

Cuidados de saúde primários em Portugal

ANTÓNIO GOMES BRANCO
VÍTOR RAMOS

A evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal nos últimos trinta anos conheceu várias fases. A partir de 1971 foram criados os primeiros centros de saúde — os centros de saúde de primeira geração, associados ao que então se entendia por saúde pública —, incluindo actividades como a vacinação, vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras. Em 1983 os primeiros centros de saúde foram integrados com os numerosos postos dos ex-Serviços Médico-Sociais («caixas»). Este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal, mas não resultou numa melhoria naquilo que eram as principais virtudes dos componentes integrados — acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, por um lado, e, por outro, a programação de actividades com objectivos de saúde. Em 1999 foi publicada a legislação sobre os «centros de saúde de terceira geração». Esta aparece na sequência de experiências sobre o terreno — «projectos Alfa» e outras iniciativas semelhantes, baseados numa filosofia de «prática de grupo» — e do início de um regime remuneratório experimental para a clínica geral. As unidades operativas dos novos centros de saúde pressupõem um processo de mudança organizacional que não pode ser implementada

□

António Gomes Branco é chefe de serviço de clínica geral e coordenador da Sub-Região de Saúde de Santarém.

Vítor Ramos é chefe de serviço de clínica geral e assistente da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

pela via normativa clássica tipo *top down*. Embora necessite de um enquadramento «de cima», a sua realização dependerá essencialmente da capacidade de despoletar uma dinâmica de mudança em cada centro de saúde e de proporcionar acompanhamento e apoio técnico a esses processos de mudança locais.

1. Nota histórica

Se tivermos em conta o conceito e as características definidos na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978), podemos dizer que, em Portugal, os cuidados de saúde primários têm uma história de trinta anos. De facto, na história da organização dos serviços de saúde em Portugal é possível descrever um desenvolvimento dos cuidados de saúde primários com quatro fases relativamente bem delimitadas:

- Uma primeira fase, desde 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975;
- A fase do serviço médico à periferia, de 1975 a 1982;
- A fase dos centros de saúde integrados, desde 1983, e de expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979;
- A fase actual, de transição.

Neste período de trinta anos, os centros de saúde têm constituído a infra-estrutura organizativa essencial

dos cuidados de saúde primários, cobrindo todo o território nacional. O entendimento da missão do centro de saúde tem tido historicamente algumas evoluções, sendo possível identificar três gerações, com enquadramentos histórico-políticos e com características distintas.

1.1. Primeira geração

A «primeira geração» de centros de saúde, iniciada em 1971, integrou múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, até aí organizadas de modo vertical, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais. Perdurou até à criação dos centros de saúde pós-SNS. Os centros de saúde deste período estavam associados ao que então se entendia por saúde pública — vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, etc.

Estes centros de saúde tinham um perfil de actuação prioritariamente ligado à prevenção e ao acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e, de uma forma genérica, os cuidados ditos curativos ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas actividades. Os cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados predominantemente nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência.

Assim, durante alguns anos coexistiram separados dois estilos de práticas:

- a) Uma prática de saúde comunitária com objectivos de promoção da saúde e actuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos;
- b) Uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objectivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa.

Estes dois estilos, teoricamente contraditórios, eram complementares em termos de necessidades de saúde e de expectativas dos utentes/beneficiários. Por outro lado, a análise da evolução dos principais indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis evitáveis pela vacinação permite concluir que esta primeira geração foi, para a sua época e contexto, um sucesso notável.

1.2. Segunda geração

A «segunda geração» de centros de saúde teve início em 1983, após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral. Integrou os primeiros centros de saúde com os numerosos postos dos ex-SMS («caixas») e tem perdurado até ao momento presente. Em 1983 foram criados os chamados centros de saúde integrados, resultantes da simples mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios). Esta segunda geração de centros de saúde herdou das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas. O único elemento novo introduzido neste modelo foi a carreira médica de clínica geral.

A nível central, este processo de fusão de duas linhas de serviços conduziu à criação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Gomes e Dias, 1987). A variação de atitudes e práticas organizacionais nos diversos centros, evidenciada na descrição de experiências e em questionários diversos, reflectia as influências, de peso variável, das instituições preexistentes e da fragilidade da gestão, apoio e acompanhamento deste processo de mudança (Sakellarides, 1984).

