito da contratualização interna, as unidades USF comprometem-se quanto às metas contratualizadas e o ACeS/Administração comprometem-se na garantia dos recursos e obrigações acordadas.

Na perspectiva do ACeS a contratualização deve ser exigente mas numa base “win-win”. A contratualização é global, não é a mera definição de indicadores, deve englobar todos os compromissos entre as USF e a Administração.

Os intervalos e metas propostos como referencias para a negociação têm subjacentes os princípios e regras seguintes:

Para indicadores do tipo “quanto mais alto melhor” o potencial de melhoria de cada USF/UCSP ao longo do ano de 2014 será tanto maior quanto menor for o respetivo resultado no final de 2013, sucedendo o inverso com os indicadores do tipo “quanto mais baixo melhor”. O mesmo sucede como potencial de melhoria de cada ACeS. Isto significa que, nos indicadores do tipo “quanto mais alto melhor”, a diferença entre o limite inferior do intervalo de referência proposto como meta para 2014 e o resultado atingido pela USF em dezembro de 2013 é tanto maior quanto menor for o percentil em que se posiciona nesse resultado (no cluster nacional), tal como se exemplifica na Figura 21:

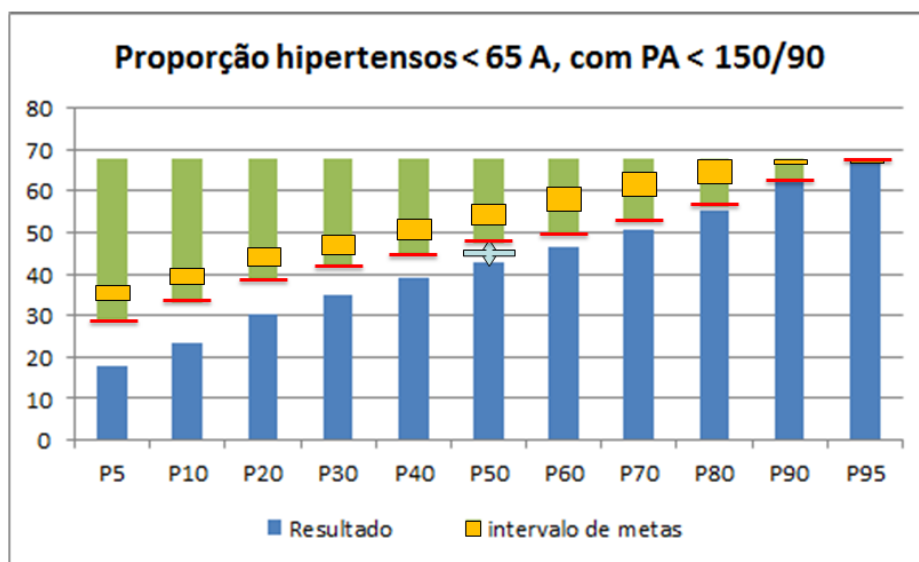


Figura 21 - Gráfico dos intervalos e metas da contratualização (indicador proporção hipertensos)

Os *clusters*, que pela primeira vez ponderam alguns fatores de contexto, como a dimensão das equipas, a densidade populacional, a proporção de idosos e a prevalência da diabetes, quando antes só integravam resultados, foram interpretados como uma tentativa de aproximação à realidade, mas longe de se poder considerar ajustada e validada. No fundo os *clusters* são conjuntos/grupos de

unidades semelhantes (equipas semelhantes, população coberta, entre outros parâmetros), ou seja, são agrupadas de forma a se poderem comparar realidades semelhantes.

Como podemos verificar no quadro acima, para o indicador “Proporção hipertensos <65 A, com PA <150/90”, a média nacional situa-se no percentil 50, ou seja, as unidades que se encontram neste percentil apresentam cerca de 42% neste indicador. A ACSS definiu como objetivo/meta para 2014 o valor de 45,5%, no entanto como as unidades atingem o objetivo se cumprirem 90% da meta contratualizada, ou seja, uma unidade que contratualizasse para este indicador 45,5% e cumprisse apenas 90% poderia acabar o ano com um resultado de 40,9% atingindo assim o objetivo, no entanto obteria um resultado inferior ao resultado anterior de 42%. Assim, para que isto não aconteça a ACSS decidiu aumentar as metas em 10%, estabelecendo limites inferiores e superiores. Claro que às unidades que se situam nos percentis mais baixos é pedido um esforço maior do que às unidades que se situam nos percentis mais altos a estas é pedido que mantenham os resultados. Esta metodologia funciona bem para o intervalo de percentis entre os 30 e os 60, no entanto para os percentis mais baixos a quem é pedida uma taxa de subida muito alta (praticamente inatingível) e para os que se situam nos percentis mais altos a quem é pedido igualmente um esforço mas para as quais já se torna muito difícil melhorar.

De seguida passou-se à negociação propriamente dita, onde são debatidos os indicadores, os resultados obtidos e as metas que a unidade se propõe atingir. No conjunto de indicadores são negociados:

- Internos:
 - Nacionais;
 - Regionais (selecionados pelas ARS);
 - Locais (selecionados pelos ACeS).
- Externos:
 - Nacionais;
 - Regionais;
 - Locais.

3.2.2.3 Colaboração na elaboração do plano de desempenho

O ACeS de Gondomar não se limita a estimar para o ano seguinte, os valores históricos do ano anterior, aplicando a estes uma qualquer percentagem de aumento ou diminuição. O orçamento é elaborado atendendo aos projetos em curso ou previstos para o ano seguinte, de acordo com o plano de atividades, tendo sempre uma preocupação muito grande com a redução de custos. Este trabalho é realizado no âmbito da contratualização externa, ou seja, na relação entre o ACeS e a ARS Norte. O

ACeS não dispõem de autonomia financeira, pelo que os valores do orçamento têm que ser discutidos e negociados com a ARS Norte.

