



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Monteiro, Baltazar Ricardo; Silva Azenha Pisco, Ana Maria; Cadoso, Fátima; Bastos,
Sónia; Reis, Magda
Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços
de saúde na Região de Lisboa
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 3, marzo, 2017, pp. 725-736
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050018008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa

Primary healthcare in Portugal: 10 years of contractualization of health services in the region of Lisbon

Baltazar Ricardo Monteiro ¹
Ana Maria Silva Azenha Pisco ²
Fátima Candoso ³
Sónia Bastos ⁴
Magda Reis ⁴

Abstract Contractualization consists in the development and implementation of a documented agreement whereby one party (payer) provides compensation to the other party (provider) in exchange for a set of health services to a targeted population. We describe, through a case study, the history and the process of implementation of primary health care contractualization (since 1992) in Portugal, emphasizing the consolidation and future challenges of the primary healthcare reform started in 2005. This article resorts to a case study to reflect on the results obtained in the Cluster of Health Centers of the Northern West, Regional Administration of Lisbon and Tagus Valley, between 2009 and 2015, following implementation of contractualization. It was found that the incentive-related payments will have to be weighted considering the results obtained, strongly influenced by epidemiological and socio-economic change.

Key words Contractualization, Primary healthcare

Resumo A contratualização consiste no desenvolvimento e implementação de um acordo documentado, através do qual uma das partes (financiador) prevê uma compensação à outra parte (prestador), em troca de um conjunto de serviços de saúde a uma população-alvo. Descrevemos, mediante um estudo de caso, a história e o processo de implementação da contratualização nos cuidados de saúde primários portugueses (desde 1992), dando-se ênfase à consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, iniciada em 2005 e apontando desafios de futuro. Este artigo recorre ao estudo de caso, para refletir sobre os resultados obtidos no Agrupamento de Centros de Saúde do Oeste Norte, da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, entre 2009 e 2015, depois de terem implementado a contratualização. Verificou-se que o pagamento por incentivos terá de ser ponderada, em vista dos resultados obtidos, fortemente influenciados pelas mudanças epidemiológicas e socioeconômicas.

Palavras-chave Contratualização, Cuidados de saúde primários

¹ Gabinete de Auditoria Interna, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Av. Estados Unidos da América 77. 1749-096 Lisboa Portugal. ricardo.monteiro.baltazar@gmail.com

² Diretora Executiva do ACeS Oeste Norte, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa Portugal.

³ Núcleo de Estudos e Planeamento, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa Portugal.

⁴ Departamento de Planeamento e Contratualização, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa Portugal.

Introdução

Apenas em 1971 se reconheceu em Portugal o direito à saúde. Este reconhecimento esteve na origem da criação dos centros de saúde de primeira geração, com a primordial preocupação de integrar múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, até ao momento organizadas de forma vertical. Estes centros eram fortemente influenciados pelos conceitos da saúde pública, preferencialmente vocacionados para a vacinação, a vigilância materna e infantil e a saúde escolar.

Posteriormente, os centros de saúde de segunda geração caracterizavam-se por uma estrutura organizativa de tipo burocrático, na dependência de estruturas sub-regionais, articuladas entre si nas Administrações Regionais de Saúde (criadas em 1982). A atividade destes centros de saúde era pautada pela carreira médica de clínica geral, criada em 1983. O modelo organizacional destes centros de saúde veio a revelar-se desajustado, quer em relação às necessidades dos utentes, quer dos profissionais e criou espaço ao desenvolvimento de um projeto experimental de inovação organizativa denominado Projeto Alfa (1996) e ao Regime Remuneratório Experimental (RRE) (1998).

O Projeto Alfa foi um exemplo de nova organização e prestação de cuidados de saúde prestados por médicos de medicina geral e familiar com o objetivo de proporcionar autonomia em troca de uma responsabilização objetiva pela melhoria do acesso e da qualidade. Procurava ainda incentivar a capacidade de iniciativa de pequenos grupos de médicos de família em colaboração com outros profissionais de saúde para, de modo autónomo e inovador, cuidarem adequadamente de uma lista de utentes, atendendo à sua capacidade e meios disponíveis.

