

Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários

PEDRO BEJA AFONSO

A introdução da prática da contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários é um instrumento muito poderoso no processo de mudança. Como tal, foi definido um modelo de contratualização destinado especificamente às Unidades de Saúde Familiar, onde foi privilegiada a contratualização de indicadores de processo e de resultado. Este artigo descreve o modelo de contratualização desenvolvido para as Unidades de Saúde Familiar, desde 2007. Porém, as exigências do processo e a sua não efectiva resposta por parte da Administração em Saúde podem levar a um descrédito e insustentabilidade do mesmo.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; contratualização; medicina geral e familiar; centros de saúde; gestão por objectivos; desempenho clínico; clínica geral.



Pedro Beja Afonso é membro do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (desde 2003); investigador do Centro de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra — CEISUC (desde 2005) e actualmente é vogal executivo do Centro Hospitalar Entre o Douro e o Vouga.

Entregue em Janeiro de 2009

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários são unanimemente considerados como uma das pedras basilares dos sistemas de saúde. Pelo facto de este tipo de cuidados se traduzir num contacto de primeira linha entre o cidadão e o sistema de saúde, por representar um processo contínuo ao longo da vida e não um acto episódico, à semelhança de outros tipos de cuidados, por estar claramente associado às actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, os Cuidados de Saúde Primários, praticados em grande medida pelos Centros de Saúde, não poderão deixar de ser encarados como o activo do sistema de saúde que mais poderá contribuir para o bem-estar económico e social (Grande, 2000).

Neste sentido, na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em curso, identificou-se que a introdução de um processo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF) seria um ponto fundamental no processo de mudança — indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. A contratualização consubstancia-se, numa primeira fase, na negociação de um conjunto de objectivos associados ao desempenho das unidades, resultando daí um compromisso entre ambas as partes — administração em saúde e prestadores de cuidados de saúde.

A incipiente experiência da administração pública nesta área faz com que esta etapa do processo tenha

um papel ainda pouco relevante na gestão dos serviços de saúde. Neste campo, há a consciência de que a formação dos vários intervenientes, a robustez dos sistemas de informação e a responsabilização efectiva dos gestores públicos são determinantes inquestionáveis para a implementação com sucesso de processos desta natureza.

Daí que a pouca experiência de contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários (CSP) aconselhe a que se encare este processo como uma aprendizagem mútua, sem, no entanto, se prejudicarem os níveis de exigência determinados à partida. Um processo deste género não deverá esgotar-se na produção legislativa, deverá, sim, implicar um processo de acompanhamento e de avaliação rigoroso, preferencialmente externo, de modo a que o modelo seja progressivamente aperfeiçoado. Tanto assim que o facto de poderem existir vários modelos de USF (i.e. Modelo A, Modelo B e Modelo C), com tipos de financiamento diferentes, poderá determinar que os modelos de contratualização definidos possam vir a ser adaptados às diferentes realidades.

A implementação de boas práticas de contratualização, para além de ter subjacente, um maior sentido de exigência e de responsabilização do lado dos prestadores, deverá ter implicações claras para com a administração em saúde; ou seja, esta terá de ter capacidade para identificar as necessidades em saúde, assumir a diferença, avaliar, responsabilizar e diferenciar as boas práticas. O incumprimento do conjunto destes pressupostos poderá desvirtuar todo o processo e conduzir ao seu descrédito. A contratualização tem associada a existência de um Estado competente, isto é, um Estado com capacidade de análise e de decisão fundamentada, em tempo útil.

A contratualização com as Unidades de Saúde Familiares

Numa primeira fase, enquanto não foram constituídos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), a contratualização foi desenvolvida entre as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as USF. Visto que a prática da contratualização está associada à existência de autonomias que permitam o controlo dos processos de contratualização e à informatização da informação em análise, considerou-se prudente não contratualizar, naquela fase, com os Centros de Saúde. Uma vez constituídos os ACES e ultrapassada a fase de instalação destas novas estruturas, as ARS contratualizarão directamente com os ACES e estes, por sua vez, passarão a contratualizar internamente com as USF, bem como as restantes unidades funcionais que agregam. Na medida que se trata de um

processo sensível, será conveniente que o processo de transferência de funções e de competências seja feito de forma gradual e devidamente acompanhado numa perspectiva pedagógica.

Desejavelmente, os princípios de contratualização que têm vindo a ser aplicados às USF deverão servir de base ao modelo de contratualização que venha a ser definido para os ACES.