Outra área que merece uma constante análise é a gestão orçamental. Através dos valores já comprometidos e pagos nos primeiros 5 meses do ano efetuam-se projeções no sentido de aferir os desvios das rúbricas orçamentais (Tabela 12) e definir as medidas corretivas necessárias a tomar com vista ao cumprimento da execução orçamental.

Tabela 12 - Análise prospetiva das rúbricas orçamentais

Conta	Descrição	Dotação inicial	Alteração Orçamental (BD CABIDO)	Compromisso	Valor Pago (em 04-06-2014)	Projeção 2014	Varição
316111	Medicamentos	2.000,00 €	1.000,00 €	1.658,17 €	1.597,74 €	3.834,58 €	191,7%
31612	Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	1.400,00 €		921,00 €	917,75 €	2.202,60 €	157,3%
31623	De Tratamento	20.000,00 €	10.000,00 €	21.132,30 €	20.200,54 €	48.481,30 €	242,4%
62189529	Outros Transportes	100,00 €		86,83 €	86,83 €	208,39 €	208,4%
621896	Aparelhos complementares de terapêutica	7.000,00 €	2.000,00 €	6.929,87 €	6.929,87 €	16.631,69 €	237,6%
6221913	Rendas e Alugueres - Outros	3.500,00 €		1.724,56 €	1.724,56 €	4.138,94 €	118,3%
6222211	Acessos - Internet	1.300,00 €		560,50 €	560,50 €	1.345,20 €	103,5%
622229	Outros serviços de comunicações	12.000,00 €		5.641,86 €	5.641,86 €	13.540,46 €	112,8%
6223213	Outros	23.000,00 €	2.000,00 €	20.158,46 €	19.969,73 €	47.927,35 €	208,4%
6976221	Fornecimentos e Serviços I		15.397,11 €	15.397,11 €	15.397,11 €		
6976222	Fornecimentos e Serviços II			1.237,09 €	1.237,09 €		
6976229	Outros fornecimentos e serviços		251,92 €	251,92 €	251,92 €		
69889	Outros custos e perdas extraordinários		4.000,00 €				

3.2.2.4 Monitorizar e produzir informação de gestão sobre os consumos

Fiquei também com a responsabilidade de desenvolver mensalmente um estudo sobre os consumos por unidade funcional, efetuando uma análise ABC evidenciando os produtos mais consumidos quer em quantidade quer em valor.

Da análise ABC aos artigos consumidos pelas unidades (Tabela 13), concluiu-se que os medicamentos representam cerca de 55% do total dos consumos mensais, sendo que os Outros materiais de consumo clínico ascendem a cerca de 21%. Estas duas rúbricas representam cerca de 76% do total de consumos.

Tabela 13 - Análise ABC dos consumos por tipo de material

Designação conta económica	Quantidade	% quant.	Valor unit.	Valor	%	% acumulada	Tipo
						0,00%	
Medicamentos	46.833	12,2%	1,55 €	72.591,15 €	54,53%	54,53%	A
Outros materiais de consumo clínico	17.210	4,5%	1,58 €	27.191,80 €	20,43%	74,96%	A
Material de consumo administrativo	13.696	3,6%	0,89 €	12.189,44 €	9,16%	84,12%	B
De Tratamento	29.950	7,8%	0,26 €	7.787,00 €	5,85%	89,97%	B
Outro	83.849	21,9%	0,06 €	5.030,94 €	3,78%	93,75%	C
De Penso	177.363	46,3%	0,03 €	5.320,89 €	4,00%	97,74%	C
Material de consumo hoteleiro	7.982	2,1%	0,24 €	1.915,68 €	1,44%	99,18%	C
Reagentes e produtos de diagnóstico rápi	1.843	0,5%	0,43 €	792,49 €	0,60%	99,78%	C
Artigos Cirurgicos	2.404	0,6%	0,07 €	168,28 €	0,13%	99,90%	C
De Laboratorio	1.804	0,5%	0,06 €	108,24 €	0,08%	99,99%	C
De Electromedicina	8	0,0%	2,48 €	19,84 €	0,01%	100,00%	C
Total Geral	382.942			133.115,75 €			

