



THEME FREE ARTICLE

PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL: EVOLUTION, CURRENT SITUATION, PROGRESS AND CHALLENGES

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: EVOLUÇÃO, CONTEXTO ATUAL, AVANÇOS E DESAFIOS

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PORTUGAL: EVOLUCIÓN, SITUACIÓN ACTUAL, AVANCES Y DESAFÍOS

Gilson de Vasconcelos Torres¹, Felismina Rosa Parreira Mendes², André Filipe Real Fernandes Mendes³, Sandra Maria da Solidade Gomes Simões de Oliveira Torres⁴

ABSTRACT

Objectives: to describe the evolution and current context of primary health care in Portugal and discuss the progress and challenges in the consolidation of the health care level. **Method:** this is an analytical essay based on discussion designed concepts and understandings of some authors on the subject. The survey was conducted in databases indexed in the Virtual Health Library and reports and documents in institutional sites of the Ministry of Health of Portugal, using as a criterion for inclusion in updated studies that deal with the topic in question. **Results:** in the evolution of primary health care in Portugal is possible to identify three generations, with historical and political frameworks and characteristics, and the Family Health Unit the main component of this system. Evidenced as major advances accessibility, teamwork, scientific / technical quality of care, innovations in management practices, the sustainability of working conditions and infrastructure, and the main challenges to integration with hospital specialties, political uncertainties-institutional computer systems, integration in the health centers and organization of the work process. **Conclusion:** the ongoing reform process denotes changes in organizational, managerial and thought, and simply means advances and presents new challenges that need confrontations to be consolidated. **Descriptors:** primary health care; evolution; organization and administration; health care evaluation mechanisms.

RESUMO

Objetivos: descrever a evolução e contexto atual dos cuidados de saúde primários em Portugal e discutir os avanços e desafios frente à consolidação deste nível de atenção a saúde. **Método:** trata-se de um ensaio analítico concebido com base na discussão de conceitos e entendimentos de alguns autores sobre a temática. A pesquisa foi realizada em bases de dados indexados na Biblioteca Virtual em Saúde e relatórios e documentos em sites institucionais do Ministério da Saúde de Portugal, utilizando como critério de inclusão, estudos atualizados que versassem sobre a temática em questão. **Resultados:** na evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal é possível identificar três gerações, com enquadramentos histórico-políticos e características distintas, sendo a Unidade Saúde Familiar o principal componente desse sistema. Evidencia-se como avanços principais a acessibilidade, trabalho em equipe, qualidade técnico-científica dos cuidados, inovações nas práticas de gestão, na sustentabilidade das condições de trabalho e infra-estrutura, e como principais desafios, a integração com especialidades hospitalares, indefinições político-institucionais, sistemas informatizados, integração nos centros de saúde e organização do processo de trabalho. **Conclusão:** o processo de reforma em curso denota mudanças nos aspectos organizacionais, gerenciais e pensamento, e apresenta avanços significativos e novos desafios que necessitam de enfrentamentos para sua consolidação. **Descritores:** atenção primária à saúde; evolução; organização e administração; mecanismos de avaliação da assistência à saúde.

RESUMEN

Objetivos: describir la evolución y contexto actual de la atención primaria de salud en Portugal y discutir los avances y desafíos en la consolidación del nivel de atención de salud. **Método:** se trata de un ensayo analítico basado en conceptos de discusión diseñado y comprensión de algunos autores sobre el tema. La encuesta fue realizada en bases de datos indexadas en la Biblioteca Virtual en Salud y los informes y documentos en los sitios institucionales del Ministerio de Salud de Portugal, utilizando como criterio para su inclusión en los estudios de actualización que tienen que ver con el tema en cuestión. **Resultado:** en el evolución de la atención primaria de Portugal es posible identificar tres generaciones, a los marcos históricos y políticos y características, y de la Unidad de Salud Familiar el principal componente de este sistema. Evidenciado grandes avances como la accesibilidad, el trabajo en equipo, científico-técnica de calidad de la atención, las innovaciones en las prácticas de gestión, la sostenibilidad de las condiciones de trabajo e infraestructura, y los principales desafíos a la integración con las especialidades del hospital, la incertidumbre política sistemas informáticos institucionales, la integración en los centros de salud y la organización del proceso de trabajo. **Conclusión:** el proceso de reforma en curso denota los cambios en la organización, de gestión y el pensamiento, y simplemente significa avances y presenta nuevos desafíos que necesitan de enfrentamientos para ser consolidadas. **Descriptores:** atención primaria de salud; evolución; organización y administración; mecanismos de evaluación de la atención de salud.

