



Federação Nacional dos Médicos

I. Introdução

A reforma dos CSP, iniciada durante o mandato do XVII Governo Constitucional, foi por este apresentada como sua prioridade política para o sector da Saúde.

Esta reforma assentou essencialmente na consagração dum conjunto de propostas construídas, e continuamente desenvolvidas por muitos profissionais de saúde, principalmente durante a década de 90.

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

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

O êxito inicial desta reforma, traduzido na constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF) e que apontou para o "descongelamento periférico" dum sistema até agora organizado e gerido segundo princípios marcadamente administrativistas, burocráticos e de comando-controlo, deveu-se a uma aposta decidida na energia criativa e no empreendedorismo público dos profissionais do sector, devidamente enquadrada por lógicas de autonomia contratualizada.

A isto foram acrescentados o suporte político indispensável e a transparência no processo da sua condução.

E o resultado está à vista:

- 203 USF já em funcionamento e 84 potenciais, estas em fases diversas de avaliação das candidaturas;
- Só nas USF em actividade, contam-se 4 096 profissionais envolvidos - sendo 1.456 Médicos de Família (cerca de 25% dos existentes) - e uma cobertura assistencial potencial de mais de 2 milhões e meio de cidadãos (cerca de ¼ da população residente em Portugal);

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

- de acesso (a intersubstituição e a consulta no próprio dia)
- de acolhimento (instalações e equipamentos mais adequados)
- de qualidade assistencial (incremento de actos preventivos)
- de satisfação de utilizadores e de prestadores

Sem convulsões, sem roturas assistenciais, sem escândalos, de forma tranquila, com adesão dos profissionais e apoio dos cidadãos e... a um "custo mínimo" ... se de custo se pode falar neste enorme contributo para a (re)qualificação do SNS!

Esta primeira fase da Reforma - a constituição de USF - constitui-se, por tudo isso, na mais importante e bem sucedida transformação operada na Administração Pública portuguesa.

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



Federação Nacional dos Médicos

II. O momento presente

Esta reforma, iniciada num processo que partiu da base para o topo, dos profissionais para a administração do sistema de saúde, necessita agora de se consolidar, através da criação de estruturas enquadradoras e de suporte adequadas. Não pode confinar-se à mera consagração de novas siglas e, muito menos, à reprodução de linhas de comando gastas e perpetuadoras de velhas culturas, modelos e processos.

Mas é exactamente aqui que se abre todo um quadro de apreensões ao tomar-se por referência o que nos tem sido dado a observar, desde logo, na "construção" dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Enquadrados por um documento normativo (DL nº28/2008) no essencial adequado, a verdade é que esse processo denota já, nos mais pequenos detalhes, a sua captura pela cultura tradicional da administração da saúde.

Tal situação traduz fundamentalmente:

1. o resultado duma Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) ausente há já tempo demais e que, comprovadamente, enjeitou esta componente da reforma.
2. uma Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) desfasada da realidade e escandalosamente incapaz para produzir o sistema e as ferramentas de informação e comunicação imprescindíveis à monitorização, planeamento, acompanhamento e subsequente avaliação do que se vai concretizando.
3. a evidência, há muito conhecida, da incapacidade da administração tradicional para se reformar a si própria e conduzir as transformações necessárias. Por isso e para isso se constituem Unidades de Missão.

A FNAM não alimenta qualquer dúvida ou hesitação acerca da importância que a Reforma dos CSP assume para o desenvolvimento e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No entanto, é confrontada com a total ausência da concretização da "autonomia administrativa" dos ACES, conforme está contemplada no DL nº28/2008, por:

- Desconfiança e total defensismo por parte das actuais ARS;
- Decorrente incapacidade dos ACES, seja por falta de visão estratégica, seja por ausência completa de instrumentos de apoio à gestão operativa, para tomarem decisões nos domínios funcional, administrativo, financeiro e organizacional, no quadro dos seus projectos e em função das competências que a própria Lei lhes confere;
- O Poder Central (equipa ministerial, MCSP e ACSS) não têm dado sinais explícitos de que a legislação seja mesmo para cumprir. Disso constitui um bom exemplo o Despacho que deveria enquadrar "os modelos de contrato-programa" (nº3 do artigo 39º) que ainda não foi publicado, nem é conhecido qualquer documento de trabalho sobre esta matéria, tendo-se todas as estruturas, centrais e regionais, demitido das suas obrigações;
- A criação das Unidades de Apoio à Gestão (UAG) que, segundo a Carta de Missão dos Directores Executivos (DE) deveria ter acontecido até finais de



Federação Nacional dos Médicos

Setembro, não aconteceu na quase totalidade dos ACES, havendo mesmo a particularidade de algumas ARS não estarem a permitir a ida dos técnicos qualificados das ex-SRS para os ACES!

- Para 2010 não se vislumbra a existência de nenhum Contrato-Programa estruturado - acordo celebrado entre o Director Executivo do ACES e o Conselho Directivo (CD) da ARS IP - pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados à sua realização e se fixam as regras respeitantes à respectiva execução.

Por outro lado

- é fundamental que os **dispositivos de apoio** às unidades funcionais em constituição (USF e UCC) estejam efectivamente disponíveis. O que observamos é exactamente o contrário, através do enfraquecimento e abandono das Equipas Regionais de Apoio (ERA). E esta constatação poderá, a muito curto prazo, ter implicações negativas numa parte significativa das USF que, por serem ainda muito recentes, não tiveram o mesmo apoio que as anteriores;
- a Saúde Pública é parte integrante dos CSP e uma das suas componentes essenciais. Nesse sentido, não é admissível que as Unidades de Saúde Pública (USP) ainda não se tenham, efectiva e funcionalmente, integrado na orgânica dos respectivos ACES, mantendo-se também, em termos práticos, a necessidade urgente duma mudança de paradigma na área da Saúde Pública;
- outras unidades funcionais dos ACES simplesmente não existem, apesar de em alguns locais já estarem a ser nomeados coordenadores de UCSP e de USP, constatando-se que a maioria dos médicos de família e de saúde pública não foram envolvidos neste importante passo da Reforma;
- constata-se a inexistência de um processo de formação sustentado, dirigido às equipas multiprofissionais e de um programa de acreditação das USF;
- a contratualização com as USF, evidenciando assinaláveis variabilidades regionais, continua globalmente a demonstrar atraso significativo em conhecimentos, metodologias e práticas de contratualização, com coerência a nível nacional, conducentes a maior qualidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados;
- o sistema de informação e de comunicação disponível nas USF e de uma forma geral nos Centros de Saúde e Departamentos de Contratualização não tem evoluído de forma a dar resposta às necessidades de avaliação de resultados e metas, e às exigências de qualidade organizacional e técnico-científica;
- a recente criação de mais Unidades Locais de Saúde (ULS), indistintamente promovidas por uma visão hospitalocêntrica da saúde, em perfeito contra-ciclo com os princípios enformadores desta Reforma, vem reforçar as maiores reservas quanto à capacidade e vontade que alguns sectores da administração sempre têm demonstrado relativamente à Reforma desenhada para os CSP;
- esta reforma tem também como ideia subjacente a definição de um papel novo para as ARS. No próprio DL que as cria está determinado que as ARS não prestam cuidados, antes são estruturas que avaliam e contratualizam com os hospitais e com os CSP. Com os primeiros as ARS já têm esta postura de avaliação e contratualização. Com os CSP não. Porquê?



Federação Nacional dos Médicos

III. O que deverá acontecer?

Como se pode constatar estamos ainda longe de ver garantida a transformação qualitativa dos CSP anunciada pela Reforma iniciada em 2005 e por duas vezes inscrita em Programa de Governo.