Na prática, e de um modo geral, este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar com consistência algumas das virtudes dos componentes anteriores, nomeadamente:

- a) A *grande acessibilidade* a consultas e a visitas domiciliárias oferecida pelos Serviços Médico-Sociais;
- b) A *programação com objectivos de saúde* e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados que caracterizavam as actividades dos centros de saúde, com sucessos objectivados em diversas áreas, nomeadamente na área materno-infantil (Sakellarides, 1979).

O modelo organizativo dos centros de saúde de segunda geração permitiu a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mas logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades (Ramos, 1994-1995). A prazo, este modelo organizativo, somado ao normativismo e tutela centralista distante das «sub-regiões» e administrações regionais de saúde, tem contribuído para a insatisfação, exaustão e desmotivação de muitos dos seus profissionais de saúde.

1.3. Terceira geração ou... bases para uma mudança

O debate sobre a reorganização e reorientação dos cuidados de saúde primários em Portugal tem acompanhado a evolução destas duas gerações de centros de saúde. As críticas, sugestões de mudança e propostas alternativas ao modelo organizativo e gestor dos centros de saúde integrados datam do próprio ano da sua criação, isto é, de 1983, e têm evoluído desde então com base na experiência vivida e no estudo de experiências equivalentes noutros países.

No período 1989-1991 a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral conduziu um debate e consultas aos associados que deram origem a um conjunto de ideias e de propostas reunidas no então designado Livro Azul e que, sem ser exclusivo, compilou as principais tendências nacionais e internacionais para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários em Portugal (Portugal. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 1991).

A partir de 1996 foi possível relançar no seio do Ministério da Saúde o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde no país. Paralelamente a este debate foram iniciados projectos e iniciativas experimentais e de inovação organizativa, visando explorar caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos.

Num país com hábitos de forte centralismo e apetência hierárquico-normativa houve necessidade de conseguir a publicação de um decreto-lei que legitimasse as mudanças em proposição, com os inconvenientes decorrentes da simplificação normativa de um processo altamente complexo (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio).

No terreno, iniciativas concretas surgiram a pouco e pouco num percurso difícil mas coerente.

Os projectos «Alfa», iniciados em 1996-1997, foram um primeiro impulso para descongelar o monólito burocrático do SNS e libertar as ideias e iniciativas já latentes no terreno. Deram «autorização» à criatividade, à ousadia inovadora e à tenacidade de pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa. O imenso *status quo* hierárquico-centralista resistiu a esta primeira incursão, mas não conseguiu impedir que 15 grupos tivessem iniciado as suas experiências. A maioria destes grupos mantém-se em actividade. Os projectos foram amplamente avaliados, quer internamente, quer por entidades exteriores, e foram tema para trabalhos e dissertações académicas.

A avaliação dos projectos «Alfa» apontou para a necessidade de estudar formas retributivas mais justas. Isto é, que permitam recompensar os que mais e

melhor trabalham. Este facto forneceu argumentação técnica e política para ensaiar novas formas remuneratórias nos centros de saúde. O regime remuneratório experimental em clínica geral foi aprovado em 1998, após resistência da máquina burocrática do Estado.

Paralelamente, foi lançado o debate sobre a descentralização da gestão das «sub-regiões de saúde» para os centros de saúde, combinada com a reorganização interna dos centros de saúde, associando a autonomia à responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objectivos comuns. Também aqui os projectos «Alfa» foram inspiradores, mesmo em condições adversas. A descentralização interna dos centros de saúde, combinada com competências para a coesão institucional gestora e técnico-científica, visa articular autonomia com responsabilidade, num ambiente de rigor e de exigência, mas também de maior confiança.