¹Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Titular do Departamento de Enfermagem/UFRN, Coordenador do Grupo de Pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem. Pesquisador do CNPq (PQ2), Bolsista CAPES (Proc. 097310-6) Estágio Pós-Doutoral na Universidade de Évora, Portugal (PT). E-mail: gvt@ufrnet.br; ²Enfermeira, Doutora em Sociologia, Professora Coordenadora da Escola de Superior de Enfermagem São João de Deus/ Universidade de Évora, Évora/Portugal (PT). Membro do Instituto Universitário de Lisboa/ISCTE/CIES-IUL. Lisboa, Portugal. E-mail: fm@uevora.pt; ³Enfermeiro. Colaborador do Projeto de Pesquisa de Estágio Pós-Doutoral na Universidade de Évora/Portugal (PT). E-mail: andrefernandesmendes@gmail.com; ⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem, membro do Grupo de pesquisa Incubadora de Procedimentos de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFRN. Natal-RN, Brasil. E-mail: sandrasolidade@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Observa-se nas últimas três décadas uma crise de âmbito global, resultante da nova ordem mundial que surgiu com a expansão do capitalismo. O desenvolvimento científico e tecnológico conquistado pelo homem parece não dar conta de solucionar os graves problemas da humanidade como a poluição do meio ambiente, a degradação da natureza, a pobreza, a miséria, a fome, os distúrbios de comportamento, a criminalidade, a violência e o desemprego.¹

No campo da saúde, a crise paradigmática que infringe os direitos humanos e ameaça a qualidade de vida da população coloca à prova o modelo médico hegemônico baseado no paradigma flexneriano, que tem demonstrado limitações em responder de forma positiva às necessidades sociais geradas pela complexidade do processo saúde-doença.¹

Em 1978, 134 países e 67 organismos internacionais, reuniram-se em Alma-Ata², URSS, numa Conferência Internacional onde expressaram a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo e definiu, para todos os Países participantes, entre os quais se encontrava Portugal, o conceito sobre Cuidados Primários de Saúde,

São cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. ^{2:1}

Cuidados primários dizem respeito aos principais problemas de saúde da comunidade, por meio dos quais são proporcionados serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. Incluem educação, prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecciosas, endêmicas ou epidêmicas, alimentação adequada, saneamento, provisão de água potável, cuidados de saúde materno-infantil e planejamento familiar, tratamento adequado de doenças e lesões comuns e acesso a medicamentos essenciais.²

Para tanto, a Conferência² concitou à ação internacional e nacional urgente e eficaz para que os cuidados primários de saúde (CPS) fossem introduzidos, desenvolvidos e mantidos

de acordo com a letra e o espírito desta Declaração.

A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003 reconhece que os cuidados primários não tiveram o desenvolvimento mundial esperado. O relatório do secretário geral, divulgado por ocasião dos 25 anos de Alma-Ata, reconhece que em muitos Estados membros a implementação dos cuidados primários é incompleta ou não atinge os resultados esperados, que os problemas podem ser atribuídos à ausência de diretivas práticas, a lacunas no nível da direção e à falta de engajamento político, a recursos insuficientes ou aos propósitos irrealistas suscitados por tal modelo de cuidados.³

Estas palavras conservam o vigor e a atualidade transcorridos 39 anos, completados em 12 de setembro de 2010, e conduzem a refletir sobre as relações entre saúde e política porque, na singeleza de sua formulação, os cuidados primários escondem a complexidade de que se revestem e que os tornam recorrentemente objeto de discussões e controvérsias, mesmo em países com políticas de saúde estruturadas, como é o caso português.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) de Portugal estão em processo de reforma, sendo as Unidades de Saúde Familiar (USF) uma das principais marcas desse processo, que foram sofrendo diversas alterações. Desde 1971, data da criação dos primeiros centros de saúde, os CSP sofreram transformações na sua organização, estruturação e funcionamento que conduziram a sucessivas melhorias na prestação de cuidados na comunidade.⁴

Essa reforma organizacional profunda e de pensamento, teve seu primeiro impulso, como já foi referido, através da criação dos denominados centros de saúde de primeira geração em 1971 e consolidados com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 1979 e da carreira de clínica geral em 1982, em que os CSP desenvolveram-se de modo a cobrir a totalidade do território nacional.⁵

Em 2005, foi implementada a reforma Missão para os Cuidados de Saúde Primários que colocou grandes desafios ao sistema de saúde. Embora, tenha sido considerada como “um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa” é atualmente um processo inacabado.^{6:99}

O atual contexto econômico global dificulta o processo de reforma, criando limitações no sistema de saúde. Desta forma, ao longo destes últimos cinco anos, têm sido identificados diferentes desafios para os próximos tempos, numa tentativa de

ultrapassar os problemas criados pela atual conjectura.⁶

Com a elaboração deste artigo pretende-se dar a conhecer o percurso evolutivo dos CSP, assim como mostrar o contexto atual e projetar os principais avanços e desafios para o futuro.

A relevância do presente artigo prende-se com a possibilidade de transmitir ao leitor uma ideia alargada da evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal, assim como a de estimular a reflexão sobre aqueles que são considerados os maiores avanços e desafios.