Fonte: Elaboração própria

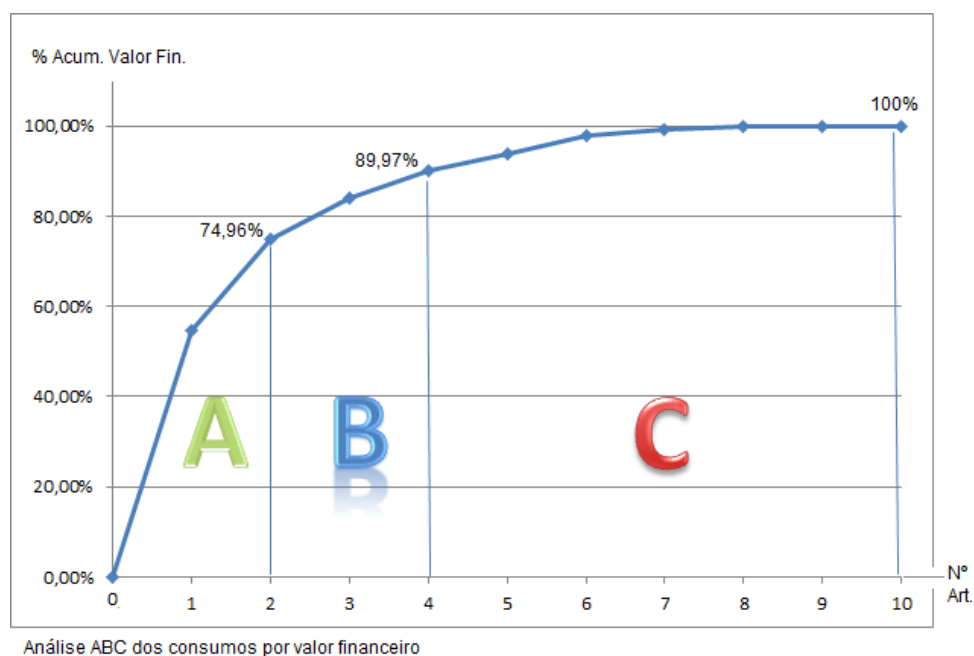


Figura 22 - Gráfico de Pareto, análise ABC aos consumos

Fonte: Elaboração própria

Da leitura do gráfico da Figura 22, verificamos que 2 itens (medicamentos e outro material de consumo clínico) que representam cerca de 76% dos consumos mensais do ACeS, mais 2 itens (Material de consumo administrativo e de tratamento) que representam cerca de 15%. Os restantes 9% são repartidos por 7 itens, sem grande expressão individual nos consumos mensais (Figura 23).

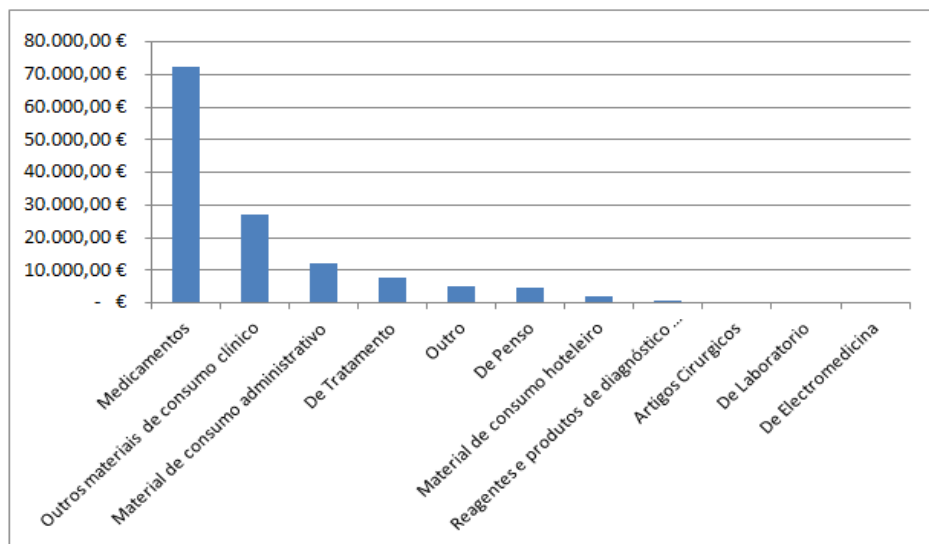


Figura 23 – Análise aos consumos por quantidades consumidas

Fonte: Elaboração própria

3.2.2.5 Monitorizar e produzir informação de gestão sobre os indicadores

Análise e avaliação das atas da contratualização. No rescaldo das reuniões da contratualização é elaborada uma ata por cada reunião com a identificação dos profissionais presentes, bem como das metas acordadas. No Compromisso Assistencial Contratualizado são identificados os indicadores da carteira básica de serviços (indicadores nacionais, regionais, locais e financeiros). Os indicadores de contratualização externa (eixo nacional, eixo regional e eixo local), neste sentido as unidades comprometem-se a desenvolver a sua atividade no sentido de contribuir para que os valores contratualizados pelo ACeS sejam atingidos em sede de contratualização externa, estes indicadores não contam para avaliar o desempenho das unidades, mas para o desempenho do ACeS no seu conjunto. São ainda definidos, no âmbito de Manual de Articulação, os recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros de que as unidades necessitam para levar a cabo a sua missão.

Por fim, é elaborada uma carta de compromisso, através das quais as unidades (USF) ficam sujeitas ao cumprimento das metas explícitas (Compromisso Assistencial Contratualizado) onde constam os seus objetivos de desempenho para a carteira básica de serviços. Paralelamente à contratualização a USF compromete-se a construir um Plano de Acompanhamento Interno (PAI), nos termos do artigo 7º da Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de dezembro, baseado numa linha de orientação comum organizacional clínica, desencadeando assim um processo de autoavaliação, que tem como objetivo atingir a acreditação. O referido plano, a implementar durante o ano, deverá ser construído com o apoio do Conselho Clínico e da saúde no âmbito do processo de acompanhamento da USF, ficando a Equipa Regional de Acompanhamento (ERA) responsável pela validação do mesmo.

As unidades (USF's) comprometem-se a efetuar, rigorosa e sistematicamente, no sistema de informação (SI), os registos de todos os dados necessários à análise da sua atividade, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização.

3.2.2.6 Participação em projetos

Um dos projetos implementados no ACeS de Gondomar é o projeto *smart building* que tem por finalidade tornar os edifícios mais eficientes. Através de ideias simples, como a colocação de sensores de luz nas casas de banho, de redutores de caudal nas torneiras, da substituição de lâmpadas “normais” por lâmpadas LED, foi conseguida uma redução de consumos de energia, consequentemente uma redução de custos (Figura 24), libertando verbas que são aplicadas em novos projetos.