A contratualização deverá ter consequências. Nesse sentido, entendeu-se que a conjugação do desempenho nas várias áreas contratualizadas deveria determinar se a USF teria ou não acesso a um pacote financeiro para aplicar em formação, documentação, equipamentos e reabilitação de infra-estruturas (i.e. melhorar as amenidades). Na realidade, o que este incentivo institucional representa é uma qualificação do investimento — ou seja, a administração em saúde terá de assumir como prioritário o investimento nas unidades que cumpram os objectivos contratualizados.

O (re)início da contratualização nos Cuidados de Saúde Primários é claramente um marco importante. A assunção clara de uma função contratualizadora pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), materializada através da constituição formal de Departamentos de Contratualização, é um avanço em relação à história da contratualização no SNS, onde as extintas e debilitadas Agências de Contratualização sempre viveram sem recursos e responsabilidades expressamente definidas. Porém, comparativamente à missão de que estavam anteriormente incumbidas as Agências de Contratualização, os Departamentos de Contratualização das ARS apresentam-se agora com uma função quase exclusivamente financeira (i.e. de afectação de recursos), perdendo-se, assim, toda a componente de *empowerment* do cidadão, que o despacho normativo¹, que constituiu as agências, já previa.

Em 2007, cada USF contratualizou com o seu Departamento de Contratualização 20 indicadores para a Carteira Base de Serviços e um indicador por cada actividade desenvolvida num âmbito de Carteira Adicional de Serviços. A Matriz de Indicadores utilizada na contratualização com as USF era, à data, constituída por 49 indicadores, agrupados em quatro grandes áreas: Acesso, Desempenho Assistencial, Qualidade Percepcionada e Desempenho Económico. O processo de contratualização com as USF apresenta como base o facto de não se contratualizarem números de consultas ou outros actos, mas sim indicadores de processo e de resultado. Este facto é relevante, pois marca uma diferença significativa face ao

¹ Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto.

modelo desenhado, em 1997, para os Centros de Saúde.

Por sua vez, a escolha dos indicadores a contratualizar foca essencialmente os aspectos relacionados com os utentes vulneráveis ou de risco. Há uma preocupação com o acesso e com a personalização dos cuidados (i.e. papel do médico de família). A componente económica está também presente, focando-se aqui as áreas dos custos com os medicamentos e com os meios complementares de diagnóstico e terapêutica — incentiva-se assim a aplicação e monitorização de protocolos terapêuticos. Destaca-se ainda o facto de existirem escalas para avaliar o cumprimento dos

indicadores e de estarem definidos os critérios para atribuição de um prémio de desempenho (incentivo institucional).

De modo a flexibilizar e agilizar o processo, considerou-se, em 2007, que deveriam ser contratualizados 20 indicadores, 15 dos quais comuns a todas as USF e os restantes 5 seleccionados pelas USF dentro dos indicadores disponibilizados para o desempenho assistencial (*Quadro I*). O modelo contempla ainda a aplicação de inquéritos para avaliar a satisfação dos utentes. De seguida apresenta-se o quadro onde constam os indicadores base, que eram comuns a todas as USF (*Quadro II*).

Quadro I
Distribuição dos indicadores base e adicionais a seleccionar pelas USF

Área	Número de indicadores base	Número de indicadores adicionais a seleccionar
Acesso	4	0
Desempenho assistencial	8	5
Qualidade percebida	1	0
Desempenho económico	2	0

Quadro II
Indicadores base — comuns a todas as USF

Área	Indicador
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família
	Taxa de utilização global de consultas
	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos
	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada (uma em 3 anos)
	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos
	Percentagem de diabéticos com pelo menos uma HbA1C registada nos últimos três meses
	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos
	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos
	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias
Qualidade percebida	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito)
Desempenho económico	Custo estimado para medicamentos prescritos
	Custo estimado para meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos

A Portaria n.º 301/2008, que veio regulamentar o processo de contratualização e de atribuição de incentivos às USF, modificou estes pressupostos. Em 2008, em vez de 20 indicadores, as USF passaram a contratualizar 15, sendo 13 comuns a todas as USF e 2 a seleccionar por cada uma delas.