OBJETIVO

- Descrever a evolução e contexto atual dos cuidados de saúde primários em Portugal.
- Discutir os avanços e desafios frente à consolidação deste nível de atenção a saúde.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio analítico no qual se discute, ao olhar de diferentes autores, a trajetória histórica e contexto atual dos cuidados de saúde primários em Portugal e os avanços e desafios frente a consolidação deste nível de atenção a saúde em Portugal.

Essa categoria de artigos tem um papel fundamental para a educação continuada, pois permitem aos leitores adquirirem e atualizarem o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo, e que permite a análise da literatura publicada em sites institucionais, artigos de revista eletrônicas sobre um determinado assunto, com o objetivo de descrevê-lo e discuti-lo, sob ponto de vista teórico ou contextual.

A pesquisa foi realizada em bases de dados indexados na Biblioteca Virtual em Saúde. Também foram utilizados relatórios e documentos disponíveis em sites institucionais do Ministério da Saúde de Portugal, considerados relevantes para a abordagem da temática dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Foram utilizados como descritores na busca de referencial: atenção primária à saúde; evolução; organização e administração; mecanismos de avaliação da assistência à saúde, utilizando como critério de inclusão, estudos clássicos e atualizados que versassem sobre a temática em questão que mostram a temática dos cuidados de saúde primários em Portugal no cenário nacional e internacional e que denota a preocupação dos pesquisadores com os aspectos relacionados com a atenção básica a saúde, que serão abordados a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e síntese qualitativa do material consultado foram constituídos dois eixos de análise e reflexão: evolução e contexto atual dos cuidados de saúde primários em Portugal; os avanços e desafios frente a consolidação deste nível de assistência.

• Evolução e contexto atual dos cuidados de saúde primários em Portugal

Foi na década de sessenta que começaram a emergir as preocupações com os cuidados primários de saúde. Nos países mais desenvolvidos, como os EUA, notou-se uma diferenciação com o aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento e a atenção nos cuidados de saúde começou a centrar-se nas doenças crónico-degenerativas.⁷

Em Portugal, até aos anos sessenta os cuidados médicos estavam a cargo da medicina privada e liberal ou então da assistência caritativa. Contudo, existia uma parcela da população que não estava abrangida pelos serviços médicos na altura, uma vez que nem tinham muito dinheiro nem eram considerados pobres.⁸

Assim foram criados os Serviços Médico-Sociais (SMS), vulgarmente denominados por caixas, que tinham como objetivo principal prestar assistência aos trabalhadores e respectivas famílias. Na altura, os serviços eram desorganizados, não existindo planeamento de cuidados, tendo como intuito único, o de prevenção secundária.⁸

No início da década seguinte, o direito à saúde para todos os cidadãos era um dos principais objetivos do Estado, implementando-se então os centros de saúde de primeira geração. Desta forma, passou-se de uma mentalidade “curativa” para um pensamento preventivo e de saúde pública. Por outro lado, apesar da criação dos centros de saúde, as caixas, permaneciam em vigor, coexistindo paralelamente a estas novas instituições e actuando de forma contraditória aos recém criados centros de saúde.⁴

Os centros de saúde de primeira geração atuavam essencialmente com mentalidade na saúde pública desenvolvida através de valências, como por exemplo, vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária, etc. Por outro lado, os SMS, asseguravam os curativos extra-hospitalares.⁴

Assim, em Portugal coexistiam dois estilos distintos na prestação de cuidados, embora, no entanto complementares:

Uma prática de saúde comunitária com objetivos de promoção da saúde e atuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos; e 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 objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa.^{9:409}

Em 1974, é preconizado que deveria ser criado um serviço nacional de saúde (SNS), o que viria a acontecer apenas cinco anos mais tarde, 1979, através do decreto lei nº56/79, que fica denominado como a primeira Lei de Bases da Saúde. Através desse mesmo decreto-lei é preconizada a integração dos centros de saúde com os serviços médicos sociais (SMS).⁹

Após quatro anos da data de implementação do SNS, verifica-se que os problemas anteriormente identificados permaneciam e mantinham ativas duas formas de prestação de cuidados, uma preventiva e outra curativa, influenciando diretamente a qualidade na prestação de cuidados. Assim em 1983, após a criação do SNS e criação da carreira médica de clínica geral, foram fundados os centros de saúde integrados, denominados de “centro de saúde de segunda geração”. Este processo integrou a fusão de diferentes estruturas, nomeadamente os patrimónios físicos e humanos das duas organizações anteriormente mencionadas.^{4:6}

Apesar do enorme esforço dispendido para fundir as duas organizações e duas formas de atuação, muitos dos centros de saúde de segunda geração só o foram numa acepção puramente formal. A variação de atitudes e

práticas organizacionais traduzia o que era espetável aquando da fusão das organizações, refletindo também a fragilidade da gestão, apoio e acompanhamento do processo de mudança.^{4,7}