2. A importância dos CSP — do discurso político aos factos reais

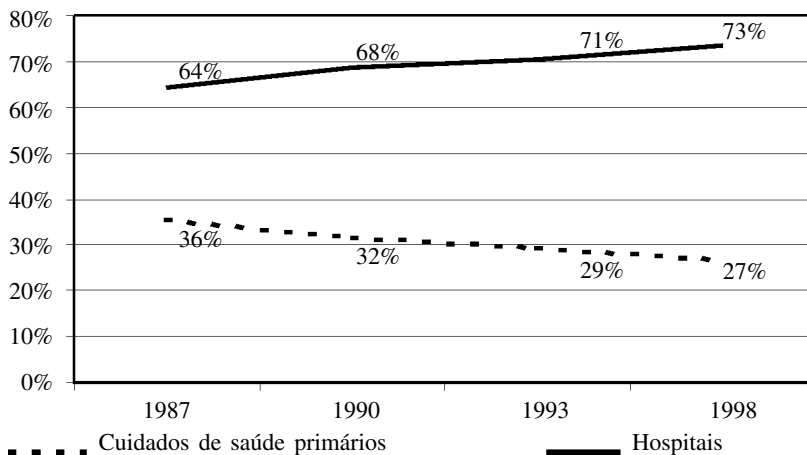
Nos discursos políticos, os cuidados de saúde primários sempre foram mencionados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política. Porém, os números evidenciam tendências contrárias a tais declarações. Os recursos humanos cresceram muito mais no sector hospitalar do que nos cuidados de saúde primários (*Figura 1*). Até 1985 a proporção da despesa do SNS com cuidados de saúde primários era superior a 50%. Porém, a partir desse ano, a situação inverteu-se, passando os cuidados hospitalares a consumir uma proporção cada vez maior de recursos financeiros, conforme está ilustrado na *Figura 2*. Quanto ao esforço de investimento, a desproporção é ainda maior (*Figura 3*).

3. A nova organização proposta para os centros de saúde

Os centros de saúde de «terceira geração» organizam a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares.

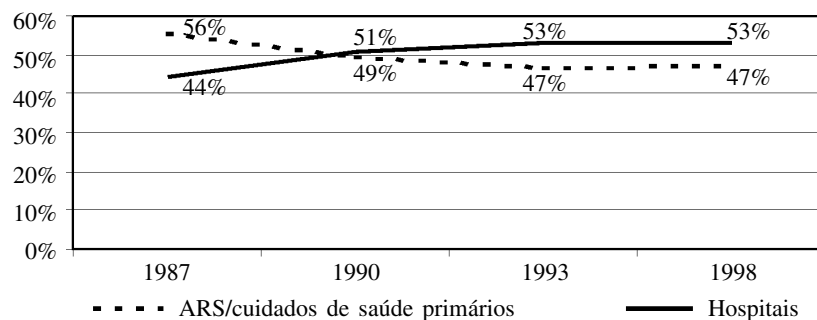
As unidades de saúde familiar (USF) dos centros de saúde visam a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar nas instituições públicas do SNS, quebrando a obsolescência da prática a «solo», que é psicologicamente perigosa para o médico e pode ser perigosa para os doentes. As USF estão na linha das modalidades de organização do trabalho em medicina de família que têm sido repeditamente propostas pelas organizações de

Figura 1
Efectivos do Ministério da Saúde segundo o tipo de serviço, 1987-1998



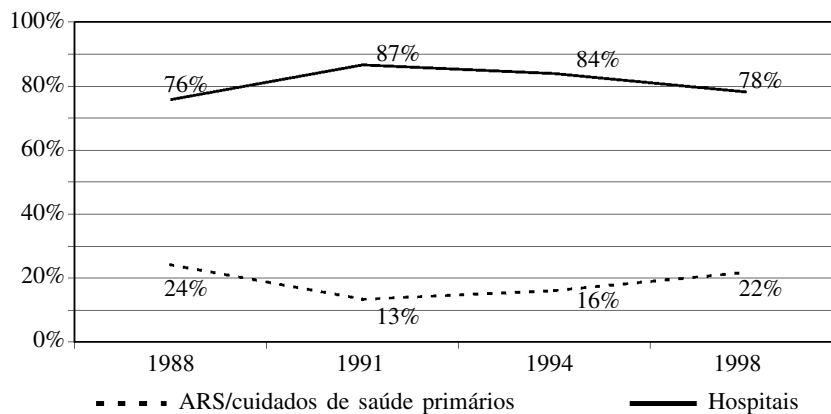
Fonte: «Saúde — Elementos estatísticos», DGS.

Figura 2
Despesas correntes do SNS. Repartição das transferências do SNS por tipo de serviço



Fonte: «Saúde — Elementos estatísticos», DGS.

Figura 3
PIDDAC — Valores atribuídos por áreas



Fonte: «Saúde — Elementos estatísticos», DGS.

médicos de clínica geral (Portugal. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, 1991). Por outro lado, estão em consonância com as tendências internacionais de redução acelerada da *solo practice* (prática profissional individual), substituindo-a pelas *group practices*.