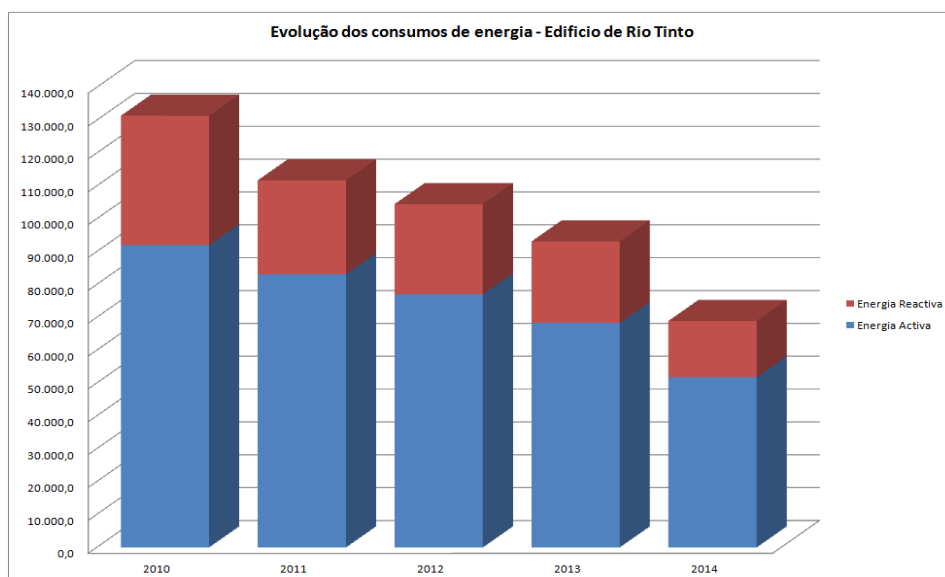


Figura 24 - Gráfico da evolução dos consumos de energia do edifício de Rio Tinto

Fonte: Elaboração própria

Outro projeto desenvolvido no ACeS é o projeto ACESTEL. Este projeto tem como objetivos: 1) redução dos custos face ao período homólogo, 2) melhorar a acessibilidade dos utentes às UF e 3) ajustar os números de telefone/canais existentes às necessidades das USF e como metas: 1) Reduzir em 80% o número de chamadas não atendidas, 2) eliminar 100% as linhas desnecessárias e 3) Reduzir em 20% os custos das chamadas.

São monitorizadas as chamadas telefónicas de cada unidade, de forma a obterem-se estatísticas que permitam medir o desempenho no que diz respeito ao atendimento/acessibilidade.

A Figura 25 mostra-nos um exemplo de relatório mensal produzido pelo ACeS no âmbito do projeto, para monitorização e avaliação da acessibilidade das unidades.

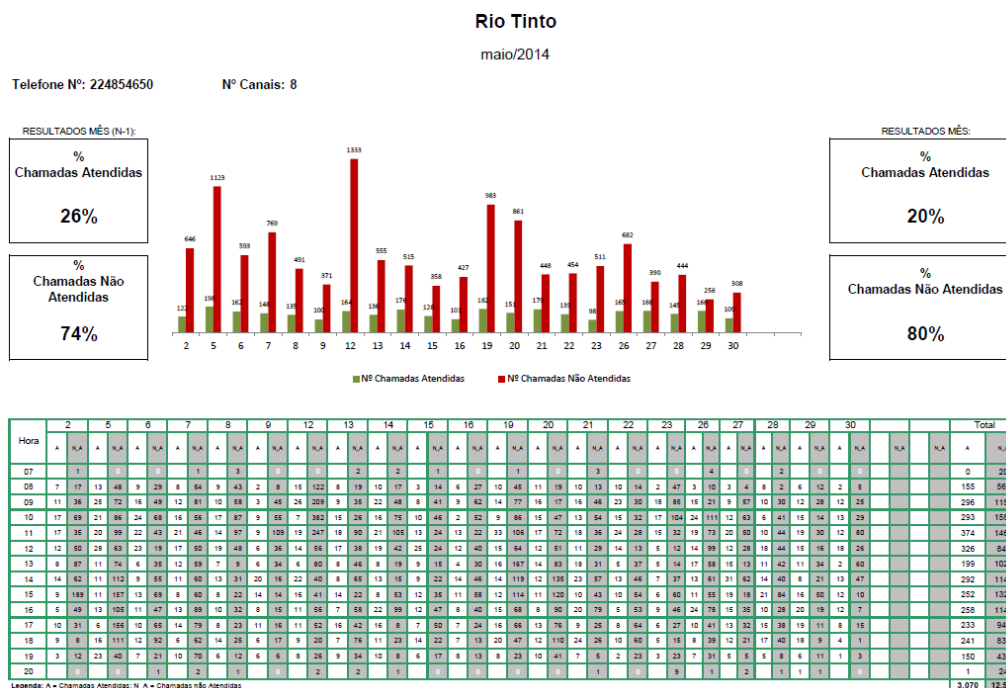


Figura 25 - Estatística sobre as chamadas atendidas e não atendidas por unidade

São obtidas estatísticas da operadora de telecomunicações, procedendo-se de seguida a um trabalho dos dados de forma a obter a percentagem de chamadas atendidas e não atendidas, os resultados são comunicados às unidades para que reflitam sobre os resultados e estudem formas de melhorar os mesmos.

3.2.2.7 Monitorizar e disponibilizar informação sobre resíduos

Com a preocupação de reduzir custos, foi delineado um projeto, denominado EcoACES, com os seguintes objetivos:

- Inculcar hábitos de separação de resíduos;
- Divulgar políticas de prevenção de produção de resíduos;
- Mobilizar a participação das comunidades em ações que promovam melhoria ambiental;
- Sensibilizar no dever de cidadania individual e social;
- Redução da produção de resíduos do grupo III e IV, por se considerar que a separação não estava a ser a mais eficiente;

Com esta intervenção foi conseguido que no ano de 2014 praticamente todas as unidades reduziram a produção de resíduos do grupo III e IV, bem como os custos associados, conforme gráfico na Figura 26 e Figura 27.