Além das divergências nas práticas de cuidados que existiam entre as instituições, instalou-se uma grande insatisfação e desmotivação nos enfermeiros de cuidados saúde primários. Estes sentimentos são especialmente referidos pelos enfermeiros que desenvolveram a sua carreira profissional ao longo dos anos em cuidados primários e assistiram à inauguração dos centros de saúde de primeira geração e também do programa da área materno-infantil, valência essa que foi um enorme sucesso e que trouxe enormes progressos na assistência em Portugal na área.⁹

No final do século XX, a OMS em parceria com 51 Estados Membros aprovou uma política de promoção e protecção da saúde intitulada “saúde para todos no século XXI”. Com esta política a OMS, pretendia incrementar a saúde da população e prevenir/reduzir as incidências dos danos relativos às principais doenças e lesões.^{9:410}

Com o intuito de seguir as recomendações, Portugal lançou um documento denominado “Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002”. Assim e contemplando o mesmo documento, surge o Dec.Lei nº157/99, que sugere uma nova reorganização dos centros de saúde, emergindo assim os “centros de saúde de terceira geração”, já estes dotados de autonomia de gestão administrativa e financeira.^{9:401}

Esta evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal pode ser verificada na síntese a seguir.

Datas	Síntese das Reformas dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal
1945-1967	O Estado reconhece as suas responsabilidades na Saúde e passa a assumir um papel na prestação de cuidados de saúde
1968- 1974	Emergem os Cuidados de Saúde Primários com a criação dos «Centros de Saúde de 1ª Geração» e inicia-se a implementação da Clínica Geral
1974-1984	Consolidam-se os Cuidados de Saúde Primários. A Saúde passa a ser um direito dos cidadãos. Surge o Serviço Nacional de Saúde suportado numa rede de centros de saúde (de 2ª geração - integrando cuidados preventivos, de promoção da saúde e curativos) que cobrem todo o país. Criam-se os Institutos de Clínica Geral, a Formação Específica em Exercício e o Internato Complementar de Clínica Geral
1985-1994	Dá-se mais atenção à gestão dos serviços como reacção às crescentes despesas com a Saúde. Tenta-se uma maior separação entre o sector público e privado. A saúde passa a ser «tendencialmente gratuita». Aparecem os Departamentos de Clínica Geral nas Faculdades de Medicina.
1995-2001	Dá-se maior atenção à gestão do sistema. Surge a primeira estratégia da saúde para Portugal para o período.
1998-2002	Surgem experiências de novas formas de organizar a prestação de cuidados de saúde por médicos de Medicina Geral e Familiar. Cria-se o Instituto da Qualidade em Saúde que visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.
2002-2005	Reinventam-se os cuidados hospitalares com nova legislação sobre gestão hospitalar e os hospitais-empresa. É apresentado o Plano Nacional de Saúde 2004- 2010.
2005-2010	Reinventam-se os Cuidados de Saúde Primários e surgem as primeiras Unidades de Saúde Familiar.

Figura 1. Síntese das reformas dos cuidados de saúde primários em Portugal

O contexto atual dos cuidados de saúde primários em Portugal é caracterizado por mudanças significativas nos aspectos organizacionais, processos de trabalhos, gerências e de pensamento.

Cada vez mais os governos procuram organizar os sistemas de saúde de maneira a melhorar a equidade, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos. Nos últimos 5 anos tem sido reconhecido e aceite o papel determinante que os Cuidados de Saúde Primários podem ter para ajudar a atingir estes objetivos.¹⁰

Com este pensamento, no início de 2005 sentiu-se necessidade de reestruturar os CSP e assim proceder a uma nova organização. Assim, o ponto de partida foi um baixo nível de satisfação de todos os intervenientes,

cidadãos, profissionais e decisores políticos, motivado pela baixa acessibilidade, ineficiência, barreiras burocráticas e falta de incentivos para melhorar a produtividade e a qualidade.¹⁰

Novamente com o intuito de tornar os CSP no pilar do sistema de saúde, o XVII Governo Constitucional definiu linhas prioritárias de ação^{10:61}, entre elas podemos destacar na figura a seguir.

Linhas Prioritárias De Ação Dos Cuidados De Saúde Primários
▪ Reestruturação dos Centros de Saúde através da criação de Unidades de Saúde Familiar, obedecendo aos princípios seguintes: (a) pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas; (b) autonomia organizativa funcional e técnica; (c) contratualização de uma carteira básica de serviços; (d) meios de diagnóstico descentralizados; (e) sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade. ▪ As Unidades de Saúde Familiar devem ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em regime remuneratório experimental), quer pertencendo ao sector cooperativo, social e privado. ▪ Reforçar e desenvolver em cada Centro de Saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF: vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação. ▪ Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos.