Uma Reforma feita com os médicos e restantes profissionais de saúde, centrada no cidadão, orientada para resultados e patamares crescentes de satisfação, e que consagre a Governação Clínica e de Saúde, a contratualização de objectivos e metas, o trabalho em equipas multiprofissionais, a autonomia organizacional, funcional e técnica e que promova a proximidade dos cuidados e das decisões.

Os dias que correm são críticos para um novo impulso na Reforma!

Se não forem garantidas as condições necessárias que assegurem uma **coordenação interna** esclarecida e eficaz, o **apoio externo** que lhe garanta uma base social de apoio para lá das estruturas formais da saúde e um **sistema de aprendizagem** capaz de promover em simultâneo a regulação da própria reforma e o seu contínuo aprimoramento, ela soçobrará perante a incapacidade documentada da administração tradicional. E isso obriga a reequacionar-se a condução estratégica da Reforma, o reposicionamento das estruturas da administração e a dotação dos instrumentos de informação que suportem as tomadas de decisão adequadas.

No início de um novo ciclo político, onde o programa de Governo enuncia, uma vez mais, a Reforma dos CSP como prioridade estratégica para o sector, a nova equipa ministerial tem que saber mostrar-se à altura do seu compromisso e da importantíssima responsabilidade que lhe está atribuída. Esta equipa ministerial tem, talvez mais do que qualquer outra, a grande oportunidade de fazer história. Seria imperdoável optar pelo risco de não fazer.

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

1. Criação de um **novo dispositivo de liderança**, apoio e condução da reforma e da construção dos ACES, capacitado do ponto de vista operacional, mas também autónomo da administração tradicional, de forma a garantir-se a transparência da evolução da reforma e a criação das devidas condições para que os ACES possam assumir uma verdadeira autonomia contratualizada.
2. Criação das condições para que as **Unidades de Apoio à Gestão** se desenvolvam e capacitem através da mobilização da massa crítica indispensável, e assumam um papel fundamental para a autonomia responsável dos ACES, a materializar através dum contrato-programa público.
3. Garantir que a **integração e continuidade de cuidados** entre os diferentes níveis de prestação – hospitais e cuidados primários – sejam asseguradas por mecanismos efectivos que garantam a regulação, transparência e participação dos actores, no respeito pelas identidades, especificidades e missão de cada um.
4. Adequar as **políticas de recursos humanos**, no que diz respeito ao número e à formação básica e contínua dos profissionais, às características das suas carreiras e sistemas de incentivos e à possibilidade de incluir “novas profissões” nos ACES (URAP), em número tecnicamente recomendável.



Federação Nacional dos Médicos

5. Dotar as diferentes unidades funcionais dos ACES de **sistemas de informação** e **comunicação** adequados às suas necessidades, disponibilizando-se a banda larga em todos os ACES e a todos os seus níveis, com a generalização do **processo clínico único**. Em simultâneo há que implementar plataformas tecnológicas interactivas que possibilitem o agendamento *on-line* para aceder à marcação de consultas e contactos indirectos.
6. Aprofundar as funções de **apoio** e de **contratualização**, efectivamente autonomizadas (*split purchaser-provider*), embora concorrendo para um mesmo fim – inovação, eficiência e efectividade, e conseqüente melhoria do desempenho.
7. Compreender em toda a sua dimensão a importância de se criarem condições para desenvolver o conceito e os métodos da **governança clínica e de saúde**, combinando processos de melhoria contínua da qualidade com as estratégias regionais de saúde, orientadas para resultados e ganhos de bem-estar de grupos e populações.

A FNAM, para além de lutar por estas medidas, manifesta-se completamente disponível para dar o seu contributo, ajudando a que a Reforma entre na sua segunda fase e que esta seja completada.

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

6 de Novembro de 2009

FNAM – Federação Nacional dos Médicos

Comissão Executiva

Comissão Nacional de Medicina Geral e Familiar

Comissão Nacional de Saúde Pública