A avaliação deste projeto apontou para a centralidade das remunerações aos profissionais, visando os melhores desempenhos. Foi assim que se criou o RRE (1998), que definiu uma nova modalidade remuneratória para os médicos, com uma componente salarial associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional, constituindo-se numa vertente de capacitação ponderada em alternativa ao tradicional modelo salarial. O custo efetividade desta medida e a satisfação dos profissionais atestaram o benefício de introdução do RRE.

Portugal iniciou em 1996 (com a experiência realizada na ARSLVT), o processo de contratualização, enquanto importante instrumento de apoio ao financiamento numa perspetiva de maior equi-

dade e garantia de acesso à saúde, por parte dos cidadãos. Cabia às Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde (AASS)¹, constituídas em 1997, mais tarde alterada à designação para Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde², uma por cada região de saúde, constituírem-se como entidades interventivas no sistema, com representação de cidadãos e da administração e com a missão de explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses da sociedade em geral. Por isso, a equidade e a racionalidade técnica deveriam pautar a distribuição de recursos financeiros pelas instituições de saúde de cada região.

O principal objetivo com a criação das Agências visava assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde, associado ao conceito de “agência” intermediária entre o cidadão e os serviços prestadores de cuidados de saúde. Rege-se por uma distinção clara entre o financiamento dos prestadores pelo Estado e o pagamento dos cuidados de saúde efetivamente prestados. A relação de agência “perfeita seria aquela em que o estado de saúde alcançado seria exatamente aquele que os utilizadores teriam conseguido alcançar se fossem eles a escolher, partindo do conhecimento da situação”³.

Surgem aqui os contratos-programa, necessários para aliar a atividade prevista ao volume de recursos financeiros entregues à instituição, ao invés de aliar essas transferências financeiras à estrutura interna. Numa primeira fase, o modelo de orçamentos-programa foi parcialmente aplicado e só envolveu parte das instituições públicas de saúde. Numa segunda fase previa-se, de acordo com uma autora⁴, estender à generalidade dos serviços e numa terceira fase estava previsto o desenvolvimento de novos modelos de financiamento.

Estas AASS passaram a ser cinco (em 1998 e 1999), e deveriam contratualizar com todos os hospitais e centros de saúde. Verificou-se que naqueles anos, apenas nas ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo as contratualizações com centros de saúde foram bem-sucedidas, ao passo que nas restantes três regiões de saúde do continente, apenas foram feitas contratualizações com hospitais. Nestes casos, o controle de desempenho era feito pelas ARS.

Em 1999 as AASS passaram a denominar-se Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (Agência de Contratualização), tendo também sido criado o Conselho Nacional das Agências, com a função de cruzamento e análise concertada da informação e da ação, na prossecução das respetivas atribuições⁵.

A Agência de Contratualização da ARSLVT iniciou as suas funções com a competência de negociar os orçamentos programa⁶ dos Hospitais da Região, sendo o processo extensível à contratualização com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) no ano 1999, com uma avaliação do desempenho dos 86 Centros de Saúde, já à época, baseada numa lista de indicadores de análise e acompanhamento previstos em documentos⁷ elaborados pela Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde.

Os indicadores de análise e acompanhamento estavam agregados em cinco grupos: produção e evolução da produção, produtividade e evolução da produtividade, acesso e evolução do acesso e da utilização, vigilância da saúde (qualidade) e eficiência e controle da despesa. Para cada indicador ou parâmetro de avaliação estavam previstos valores de referência, a partir dos quais se efetuava uma análise comparativa dos centros de saúde, calculando-se uma classificação final para cada instituição.

No ano 2000, para além do processo de negociação dos orçamentos-programa com os centros de saúde, a Agência de Contratualização apresentou um parecer quanto à distribuição dos montantes dos subsídios de exploração a atribuir a cada uma das três Sub-Regiões de Saúde⁸ e a cada Centro de Saúde, num exercício inovador, que promovia uma alteração na lógica de distribuição financeira baseada exclusivamente na despesa histórica⁸. Todavia, no mesmo ano, de 2000, as Agências de Contratualização viram a sua atividade interrompida, apesar de nunca terem sido extintas por lei.

Em 2005 iniciou-se a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal que havia de assentar numa nova estrutura de resposta aos problemas de saúde das populações, quer ao nível local, quer ao nível regional e nacional. Esta foi das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas em Portugal, implementada pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a responsabilidade de condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar (USF).