Figura 2. Linhas prioritárias dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Dessa forma, o centro de saúde na sua estrutura formal passou a incluir as seguintes sub-estruturas: Unidades de Saúde Familiar (USF) integradas no Serviço Nacional de Saúde ou convencionadas; Núcleo de Saúde Pública (NSP); Núcleo de Enfermagem Comunitária (NEC); Unidade de Consultorias Técnicas (UCT); Unidade de Internamento (UI); Unidade Básica de Emergência (UBE); Unidade de Farmácia; Repartição Administrativa com secções de gestão financeira e patrimonial e de gestão de recursos humanos.⁹

Assim, a 22 de setembro de 2005, por resolução de conselho de ministros nº157/2005, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar.¹⁰

A USF surge como tendo como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados, garantindo a acessibilidade, a

continuidade e a globalidade dos mesmos. A nível de recursos humanos deveriam ser constituídas por um mínimo de três médicos, um enfermeiro e dois funcionários administrativos.⁹

De acordo com a base XIII da Lei de Bases da Saúde¹¹,

O sistema de saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários que devem situar-se junto das comunidades devendo ser promovida uma estreita articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde para garantir, de forma sistemática, uma harmoniosa circulação das pessoas e da informação de saúde.^{11:5}

O programa do XVII Governo Constitucional, dando cumprimento ao supramencionado princípio da Lei de Bases¹¹, assumiu a reforma dos Cuidados de Saúde Primários como fator chave de modernização e pilar de sustentação de todo o sistema de saúde.¹²

A reconfiguração dos centros de saúde está, assim, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados:

maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde.¹²

Neste sentido, como princípio geral, a vertente dos cuidados personalizados dos centros de saúde está reorganizada em pequenas unidades funcionais multiprofissionais, USF, com autonomia funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade.¹³

As USF configuram, assim, um modelo organizacional leve e flexível que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical. Naquelas unidades, as funções de gestão e de execução tendem a fundir-se ao nível operativo.¹³

A USF é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias e deve estar integrada em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde.¹³

Em todos os modelos de USF existe um compromisso assistencial nuclear, denominado carteira básica de serviços, igual em tipo e qualidade, variando apenas os aspectos quantitativos de número de cidadãos abrangidos, horários disponibilizados e serviços adicionais ou complementares, intitulados carteira adicional de serviços, contratualizados com os departamentos de contratualização, em sede de candidatura ou nas épocas para isso, definidos e revistos anualmente.¹³⁻¹⁴

O compromisso assistencial explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua.¹⁴

Das ações levadas a cabo no projeto da reforma dos CSP^{15:6}, durante a legislatura (2005-2009) na qual se celebraram os 30 anos do SNS, resultaram:

- ✓ A atual rede de Unidades de Saúde Familiar (USF), composta por 229 unidades, o que permite atender mais de 3 milhões de portugueses, dos quais cerca de 350 mil não tinham anteriormente médico de família atribuído;
- ✓ A instalação de 68 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- ✓ A candidatura de 270 equipas de profissionais à constituição de Unidades de Cuidados na Comunidade

(UCC), das quais 16 já em funcionamento;

✓ A reorganização das Unidades de Saúde Pública (USP); e

✓ A constituição, na generalidade dos ACES, de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Para o efeito, lançadas que estão as unidades de saúde familiar, a principal atenção, nesta fase da reforma, dirige-se para o funcionamento efetivo dos agrupamentos de centros de saúde e a implementação das suas unidades funcionais. Deste modo, o novo Plano Estratégico 2010-2011 vai incidir sobre as suas principais áreas de atuação.^{15:6}

Foram, portanto, definidos os eixos que se entendem como essenciais para a consolidação e conclusão da reforma dos CSP^{15:6}, a saber: Saúde da Pessoa, da Família e da Comunidade; Governação Clínica e de Saúde; Recursos Humanos e Desenvolvimento Profissional; Gestão, Organização e Participação e Inovação e Qualidade.

Em síntese, a estratégia da reforma dos CSP deve considerar como objetivos primordiais a atingir: cuidados de saúde de qualidade para todos os cidadãos; recompensa pelas boas práticas profissionais; eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde.^{15:7}

Este Plano Estratégico¹⁵ deverá orientar as ações que levarão à conclusão da reforma dos cuidados de saúde primários e está estruturado em cinco eixos e vinte objetivos estratégicos, os quais deverão ser concretizados através de planos de ação anuais, em 2010 e 011, e desdobrados em objetivos operacionais, indicadores e metas.