A prática médica isolada tem, cada vez mais, inconvenientes e perigos sérios. A vivência científica e uma razoável actualização de conhecimentos requerem uma cultura de grupo, com discussão regular das situações dos doentes, com a análise inter pares de práticas e procedimentos.

As unidades de cuidados na comunidade (UCC) são, talvez, a novidade mais visível da reorganização dos centros de saúde. Enquanto as unidades de saúde familiar (USF) visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa, as UCC são uma inovação estrutural que pode modificar radicalmente a imagem e o papel dos centros de saúde junto das populações.

Um dos problemas da «segunda geração» de centros de saúde é a tendência para se virarem sobre si próprios, encerrando-se nas suas paredes. Esta tendência tem causas diversas, a começar pela própria estrutura organizativa, com uma lógica de segmentação profissional. É certo que há centros de saúde que têm projectos e intervêm sistematicamente na comunidade. Mas, infelizmente, não constituem a regra e fazem-no à custa de muito voluntarismo e carolice de um número restrito de profissionais.

A reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei n.º 157/99 pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos centros de saúde, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar. As unidades operativas propostas podem facilitar, consolidar e generalizar as boas experiências e as melhores práticas que hoje já acontecem no terreno, apesar dos obstáculos e das dificuldades estruturais. Estão também na linha das tendências verificáveis nos cuidados de saúde primários dos países desenvolvidos.

Por exemplo, as USF e as UCC combinam duas abordagens complementares: uma privilegia a liberdade de escolha do médico, mas pode levar a grande dispersão geográfica; a outra intervém de forma sistemática e continuada por pequenas áreas geográficas. As UCC são, assim, como que os «braços» pró-activos do centro de saúde junto da comunidade, identificando pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade. Identificam e mobilizam recursos de proximidade e recorrem aos apoios existentes no centro de saúde e no sistema de saúde.

As unidades de saúde pública (USP) permitem cumprir a vocação populacional e de preocupação com a

saúde colectiva. São o elo de ligação e de entrosamento dos centros de saúde com a restante rede infra-estrutural da saúde pública, que está a ser estruturada por círculos de âmbito local, regional, nacional e internacional.

As restantes unidades operativas visam completar a funcionalidade e capacidade de resposta dos centros de saúde em relação às necessidades da população.

Centros de saúde de terceira geração

- Orientação para os utentes e para a comunidade.
- Pequenas unidades multiprofissionais organizadas por:

- *Listas de utentes* (USF);
- *Pequenas áreas geográficas* (USC);
- *Comunidade no seu conjunto* (unidades de saúde pública).

Combinam-se várias abordagens: a mais personalizada privilegia a liberdade de escolha do médico; as outras permitem melhor conhecimento e intervenção no terreno, reduzindo desigualdades e indo ao encontro dos mais vulneráveis.

Todas as unidades são multiprofissionais, embora numas predominem os conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar (caso das USF), ou os conhecimentos e práticas de saúde e de enfermagem comunitária (caso das UCC), ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que está em causa é servir os utentes, os doentes e a comunidade, e não afirmar protagonismos de grupos profissionais.

Um dos desafios à imaginação, criatividade e capacidade de organização dos profissionais é o de encontrarem modalidades de entrosamento e cooperação entre as várias unidades operativas. Por exemplo: como articular eficazmente o trabalho das USF com o das UCC?

É absurdo pretender que alguém escreva normas sobre o que deve acontecer em realidades que variam de local para local e, no mesmo local, consoante o momento e os recursos disponíveis. A lógica dos serviços estanques tem de dar lugar a modalidades de trabalho orientadas para as necessidades dos utentes/doentes e para servir a população. Esta é uma área para intenso estudo, debate, experimentação, avaliação e divulgação de ideias, experiências e resultados obtidos no terreno.

Tudo isto pressupõe um processo de mudança progressiva e coerente, com informação, debate e envolvimento alargados e rigorosos dos profissionais.

Desde a promoção da saúde até à emergência médica, passando pelos aspectos relacionados com a prevenção da doença, a abordagem da doença crónica e os cuidados na doença aguda não emergente, a saúde é uma responsabilidade partilhada por diversos actores sociais, a maioria dos quais exteriores ao chamado sector da saúde.