Paralelamente à contratualização dos indicadores associados à Carteira Básica de Serviços e à Carteira Adicional de Serviços, cada USF iniciou a progressiva implementação de um Plano de Auditoria Interna, principiando, assim, um processo de autoavaliação. Considerou-se que o processo de contratualização deveria dar um contributo objectivo para a promoção de boas práticas.

A definição das metas contratualizadas depende da negociação efectuada entre a USF e o Departamento de Contratualização respectivo, com base em múltiplos factores, nomeadamente: o comportamento dos indicadores nos Centros de Saúde envolventes, os intervalos de contratualização pré-definidos com a colaboração da Direcção Geral da Saúde (DGS), as especificidades locais ou inerentes à própria constituição da USF, o número de meses previstos de funcionamento da USF para o ano e os resultados concretos das USF já com actividade e avaliação.

Considera-se que as metas a contratualizar devem ser exigentes, mas viáveis, com o fim de garantir que as USF tragam melhores resultados em saúde, sem com isso colocar em causa a implementação e o desenvolvimento organizacional da equipa. A contratualização de metas impraticáveis só contribui para o desmotivar da equipa e para o descrédito do processo de contratualização.

Uma das premissas do modelo de contratualização implementado foi que o retorno da informação de monitorização dos indicadores fosse realizado automaticamente, isto é, sem trabalho adicional para os elementos da USF. Neste ponto, apesar de algumas insuficiências, deram-se passos muito interessantes, através da disponibilização de um *site* da Administração Central dos Sistemas de Saúde, onde tanto os Departamentos de Contratualização como as USF podem consultar os seus resultados — os dados das USF são transferidos mensalmente para um servidor central. Este facto permitiu que, em algumas regiões de saúde, desde 2007, fossem produzidos relatórios de acompanhamento trimestrais, facultando, assim, um acompanhamento do processo e a implementação atempada de medidas correctivas.

Um dos pontos relevantes no modelo implementado é o facto de se ter criado a obrigatoriedade das USF elaborarem um relatório anual, onde façam uma reflexão sobre o seu desempenho e onde explicitem os motivos que explicam alguns dos resultados obtidos. Razões essas que os Departamentos de Contratualização deverão ter em linha de conta na avaliação final, sempre que tal se justifique.

A avaliação de cada indicador prevê que este seja classificado com base num intervalo de cumprimento (i.e. atingido, quase atingido e não atingido). Cada patamar do intervalo corresponde a uma pontuação (*Quadro III*), segundo o modelo aplicado em 2007. Do apuramento dos resultados finais da contratualização resulta a atribuição, ou não, de um Incentivo Institucional. Apenas as USF que cumpram os critérios constantes no *Quadro IV*, ou seja, que atin-

Quadro III
Métrica de avaliação das metas contratualizadas

Estado	Pontuação	Acesso desempenho assistencial	Qualidade percepçionada	Desempenho económico
Atingido	2	> 90 %	≥ Percentil 25	≤ 100%
Quase atingido	1	[80%, 90%]	—	[100%, 105%]
Não atingido	0	< 80 %	< Percentil 25	> 105%

Quadro IV
Critério para atribuição do incentivo institucional

Classe	Pontuação a obter	Pontuação máxima possível	Critério
Acesso	7	8	90% da pontuação máxima possível
Desempenho assistencial	23	26	90% da pontuação máxima possível
Qualidade percepçionada	2	2	90% da pontuação máxima possível
Desempenho económico	4	4	90% da pontuação máxima possível

jam 90% da pontuação máxima possível em cada área, é que têm direito à totalidade do referido incentivo.

A Portaria n.º 301/2008 veio alterar a métrica de avaliação, passando a Qualidade Percepcionada a denominar-se por Satisfação dos Utentes e a ser avaliada do mesmo modo do que o Acesso e a Desempenho Assistencial.

O quadro seguinte pretende ilustrar a pontuação a obter, considerando-se os 20 indicadores contratualizados no processo de 2007, de modo a ter acesso ao incentivo institucional.

A atribuição do incentivo institucional implica que se obtenha a pontuação necessária nas quatro classes de indicadores simultaneamente, de modo a garantir que existe um equilíbrio no desempenho global da USF. O quadro seguinte (*Quadro V*), expressa um exemplo do nível de concretização exigido para atribuição do incentivo, no caso de se contratualizarem 20 indicadores. Como se pode verificar, admite-se que existam indicadores não totalmente atingidos.

Consequentemente, foi definido que as USF com direito ao incentivo institucional deveriam elaborar um Plano para a Aplicação do Incentivo, a ser aprovado, após validação, pela Administração Regional de Saúde.