• Avanços e desafios frente à consolidação dos cuidados de saúde primários em Portugal

A reforma dos CSP é um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa. Conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados verificados, com a experiência no terreno de equipas coesas, próximas das pessoas e sensíveis às suas necessidades e preferências, configurou-se um novo modelo de prestação de cuidados de saúde primários no país.¹⁴

A evidência que existe, ainda que pontual e dispersa, aponta consistentemente para uma clara melhoria no acesso aos cuidados de saúde e uma acrescida satisfação por parte de todos os que têm interesse neste processo.^{14, 16}

De entre os avanços dos CSP, destaca-se como principais a acessibilidade, trabalho em equipe, qualidade técnico-científica dos cuidados, inovações nas práticas de gestão, na sustentabilidade das condições de trabalho e infra-estrutura.⁵

A melhoria da acessibilidade organizativa permitiu que a população pudesse desfrutar de mudanças favoráveis no atendimento, com diminuição de demanda reprimida e aumento da qualidade dos serviços prestados, elementos essenciais para a consolidação do processo de implantação das USF, que pode ser considerado como um aspecto para alcançar-se uma das prioridades do plano da reforma dos CSP.^{5,17,19}

Além disso, o trabalho em equipe, com maior integração profissional, surge como elemento diferenciador nas práticas desenvolvidas com a implantação das USF, foi de caráter voluntário, espontâneo, com envolvimento dos profissionais de saúde, na formação dessas equipes.^{5,17,19}

As melhorias na qualidade técnico-científica da atenção estão provavelmente relacionadas aos avanços obtidos nas práticas de trabalho em equipe e às condições estruturais e de sustentabilidade na oferta de serviços.⁵

As mudanças nas práticas de gestão nas USF apontam para avanços nos objetivos de melhor atendimento e qualidade nos cuidados prestados à população. Essas mudanças foram impulsionadas pelas determinações

institucionais, mais abrangentes, como parte do XVII Programa de Governo (2005-2009), com integração em rede das USF às outras unidades dos CS, e criação inicial de um sistema de informação para avaliações dos resultados alcançados.⁵⁻¹⁷

O sentido colegiado, participativo, de gestão interna na USF tem contribuído para o delineamento de estratégias de abertura para maior incorporação dos usuários e de associações comunitárias nesse processo, em futuro próximo.⁵

A consolidação do processo de desenvolvimento das USF surge como face da dimensão político-institucional mais positiva da reforma dos CSP. Atualmente ganha contornos de consolidação nos seus avanços.⁵

As condições atuais de sustentabilidade e infra-estrutura das USF dão garantias seguras do seu desenvolvimento em todo país. A rede existente, bem montada anteriormente, suporta bem essas novas instalações e equipamentos.¹⁷ Esses avanços e os desafios para consolidação dos CSP podem ser resumidos⁵ na figura a seguir.

Avanços	Desafios
1 - A acessibilidade organizacional aos cuidados de saúde;	1 - A integração dos CSP desenvolvidos nas USF com os outros níveis (mais especializados) de atenção;
2 - O trabalho em equipe emergiu como destaque na organização dos processos laborais;	2 - Indefinições político-institucionais;
3 - Melhorias na qualidade (técnico-científica) da atenção;	3 - Insuficiências nos sistemas informatizados é um dos dilemas na organização da atenção (práticas de gestão);
4 - Inovações nas práticas de gestão;	4 - As dificuldades de integração com outras unidades dos CSP, no âmbito dos CS;
5 - O desenvolvimento das USF é um dos aspectos centrais da reforma dos CSP;	5 - Relacionados à organização do processo de trabalho, como parte da dimensão do cuidado integral.
6-Estão bem consolidadas a sustentabilidade (condições de trabalho) e a infra-estrutura existentes nas USF.	

do sistema ainda é um dos grandes desafios para os sistemas de saúde.⁵

As indefinições político-institucionais correm em paralelo com uma situação político-institucional de pouco envolvimento dos usuários e das autarquias, como bases sociais de maior importância para essa consolidação da reforma dos CSP.

As insuficiências nos sistemas informatizados são consideradas como determinantes para o sucesso da reforma dos CSP. Portanto, são evidentes ainda certas

Figura 3. Avanços e desafios dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

dificuldades enfrentadas nessa utilização de novas tecnologias nas práticas de gestão.^{5,19}

As dificuldades de integração com outras unidades dos CSP, no âmbito dos CS, estão diretamente relacionadas com outras linhas de ação prioritárias notadamente aquelas relacionadas à reconfiguração e autonomia dos centros de saúde.^{5,17,19}

Nesse sentido, a implementação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) revela-se fundamental para o enfrentamento desses problemas de gestão entre as unidades de CSP, bem como sobre as necessidades de maior autonomia das USF em relação aos CS.

Todavia, após a implementação dos ACES, esperava-se também a criação das Unidades de Saúde pública em todos os ACES, no entanto, o estabelecimento de um modelo tipo de referência; programa de formação e dos instrumentos necessários ao seu desenvolvimento tem sido muito lento, fruto da crise que Portugal enfrenta.