4. Caminhos a explorar — como realizar e gerir a mudança?

A reforma dos cuidados de saúde primários pressupõe, nos tempos actuais, uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos. Há profissionais que se adaptam e trabalham bem como trabalhadores dependentes. Há outros que se realizam e produzem melhor como empreendedores. O SNS, que é universal, deve poder contar com o melhor de ambos. A convenção contratualizada em medicina geral e familiar com grupos de médicos pode ampliar a possibilidade de escolha dos cidadãos, introduzir um elemento concorrencial regulado entre os prestadores do SNS e complementar a capacidade de oferta dos serviços com propriedade estatal.

Projectos «Alfa», regime remuneratório experimental (RRE), centros de saúde de terceira geração e convenção contratualizada em medicina familiar inserem-se num percurso de mudança progressiva e coerente.

A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e acção. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes. Está em causa a criação de um dispositivo de gestão com autonomia e responsabilização cujo cenário de aplicação e desenvolvimento se caracteriza por:

a) Uma estrutura descentralizada, baseada numa rede de equipas multiprofissionais, na linha da frente, instituindo estas equipas como *princípio estrutural permanente* dos centros de saúde, e não como modalidade *ad hoc*;

- b) Uma hierarquia técnica, cuja missão essencial é a de harmonizar a intervenção das diversas equipas e desenvolver dinâmicas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Uma equipa de gestão, de apoio ao trabalho das equipas e de coordenação e coesão institucional.

Este cenário está claramente em contracorrente em relação à cultura burocrática centralista de comando e controlo enraizada há muitos anos. É um desafio que requer uma intensa e persistente dinâmica de formação, experimentação, avaliações continuadas e ajustes no terreno.

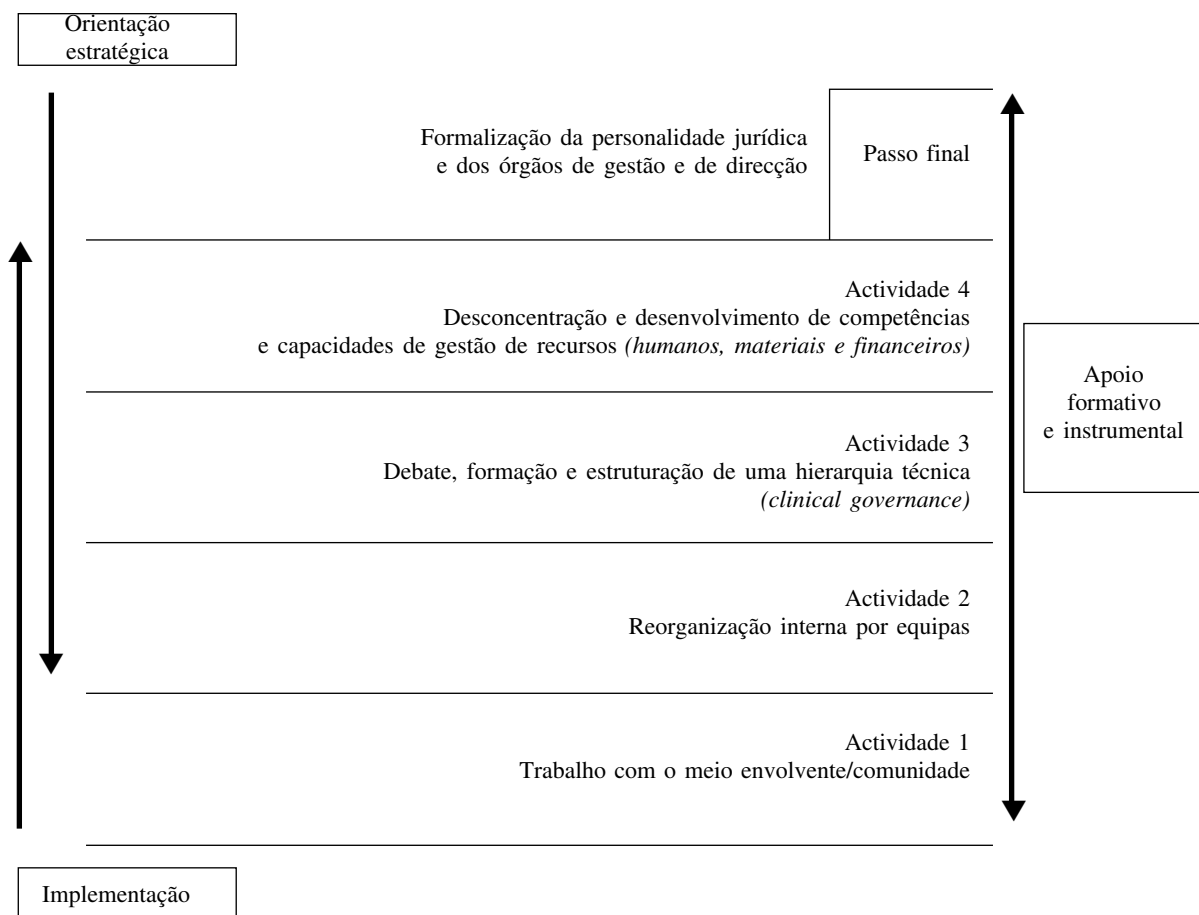
A experiência já demonstrou que a mudança organizacional nos centros de saúde não pode ser implementada pela via normativa clássica de tipo *top-down*.