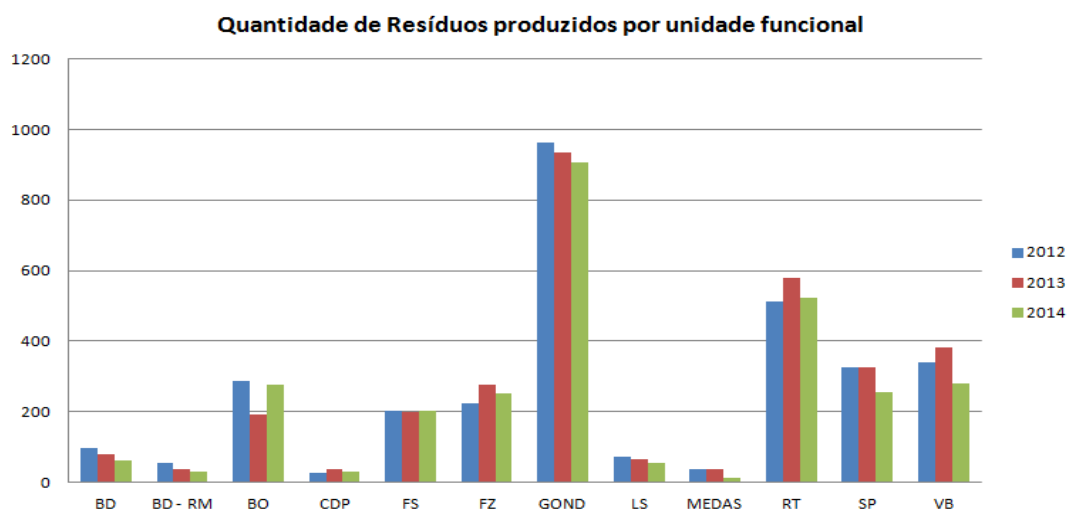


Figura 26 - Gráfico comparativo das quantidades de resíduos produzidos por unidade

Fonte: Elaboração própria

A Figura 27 mostra-nos a evolução nos últimos três anos das quantidades de resíduos produzidos pelas unidades do ACeS, evidenciando uma ligeira diminuição após a intervenção efetuada.

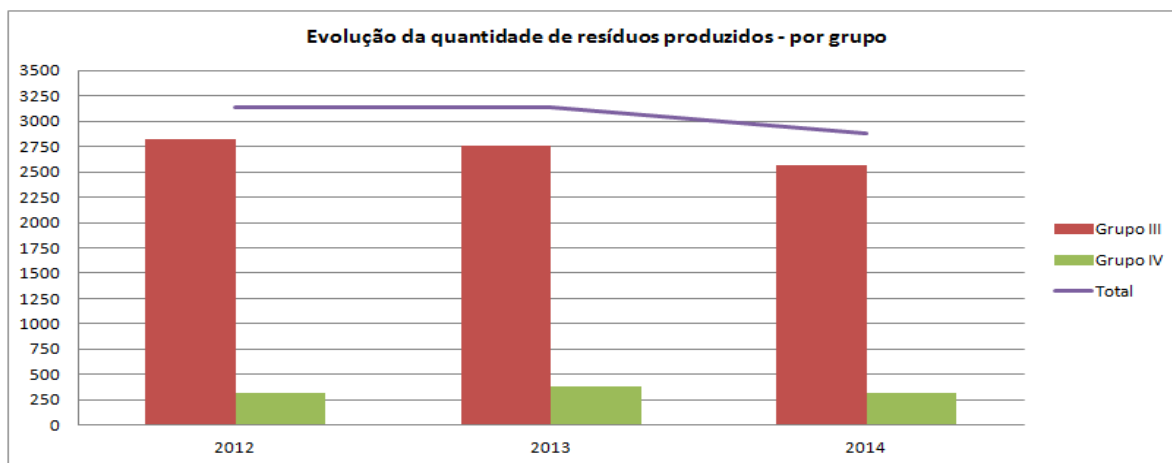


Figura 27 - Gráfico com a evolução das quantidades de resíduos produzidos por grupo de resíduos

Fonte: Elaboração própria

3.3 Sistemas de Informação

Os Sistemas de Informação têm por atribuições/competências elaborar e propor definições de metodologias, arquiteturas, estratégias, normas e procedimentos para os serviços e organismos da saúde, preparar e propor políticas e princípios de gestão da informação e efetuar o controlo da sua execução, definir e propor princípios e normas bem como efetuar a gestão operacional do macro modelo global de dados da saúde.

No que concerne aos sistemas de informação as principais aplicações no ACeS de Gondomar são o SINUS, RNU, SAM, SAPE, MARTA, IBERIA, caracterizando-se a principal intervenção neste domínio ao nível da gestão e criação de acessos às diferentes plataformas em articulação com os serviços da ARS Norte.

A par das aplicações acima citadas, salientar que o ACeS de Gondomar possui/desenvolveu várias Bases de Dados em Access, sendo o seu Administrador e principal “mentor” o Diretor Executivo, responsável ainda pela sua manutenção e segurança. As referidas Bases de Dados possuem diferentes níveis de acesso à informação, conforme se vai “descendo” na hierarquia do ACeS.

Toda a correspondência/documentos de trabalho é digitalizada e tratada informaticamente (informações, despachos, pareceres, autorizações diversas) culminando, quando necessário, na impressão de ofícios assinados digitalmente.

São realizados de forma automática, *backups* diários, estando a informação “guardada” em locais independentes entre si, de modo a assegurar a sua integridade e totalidade. A criação destas bases de dados (que estão interligadas) para as diferentes áreas existentes no ACeS (nomeadamente recursos humanos, gestão financeira e patrimonial, compras, possibilita uma gestão integrada com ganhos efetivos ao nível da tomada de decisão.

Em suma, o ACeS Gondomar evidencia uma estrutura funcional em que o fluxo de informação é gerido essencialmente em suporte digital, traduzindo-se tal facto numa desmaterialização do papel.