Relativamente aos principais desafios abordados no Relatório de Primavera (2010), do Observatório Português de Sistemas de Saúde, são nomeadamente.^{6:99}

a) a reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, a articulação entre as diferentes unidades funcionais que integram os ACES, bem como os resultados em nível da eficiência, efetividade, acessibilidade, equidade e solidariedade;

b) o alargamento da rede de cuidados continuados, bem como a sua articulação com os cuidados hospitalares e com os cuidados primários, procurando otimizar a qualidade e a “compreensividade das prestações de apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social.

O nível internacional e estritamente conectado aos CSP o Observatório refere a livre circulação de usuários dos serviços de saúde na União Europeia, assim como a livre circulação de profissionais de saúde e de investimentos privados na prestação de cuidados de saúde manter-se-á na agenda política europeia e merecerá alguma atenção ao nível da atualização das tendências e legislação europeia.⁶

No caso específico de Portugal, assiste-se hoje em dia a um aumento da circulação de cidadãos de outras nacionalidades por todo o País, aumentando assim, exponencialmente o número de usuários sem médico de família atribuído e assim aumentando consecutivamente o tempo de espera para consulta aberta.⁶

Por último, as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), também elas

pertencentes aos ACES aguardam a regulamentação dos princípios de organização e funcionamento. Atualmente, estas unidades não se encontram criadas nem regulamentadas. Porém, em paralelo ao que acontece com as UCSP, existem algumas unidades a funcionar sem nenhum modelo de referência.⁶

Na prática, foram implementados 68 ACES sem que fossem acauteladas condições essenciais ao desempenho da sua missão e ao cumprimento do espírito da reforma. A vontade de fazer depressa e “tudo igual e ao mesmo tempo”, a complexidade da mudança e a ausência de um processo de “instalação” e de pilotagem explica, no essencial, a situação atual dos ACES.^{6:99}

A reforma dos cuidados de saúde primários pressupõe, nos tempos atuais, 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, pode assim contar com o melhor de ambos.²⁰

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.²⁰

A atual reforma portuguesa está alicerçada no acúmulo de aprendizado nos cuidados de saúde primários, com um notável desenvolvimento dos seus profissionais que aderiram, voluntariamente, ao projeto político-sanitário reformador empreendido pelo atual governo, a partir de 2005.²⁰

Como destaque a preocupação central com a acessibilidade aos serviços, com direcionamento governamental para as linhas de ação prioritárias, com forte inversão de recursos na rede de serviços, garantias de incentivos ao desempenho, sustentabilidade e infra-estrutura nos locais de atendimento.

Agora que o processo se iniciou, parece evidente que é preciso aprofundar essa reforma inicial do pensamento para que acompanhe a dinâmica da reforma e os desafios que se perfilam. Esta reforma do pensamento vai seguramente transformar as organizações e estas organizações transformadas vão exigir mais reformas e um novo pensamento num ciclo contínuo de qualidade.

CONCLUSÃO

Na evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal nos últimos 39 anos é possível identificar períodos distintos que se sucederam historicamente e que se consubstanciam em três gerações, com enquadramentos histórico-políticos e com características distintas.

Nos tempos atuais, a reforma dos cuidados de saúde primários, ainda em curso, pressupõe uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos, sendo as Unidades de Saúde Familiar (USF) uma das principais marcas desse processo, que foram sofrendo diversas alterações.

A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e ação. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar as capacidades e as potencialidades humanas existentes.

Evidenciaram-se como avanços principais a acessibilidade, trabalho em equipe, qualidade técnico-científica dos cuidados, inovações nas práticas de gestão, na sustentabilidade das condições de trabalho e na infra-estrutura.

Como principais desafios, a integração com especialidades hospitalares, indefinições político-institucionais, sistemas informatizados, integração nos centros de saúde e organização do processo de trabalho.

A esse respeito, os desafios à organização do processo de trabalho na dimensão do cuidado integral, retratam questões relacionadas ao tempo relativamente curto do processo de implantação das USF. Necessidades de maior integração das equipes e de políticas de educação permanente crescem de importância pela provável inclusão de novos profissionais às equipes das USF/CS para o desenvolvimento de serviços adicionais.

O Plano Nacional de Saúde em curso transmitiu uma visão e orientações estratégicas que foram consensualizadas num processo participativo e inclusivo. De entre as principais estratégias orientadoras deste Plano, quatro têm particular importância por implicarem diretamente os CSP e enquadrarem a reforma atual: a mudança centrada no cidadão, a gestão integrada da doença, a abordagem com base em *settings* (escolas, locais de trabalho) e a capacitação do sistema de saúde para a inovação.

Portanto, a mudança terá de ser concretizada no sentido de colocar o cidadão

no centro, promovendo a equidade, valorizando a qualidade de vida, percebendo que saúde e doença fazem parte de um mesmo continuum multidimensional saúde-doença e dando prioridade à promoção dos fatores que permitem uma resposta favorável à saúde.