Assim, tem sido sugerida uma abordagem combinada integrando três linhas de intervenção (*Figura 4*):

- a) Abordagem enquadradora *top-down*, com definição de orientações de carácter estratégico, de âmbito nacional e regional, para a mudança organizacional, permitindo ajustamentos caso a caso;
- b) Abordagem operativa *bottom-up*, baseada no trabalho local, a começar pelo meio envolvente e actores-chave da comunidade (trabalho decisivo no caso de centros de saúde com muitas «extensões»), a prosseguir dentro do centro de saúde, estimulando as lideranças profissionais a constituírem as diversas equipas;
- c) Apoio formativo e instrumental à mudança organizacional, com mobilização de apoio técnico à desconcentração e ao desenvolvimento de competências e capacidades de gestão de recursos (*humanos, materiais e financeiros*).

A formalização da personalidade jurídica com autonomia administrativa e financeira dos centros de saúde deve ser a coroação final de um processo de maturação organizacional (*Figura 4*). As pessoas que mais podem contribuir para melhorar os centros de saúde são os seus profissionais — desde que tenham poder para tal. Daí que seja necessário combinar os princípios da descentralização com iniciativas de melhoria da qualidade, promovendo a emergência de lideranças locais e a criatividade e empenhamento das equipas e dos profissionais.

Figura 4
Processo de reestruturação organizacional nos centros de saúde



Fonte: DGS — *Textos de apoio à reorganização dos centros de saúde*, 1999.

□ Referências bibliográficas

GOMES, D. S.; DIAS, J. L. — O Serviço Nacional de Saúde : descrição sumária do seu desenvolvimento. Lisboa : Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1987.

PORTUGAL. Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral — Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisboa : APMCG, 1991 (edições especiais).

RAMOS, V. — O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de saúde? Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar (Lisboa). *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*. 20-21 (1994-1995) 5-14.

SAKELLARIDES, C. T., *et al.* — O serviço de cuidados de saúde primários — centro de saúde : princípios gerais e reflexões sobre uma experiência. Lisboa : ENSP, 1979 (*Cadernos de Saúde*, 1).

SAKELLARIDES, C. T. — Centros de saúde integrados : nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 1 : 1 (1984) 12-15.

□ Summary

PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL

Over the last 30 years primary health care in Portugal has gone through different stages of development. Since 1971 the first Portuguese health centers were progressively established throughout the country. These first generation health centers performed mainly what was then known as «public health activities» — these included immunisations, MCH, school health, sanitary inspections among others. During the early 80's these health centers were integrated with the medical clinics of the social insurance system.

These 2nd generation health centers became the basis of the Portuguese primary health care system. However the normative nature of this integration resulted in the fact that the main assets of its original components — access to medical care and community health practices — were not fully protected and further developed by the new arrangements. As a consequence various field experiences in «group practice» and community based health initiatives, as well as the adoption of a new experimental scheme for remunerating general practice, stimulated recently the emergence of new organisational model for the Portuguese health centers.

Previous experience has shown that these 3rd generation health centers — placing strong emphasis both in group practice and community work — cannot be developed through the classical «top down» normative approach. They will require support for a local health center for their development process.