3.4 Conclusões

O estágio decorreu de acordo com o plano apresentado, num total de 500 horas, as atividades desenvolvidas no ACeS de Gondomar foram as relacionadas com as áreas de apoio à gestão, com a elaboração de diversos trabalhos técnicos.

Apesar de à partida desconhecer grande parte dos conceitos ligados aos CSP, às USF e ao funcionamento dos ACeS, sempre procurei saber mais e realizar todas as tarefas que me eram solicitadas, dando o melhor de mim e esforçando-me por aprender e ajudar. E, ao contrário das expectativas iniciais, a adaptação à realidade do ACeS foi bastante fácil o que permitiu desde logo

uma completa interiorização daqueles que eram os projetos e objetivos para o curto-prazo. A força de vontade em atingir os objetivos prevaleceu durante todo o estágio, disseminando qualquer desmotivação que aparecesse por via das dificuldades que iam surgindo. Relativamente aos trabalhos desenvolvidos conclui-se que todos tinham como principal objetivo a redução de custos e a maximização dos recursos.

O ACeS de Gondomar tem implementado um modelo organizacional que vai de encontro aquilo que é a doutrina do *New Public Managment* (gestão por objetivos, redução de custos, mais eficiência) onde se premeia o trabalho em equipa e o profissionalismo, o ACeS de Gondomar é um bom exemplo de aplicação da filosofia de gestão que recomenda não dizer às pessoas como fazer as coisas, antes atribuir uma missão para cumprir e dar liberdade para o fazer.

Capítulo IV

CONCLUSÕES E PERSPETIVA DE TRABALHO FUTURO

Conclusões e Trabalho Futuro

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 SRS por ACES, surge impulsionada por experiências gestonárias inovadoras, o “Regime Remuneratório Especial”, “Projecto Alfa” e o “Projecto Tubo de Ensaio”, decorridas na década de 90.

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 foram os objetivos da reforma.

Pela primeira vez, foi implementado um processo de contratualização ao nível dos cuidados primários, com envolvimento direto 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 efetivação 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 fatores de risco cardiovascular, pretende-se dar resposta às necessidades assistenciais 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, área com relevante impacto económico.

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. 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. 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, porém esta reforma já mostrou que é possível reformar, modernizar

e qualificar no contexto da Administração Pública, mantendo a identidade e os princípios dum serviço público como o SNS: Solidariedade (redistribuição), Previdência (pré-pagamento) e Universalismo (inclusão).

A implementação dos Centros de Saúde com autonomia administrativa e financeira, ainda não completamente concretizada, vulgarmente designados de terceira geração, providos de hierarquias técnicas e suportados por sistemas de informação e de apoio à decisão adequados, constitui a pedra basilar para a melhoria dos cuidados de saúde a todos os níveis (primário, secundário, terciário). O desenvolvimento de hierarquias técnicas, nos centros de saúde, é imprescindível para garantir a qualidade técnica dos serviços a prestar e bem como para dinamizar os sistemas de melhoria contínua da qualidade.

Só a autonomia dos centros de saúde associada ao desenvolvimento das redes de referência hospitalar e da Rede de Cuidados Continuados Integrados pode controlar de modo racional a hiperutilização dos serviços de urgência, contribuindo fortemente para adequação dos cuidados de saúde a prestar, com maior humanidade e rentabilidade dos recursos disponibilizados.

Os Centros de Saúde da Terceira Geração (CSTG) assentam no pressuposto da descentralização ou desconcentração, aproximando tanto quanto possível a decisão do local da ação e, por outro lado, na contratualização, individual e coletiva a que se associam sistemas de avaliação adequados à monitorização dos orçamentos-programa que, por sua vez, deverão ser consequência da avaliação das necessidades das populações.

Se a reforma dos cuidados de saúde primários, com a implementação das USF e dos ACeS a serem os aspetos mais salientes, foi das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas, já existem 396³ USF em funcionamento que abrangem 4.904.908⁴ de utentes, e que o caminho percorrido tem sido de facto *um acontecimento extraordinário*, existem no entanto aspetos que têm vindo a desmotivar os profissionais e a colocar em causa o que de bom tem sido alcançado.

Conclusões relativas à questão principal

Conclui-se que os Agrupamentos de Centros de Saúde são unidades de gestão, compostas por um ou mais Centros de Saúde, integrados nas Administrações Regionais de Saúde, I.P., ou em Unidades Locais de Saúde, E.P.E., são responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de Cuidados de Saúde Primários. Assumem também a coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários, desde logo, porque o diploma legal que veio instituir os ACES e dar-lhes suporte legal, organização e competências, compreendeu o binómio serviços de saúde e sociedade civil, prevendo e criando os conselhos da comunidade e incluindo, na sua composição, as representações das câmaras municipais envolvidas em cada ACE e outros níveis de cuidados e

³ Dados do BIUSF, consulta em 20-10-2014 (<http://www.biusf.pt/Pages/HomePage.aspx>)

⁴ Dados do BIUSF, consulta em 20-10-2014 (<http://www.biusf.pt/Pages/HomePage.aspx>)

prestam através das suas unidades funcionais um serviço de proximidade. São estruturas pequenas na dimensão, de organização ágil e simples estabelecendo com os utentes uma relação afável e de fácil contacto.

Releva dos estudos consultados, que o aumento do volume de atividade dos centros de saúde, com o melhor desempenho das USF em comparação com a tradicional organização dos Centros de saúde, provoca uma diminuição dos seus custos médios, conjugada com a agregação de recursos e estruturas de gestão, permite a eliminação de estruturais concorrências, obtendo economias de escala. A existência de serviços partilhados entre unidades permite também a redução de custos, esta particularidade foi também por mim testemunhada no decorrer do estágio.