A reforma da saúde na atualidade é um dos mais importantes processos de mudança a decorrer no País e, se continuar e ser bem sucedida resultará em grandes benefícios para a saúde e para a qualidade de vida e bem-estar dos portugueses.

REFERÊNCIAS

1. Araujo MBS, Rocha PMR. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência & Saúde Coletiva*[periódico na internet]. 2009 [acesso em 2010 Nov 22];14(Supl.1):1439-145. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a17v14s1.pdf>
2. WHO. Declaration of Alma-Ata. The International Conference on Primary Health Care. Geneva, WHO 1978 [acesso em 2010 Nov 22]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf
3. OMS. Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires: vingt-cinquième anniversaire. Rapport du Secrétariat. Geneve, A56/27, 2003[acesso em 2010 Nov 22]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WH_A56/fa5627.pdf
4. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*[periódico na Internet]. 2001 nov [citado 2010 nov 23];2:5-12. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/positivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>
5. Rocha P de M. Reforma da saúde familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Rev Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2009 Jan/Mar[acesso em 2010 Jan 12]; 4 (no prelo). Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5135
6. Desafios em tempos de crise. Relatório de Primavera 2010. Mar de palavras: Lisboa, Observatório Português dos Sistemas de Saúde [documento na Internet]. 2010 Ago [citado 2010 Nov 23]. Disponível em: http://www.videos.uevora.pt/2010-06-16/relatorio_primavera_20100616.pdf

7. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. Revista Portuguesa de Saúde Pública[periódico na Internet]. 2001 Nov [acesso em 2010 Nov 23]; 2:101-08. Disponível em:

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-10-2001.pdf>

8. Sousa PAF de. Health care system in Portugal: accomplishments and challenges. Acta paul enferm[periódico na Internet]. 2009 [acesso em 2010 nov 23];22(spe):884-894. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700009&lng=en

9. Pereira E do GA, Costa MAM. Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: estudo de um centro de saúde. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2007 Sep [acesso em 2010 Nov 23]; 16(3):408-416. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300005&lng=en.

10. Luís P. A reforma dos cuidados de saúde primários. Cadernos de Economia[periódico na Internet]. 2007 Jul/Set [acesso em 2010 Nov 23];60:60-6. Disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf

11. Lei de Bases da Saúde. Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para as unidades de saúde familiar (USF)[documento na Internet]. 2005 Jun[acesso em 2010 Nov 23];Disponível em:

<http://www.fnam.pt/images/parceiros.pdf>

12. Santos O, Biscaia AR, Antunes AR, Craveiro I, Junior A, Caldeira R, et al. Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Uma abordagem qualitativa. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários[documento na Internet]. 2007 Nov [acesso em 2010 Nov 23]. Disponível em: http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Centros_Saude_Estudo.pdf

13. Ministério da Saúde (Portugal). Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro. O Decreto - Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), Diário da República, [periódico na Internet] 2007 Out[acesso em 2010 Nov 23];1(201):7655-59. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/>

<FAE52EF8-8364-47B1-BDE2-A7840096D071/0/0765507659.pdf>

14. Tempos Decisivos. Da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários. Lisboa: Grupo consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários[documento na Internet]. 2010 Fev[acesso em 2010 Nov 23]. Disponível em:

<http://www.mgfamiliar.net/RelatorioGRCRSP2010.pdf>

15. Ministério da Saúde (Portugal). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2010 - 2011. Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2010[pagina na Internet]. 2010 Fev [acesso em 2010 Nov 23]. Disponível em:

http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_133/planomcsp2010_2011.pdf

16. Rosenstock KIV, Santos SR dos. Factors of satisfaction at work among professionals in the family health strategy Rev enferm UFPE on line[periódico na Internet]. 2010 May/June [acesso em 2010 Nov 23];4(spe):8-13. Disponível em:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/628/pdf_66

17. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde [pagina na Internet]. 2006 Fev[acesso em 2010 Nov 23]. Disponível em:

http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf

18. Biscaia A, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora/Fundação AstraZeneca; 2008.

19. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar e Carteira de Serviços das Unidades de Saúde Familiar. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2006

20. Escoval A, Ribeiro RS, Matos TT. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. Revista Portuguesa de Saúde Pública[periódico na Internet]. 2010 Nov[acesso em 2010 Nov 23]; 9:41-57. Disponível em:

<http://run.unl.pt/bitstream/10362/4464/1/T-10%20ESCOVAL%20p-41.pdf>

Torres GV, Mendes FRP, Mendes AFRF et al.

Primary health care in Portugal: evolution, current...

Sources of funding: Capes

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2011/02/28

Last received: 2011/03/12

Accepted: 2011/03/13

Publishing: 2011/04/01

Address for correspondence

Gilson de Vasconcelos Torres

Rua Massaranduba, 292, Nova Parnamirim,

CEP: 59150360 – Parnamirim (RN), Brasil