Uma das vias que se considerou, com o fim de promover a melhoria contínua, foi admitir a existência de um processo de acompanhamento externo inter pares, promovido pelo Departamento de Contratualização, numa ou várias áreas de intervenção, para as USF que apresentassem resultados menos satisfatórios. Este processo tem como objectivo a promoção de boas práticas entre USF, pretendendo-se potenciar a partilha de conhecimento e experiências entre as mesmas.

Considerando todos os condicionalismos que têm acompanhado este processo desde o seu início, em particular a ausência de uma cultura organizacional de auto e hetero-avaliação, a inexperiência das

Administrações Regionais de Saúde para desenvolver processos deste âmbito, a existência de poucas referências para as metas a contratualizar, a fragilidade demonstrada pelos sistemas de informação de suporte e a reduzida capacidade, em muitas situações, da rede informática do Ministério da Saúde, parece não haver dúvidas de que estamos perante um processo válido, que poderá contribuir para a mudança de comportamentos e, consequentemente, para o alcance de melhores resultados em saúde.

Apesar de actualmente existir legislação que suporta a prática de contratualização com as USF e a atribuição de incentivos, diríamos que «as reformas dos sistemas de saúde não se fazem por medidas avulsas nem pontuais. Estas são algo de contínuo que não se esgotam na publicação de legislação. São uma forma de estar, de agir e de lidar diariamente com os muitos desafios que surgem e deverão ser suportadas com base em visões estratégicas delineadas para longo prazo. A contratualização deverá ser encarada como uma pedra basilar da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. O seu sucesso depende da capacidade técnica de a desenvolver no terreno, onde a existência de competências técnicas nos futuros órgãos gestionários dos ACES, nos Departamentos de Contratualização das ARS e na ACSS, terá um papel relevante no êxito, ou não, desta reforma» (Afonso e Barroso, 2008).

□ Bibliografia

AFONSO, P.; BARROSO, J. — Contratualização em cuidados de saúde primários. Lisboa : Think Tank Saúde em Rede, 2008.

GRANDE, R. N. — Cuidados de saúde primários : pedra angular dos sistemas de saúde. In Fórum de Economia da Saúde, Porto, 2000. Porto : Departamento de Clínica Geral. Instituto Superior de Estudos Empresariais da Universidade do Porto, 2000. 77-87.

Quadro V
Exemplo de concretização para acesso ao incentivo institucional

Classe	Número de indicadores contratualizados	Número de indicadores		
		Atingidos	Quase atingidos	Não atingidos
Acesso	4	3	1	0
Desempenho assistencial	13	10	3	0
Qualidade percepcionada	1	1	0	0
Desempenho económico	2	2	0	0

LIU, X. *et al.* — Contracting for primary health services : evidence on its effects and a framework for evaluation. Bethesda (MD) : The Partners for Health Reformplus Project. 2004.

MAJEED, F. A.; VOSS, A. — Performance indicators for general practice. *BMJ*. 311: 6999 (1995) 209-210.

PORTARIA n.º 301/2008. D.R. I.ª Série. 77 (2008-04-18) — Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO — Relatório de actividades de 1999. Coimbra : ACSS do Centro. Ministério da Saúde, 2000.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS — Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. Lisboa : Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde, 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE — Contratualização com as Unidades de Saúde Familiar para 2007. Lisboa : 2006.

PRICEWATERHOUSECOOPERS — Managed care contracting : best practices in patient access. [Lisbon] : PriceWaterHouseCoopers, 2003.

SHORT, R. — Department sets out framework for commissioning in English NHS. *BMJ*. 333: 7560 (2006) 164.

SMITH, J. *et al.* — The NHS revolution : health care in the market place : practice based commissioning : applying the research evidence. *BMJ*. 331: 7529 (2005) 1397-1399.

□ Abstract

CONTRACTING IN PRIMARY HEALTH CARE

The contracting arrangements in primary health care are a very powerful instrument in the change process. In the context of Portuguese primary health care reform, a contracting scheme was applied to Family Health Units (USF). The scheme highlighted process and outcome indicators. This article describes the contracting model for the mentioned units. However, the requirements of the process itself and the lack of an effective response by the health administration can lead to the discredit and unsustainability of this reform.

Keywords: primary health-care; contracting; commissioning; family health-care; health centers; management by objectives; clinical performance; general practioners.