Quanto ao impacto socioeconómico, socorrendo-nos de um estudo que a MCSP encomendou a uma entidade independente (Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) sobre a monitorização da satisfação dos profissionais e dos utentes de todas as 146 USF constituídas até novembro de 2008, estudo publicado em livro e disponível nas páginas web do CEISUC⁵. Na sequência de um censo de um dia, foram entregues 16.768 questionários com uma taxa global de respostas de 75,8%. Constatou-se a existência de satisfação com os cuidados prestados pelos profissionais destas USF, realçando-se as componentes relacionais e humanas. Detetou-se, por outro lado, uma menos alta satisfação em relação à organização dos serviços, nomeadamente em relação aos tempos de espera que os utilizadores continuam a sentir ser exagerados. Em geral, verificou-se a existência de um grande apreço pela competência, pelo carinho e pela cortesia dos prestadores de cuidados, pelo respeito com que os utilizadores sentem ser tratados e pelas condições das instalações. Os serviços ao domicílio atingem, ainda, no entanto, valores menos bons neste contexto. A análise qualitativa permitiu também aprofundar e complexificar a informação obtida através dos dados quantitativos, dando voz às palavras dos inquiridos. Os textos dos comentários e opiniões revelaram uma preponderância das surpresas agradáveis sobre as desagradáveis no contacto com as USF, assim como uma valorização dos aspetos relacionais dos cuidados e das qualidades e desempenho dos profissionais, confirmando a análise da informação quantitativa relativa à satisfação.

Conclusões relativas às questões complementares

Observa-se que as USF revelam um novo modo de fazer chegar a saúde aos cidadãos, por sua vez, este novo modelo organizacional vai de encontro aquilo que é a doutrina do *New Public Management* (gestão por objetivos, redução de custos, mais eficiência) onde se premeia o trabalho em equipa e o profissionalismo, contudo um fator negativo prende-se com o fato de não estar disponível a toda a população, a utentes não pertencentes às Unidades de Saúde Familiar.

⁵ Disponível: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj_concluidos/Sat_USF/

Os ACeS constituem um bom exemplo do sucesso da filosofia de gestão que recomenda não dizer às pessoas como fazer as coisas, antes atribuir uma missão para cumprir e dar liberdade para o fazer.

Ao longo deste trabalho, constatou-se que as USF foram criadas com vista à redução da despesa no sector da saúde, em que existe um contrato programa que tem de ser respeitado e cumprido por toda a equipa multidisciplinar, outro fator que se observa é que este modelo de gestão se coaduna com a atualidade em matéria de saúde e de remuneração (gestão por objetivos), as USF prestam contas ao Agrupamento de Centro de Saúde (ACeS) do qual fazem parte. Os utentes estão mais satisfeitos e encaram este modelo com mais agrado, uma vez que não esperam tanto pelas suas consultas. A criação das USF permitiu uma melhoria muito significativa em termos da prestação de cuidados nomeadamente, na falta do próprio médico de família, o utente é sempre consultado por outro médico da mesma Unidade de Saúde Familiar.

Com referência ao estudo que a MCSP encomendou a uma entidade independente (Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra) sobre a monitorização da satisfação dos profissionais e dos utentes de todas as 146 USF constituídas até novembro de 2008, estudo publicado em livro e disponível nas páginas web do CEISUC⁶. O estudo sobre a monitorização da satisfação dos profissionais das USF pretende monitorizar a avaliação que os profissionais das USF fazem do local de trabalho e dos cuidados aí prestados. Foi feita uma sondagem pela Internet a todos os profissionais das USF constituídas até novembro de 2008. Dos 2.821 profissionais então existentes nas USF em estudo, 2.398 acederam à página concebida pelo CEISUC e responderam ao questionário, o que corresponde a uma taxa de respostas de 85,0%, muito superior ao que é habitual neste tipo de estudos. Como exemplo, podemos salientar que 72,2% estão satisfeitos com a qualidade da USF como local de trabalho, 73,6% com a política de recursos humanos, 80,2% com o estado de espírito, 80,3% com o superior hierárquico, 48,6% com o vencimento e 61,4% com o local de trabalho e equipamento.

Em suma, as USF conseguiram simultaneamente mais eficiência, mais acessibilidade, melhor clima laboral, maior satisfação dos cidadãos, ou seja, mais qualidade.

Perspetiva de trabalho futuro

Durante o estudo foram surgindo tópicos que, para uma melhor análise da reforma e da importância socioeconómica dos ACeS, deveriam ser investigados, pelo que ficam aqui, resumidamente, algumas sugestões como o estudo de comparação entre as unidades do tipo USF e UCSP, para se poder verificar se o facto de existir organização voluntária, beneficia ou não, os resultados obtidos pelas unidades e o estudo sobre a viabilidade de as unidades virem a ser abastecidas do material que necessitam para o seu funcionamento, tendo em conta a tipologia dos seus utentes.

⁶ Disponível: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Investigacao/Proj_concluidos/Sat_USF/

Referências Bibliográficas

- Afonso, P. B. (2010). Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 59–64.
- Araújo, J. (2000). A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. *Universidade Do Minho*, 1–17. Retrieved from <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3225/1/NEAPPSerial%289%29.pdf>
- Barbosa, P. (2010). Desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários em Portugal - Inovação em políticas de saúde. Retrieved from <http://opss.pt/node/244>
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 67–79.
- Biscaia, A., Martins, J. N., Ferrinho, P., Gonçalves, I., Antunes, A. R., & Carreira, M. (2008). Cuidados de saúde primários em Portugal: Reformar para novos sucessos (2ª Edição.). Lisboa: Fundação AstraZeneca.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5–11. Retrieved from <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2001-t/e-01-2001.pdf>
- DCARS. (2010). *Unidades de Saúde Familiar - Metodologia de contratualização USF modelo A e modelo B. Departamento de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde.* Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualizacaoCSP_2011.pdf
- DCCSP. (2011). *Cuidados de Saúde Primários: O NORTE APOSTA NAS USF - Evolução 2006/2010.* Retrieved from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/csp_usf_regiao_norte_evol_2006_2010.pdf
- Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio. Estabelece do Regime Remuneratório Experimental, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série - N.º 103 (1998). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série-A - N.º 108 (1999). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde, Pub. L. No. Diário da República, Iª série - N.º 38 (2008). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiares e o regime de incentivos a todos os elementos que a constituem, Pub. L. No. Diário da República Iª Série - N.º 161 (2007). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 35311 de 25 de Abril de 1946. Cria a federação das caixas de previdência (1946).

- Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro. Reorganiza os serviços do Ministério da Saúde e da Assistência, Pub. L. No. Diário do Governo Iª Série - N.º 228 (1971). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril. Estabelece a rede de cuidados de saúde primários, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série-A - N.º 77 (2003). Retrieved from www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho. É repristinado o regime jurídico criado pelo Decreto-Lei n.º 157/99, regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, Pub. L. No. Diária da República - Iª Série - N.º 107 (2005). Retrieved from www.dre.pt
- Despacho n.º 24 101/2007. Gabinete do Ministro, Pub. L. No. Diário da República - IIª Série - N.º 203 (2007). Retrieved from www.dre.pt
- Despacho Normativo n.º 9/2006. Estabelece a disciplina de lançamento e implementação das USF, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série-B - N.º 34 (2006). Retrieved from www.dre.pt
- Despacho Normativo n.º 97/83. Aprovação do Regulamento de Centros de Saúde, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série - N.º 93 (1983). Retrieved from www.dre.pt
- Escoval, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização*. ISCTE. Retrieved from http://www.contratualizacao.min-saude.pt/downloads_contrat/investiga%C3%A7%C3%A3o/tesedoutoramentoanaescoval.pdf
- Escoval, A. (2010). O processo de contractualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 7–24. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-02-2009.pdf>
- Escoval, A., Ribeiro, R. S., & Matos, T. T. (2010). A contractualização em Cuidados de Saúde Primários : o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 41–58. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-04-2009.pdf>
- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010). O Valor dos Cuidados de Saúde Primários: Perspectiva dos utilizadores das USF - 2009. *Ministério Da Saúde - MCSP*, 76. Retrieved from http://www.ces.uc.pt/cesfct/ms/O_Valor_dos_CSP_Patricia_Antunes.pdf
- Grande, N. R. (2000). Cuidados de Saúde Primários: Pedra angular dos sistemas de saúde. *Forum de Economia Da Saúde, Fundação Dr. António C Upertino de Miranda, Porto*, 1–5.
- Hespanhol, A., Malheiro, A., & Pinto, A. (2002). O Projecto « Tubo de Ensaio »: breve história do Centro de Saúde S. João. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 171–186.
- Hespanhol, A., & Pinto, A. (2005). O Regime Remuneratório do Centro de Saúde S. João “ Tubo de Ensaio .” *Arquivos de Medicina*, 19, N, 113–120. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/am/v19n3/v19n3a04.pdf>
- Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Costa-Pereira, A. (2005). Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João Satisfação dos Utentes. *Arquivos de Medicina*, 19, 191–197. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/am/v19n5-6/v19n5-6a02.pdf>
- Kazandjian, V. A. (2010). Pay-for-performance in health care : the natural evolution of performance measurement and community expectations. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 117–128.

Retrieved from <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-10-2009.pdf>

Matos, T., Ferreira, A., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs . contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 161–180. Retrieved from <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-13-2009.pdf>

MCSP. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/3FADF4DA-34C3-4F3C-895C-F07AE7AC51A3/2822/linhas_acção.pdf

Nunes, P. (2009). Reforma do emprego público : breves considerações às grandes reformas em curso em Portugal. *Revista de Estudos Politécnicos Polytechnical Studies Review 2008*, VII, nº 11. Retrieved from <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/tek/n11/n11a04.pdf>

Petersen, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C., & Sookanan, S. (2006). Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care ? *Annals of Internal Medicine*, 145(4). Retrieved from http://medprof.bjmu.edu.cn/xsqy/xshqy_3.pdf

Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia Julho/Setembro*, 60–66.

Portaria n.º 273/2009 de 18 de Março. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série - N.º 54 (2009). Retrieved from www.dre.pt

Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série - N.º 77 (2008). Retrieved from www.dre.pt

Portaria n.º 377-A/2013 de 30 de dezembro. Primeira alteração à Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, que regula os critérios e condições de atribuição dos incentivos institucionais e financeiros às USF, Pub. L. No. Diário da República - Iª Série - N.º 252 (2013). Retrieved from www.dre.pt

Rego, G. (2008). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos*. (V. Económica, Ed.) (2ª Edição.).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005. Cria na dependência direta do Ministério da Saúde a Missão para os CSP (MCSP), Pub. L. No. Diário da República - Iª Série - N.º 81 (2005). Retrieved from www.dre.pt

Sakellarides, C. (2009). *Relatório Acontecimento Extraordinário*. Lisboa. Retrieved from http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/070DDE85-32AD-4317-B174-6D2ED2C173F9/0/2REL_Fev09_formatado_Final.pdf

Síntese de Execução Orçamental. Execução Financeira Consolidada do Serviço Nacional de Saúde (janeiro a dezembro), Pub. L. No. Direção-Geral do Orçamento (2012). Retrieved from www.dgo.pt

Tomás, A., & Moreira, P. K. (2010). Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 73–94. Retrieved from <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-07-2009.pdf>

WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata - International Conference on Primary Health Care. In *Conferencia Internacional de Cuidados Primarios* (p. 3).