O processo de mudança teve dois vetores fundamentais: um de “cima para baixo”, em consonância com a reestruturação da Administração Central do Estado e a nova macroestrutura do Ministério da Saúde; outro de “baixo para cima”, com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidatura voluntária, para

a criação de equipas autónomas de prestação de cuidados de saúde, as USF. Estas candidaturas iniciaram-se em março de 2006 e as primeiras USF formalizaram-se no terreno, em setembro desse mesmo ano. As candidaturas a USF são submetidas a uma avaliação técnica, na medida em que têm de cumprir com uma série de requisitos previamente estipulados, num processo dinâmico de ajustamento contínuo do modelo organizacional.

Retomado com a Reforma dos CSP, o processo de contratualização estabeleceu como prioritária a sua introdução para todos os serviços do SNS. Foi através do Despacho Normativo n.º 22.250/2005⁹, de 3 de outubro, e do Despacho Normativo n.º 23.825/2005¹⁰, de 22 de novembro, que se relançou o projeto e se reabilitaram as ACSS. O relançamento dos processos de contratualização está também associado à implementação e ao funcionamento das USF e deveria constituir um instrumento indutor de maior responsabilização e exigência, de forma a poderem alcançar-se melhores resultados em saúde, com maior eficiência, garantindo simultaneamente aos profissionais envolvidos e à sociedade, a transparência, a equidade e a idoneidade de todo este processo. A falta de experiência de todos os intervenientes no processo de contratualização aconselhou a que este fosse encarado como de aprendizagem, sem contudo deixar de se nortear pelos níveis de exigência aceites à partida. Neste contexto de mudança, o processo de contratualização com as USF teve início em 2 de outubro de 2006, com a efetivação da primeira etapa, que consistia na negociação direta com um grupo de prestadores de cuidados de saúde sem autonomia financeira e administrativa. Nesta etapa englobavam-se duas fases: na primeira estavam envolvidas todas as USF que iniciaram a sua atividade até 30 de setembro de 2006; na segunda fase seriam envolvidas todas as USF e contemplava a contratualização para o ano de 2007 (com início a 1º de outubro de 2006). Ainda em maio de 2006 a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) identificou uma “Matriz de Indicadores a contratualizar para 2006 e 2007”, que consistia de um conjunto de 49 indicadores distribuídos por quatro classes: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho económico, que decorria do trabalho desenvolvido pela MCSP. Os quadros de indicadores atuais utilizados podem ser consultados na ACSS¹¹.

A avaliação do cumprimento das metas teria uma periodicidade trimestral, de forma automatizada, sem carga de trabalho adicional para os elementos das USF, esperando-se total veracidade

de de informação existente no sistema informático utilizado por parte da USF. O cumprimento dos indicadores contratualizados estava associado a incentivos.

Os modelos de unidades de saúde na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a contratualização

Convém notar que foram criadas na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários as USF de modelo A e B, que se distinguem da seguinte forma: (1) o modelo A corresponde, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipe de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar; (2) o modelo B indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipe de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.

O direito a incentivos implica a elaboração de um Plano para a Aplicação de Incentivos Institucionais, para empregar em formação, documentação, equipamentos e reabilitação de infraestruturas. Este incentivo institucional representa uma qualificação do investimento, ou seja, assume-se como prioritário o investimento nas unidades que cumpram os objetivos contratualizados.

A metodologia de contratualização concebida para as USF de modelo A, em funcionamento desde 2006, já contemplava a existência de incentivos institucionais para aplicação das respetivas USF. O Decreto-Lei n.º 298/2007¹² veio consagrar e ampliar esta possibilidade para todas as USF, independentemente do modelo em que se enquadrassem. Neste diploma legal estava prevista a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF enquadradas no modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das atividades específicas e os dos restantes profissionais – enfermeiros e pessoal administrativo – integrados na compensação pelo desempenho. Finalmente, a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril¹³, viria a regular os critérios e as condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram.

Também em 2006 foi publicado um estudo, encomendado pela MCSP, no qual foi comparado o desempenho dos RRE (muito semelhantes às USF) com os Centros de Saúde “convencionais” e, numa segunda fase, foi analisado o impacto orçamental das USF, já em 2007. As conclusões de Gouveia et al.¹⁴ apontaram para uma redução do preço por utente, por consulta, em medicamentos e MCDT, no modelo RRE, quando comparado com o existente nos Centros de Saúde “convencionais”.

O Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio¹⁵, publicou a nova orgânica das ARS com o objetivo de criar um novo modelo, centrado na simplificação da estrutura orgânica existente e o reforço das suas atribuições, no sentido de uma maior autonomia e de acomodação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde, que na RSLVT determinou a extinção de três (Lisboa, Setúbal e Santarém) e através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro¹⁶, a criação de 22 ACEs.

Os Estatutos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) são publicados na Portaria n.º 651/2007, de 30 maio¹⁷, na qual se formaliza a criação do Departamento de Contratualização com competências definidas no art.º 5º do diploma, fruto da experiência de 10 anos das Agências de Acompanhamento/Contratualização extensível às restantes quatro Administrações Regiões de Saúde de Portugal. Destacam-se das suas competências a proposta de afetação de recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, através da negociação, celebração e revisão de contratos-programa.

Assim, e no âmbito da reforma dos CSP, em 2007, cada USF passou a contratualizar com o respetivo Departamento de Contratualização (DC) 20 indicadores para a Carteira Básica de Serviços e um indicador por cada atividade desenvolvida no âmbito da Carteira Adicional de Serviços, e a partir de 2008 passaram a ser contratualizados 15 indicadores, dos quais 13 comuns a todas as USF e 2 selecionados por cada uma delas, de entre indicadores validados pela ACSS.

A contratualização externa e interna nos CSP

A metodologia de contratualização para 2009 seria enquadrada na Etapa 2 do processo de implantação, ou seja, embora estivesse presente a figura dos ACEs, estes estariam em fase de instalação durante o primeiro semestre de 2009, motivo

pelo qual continuaria a ser realizada nos moldes anteriores, entre as USF e os DC das ARS. Haveria ainda de integrar a preocupação com o desenvolvimento das Unidades Locais de Saúde (ULS) que, dado terem previamente estabelecido com o MS um contrato-programa, seria importante que um representante do Conselho de Administração fosse indigitado para acompanhar o processo de contratualização, entre as USF e o DC, com a finalidade de refletir os indicadores contratualizados no contrato-programa com a tutela.

Ocorreram outras alterações importantes no decurso de 2009: (1) no documento de trabalho publicado pela ACSS¹⁸, dizia-se que a definição das metas dependeria da negociação entre a USF e o DC e deveria ter em atenção o comportamento dos indicadores na própria USF e nos centros de saúde envolventes. As metas deveriam ser exigentes, mas viáveis, baseadas nas boas práticas, com o fim de garantir que as características inerentes à constituição das USF obtivessem melhores resultados em saúde, sem colocar em causa a implementação e o desenvolvimento organizacional das equipas; (2) foi criado um grupo de trabalho¹⁹ dedicado ao desenvolvimento da contratualização com os CSP; (3) ocorreu o reforço e a expansão das USF e a implementação dos ACeS.

A nível da contratualização significa um ponto de viragem, na medida em que a fase de negociação direta com as USF terminou e iniciou-se um ciclo de contratualização interna e externa, no qual o apoio dos DC das ARS aos ACeS para a consubstanciação da sua autonomia gestionária seria fundamental, para a necessária adaptação das suas unidades de gestão a uma cultura de excelência através da governação e da prestação de contas.

Este é um dos grandes desafios que a contratualização enfrenta atualmente, passando pelas dinâmicas de articulação entre a gestão estratégica e a operacional das organizações de saúde. A dialética entre as duas formas de contratualização, a externa implica uma filosofia de responsabilização e transparência, transpondo-a para o interior da organização através da contratualização interna.

A contratualização interna, segundo Matos et al.²⁰, apresenta-se como um instrumento de gestão por objetivos, suscetível de promover um alinhamento entre os contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde, onde se deverá valorizar a criação de ganhos efetivos em saúde, e não apenas produção de atos.

Implicitamente, a contratualização interna envolve uma nova forma de relacionamento in-

terno, alternando as metodologias de tomada de decisão, apresentando-se como um modelo de gestão participada, criando consistência entre todas as atividades da organização, através de um alinhamento das atividades com a estratégia, visando atingir objetivos delineados a partir de uma componente externa, dos meios existentes e dos resultados desejados.

Esta nova forma de encarar a contratualização consubstanciou-se durante a implementação da 3.^a Etapa da Contratualização, com dois momentos distintos: no primeiro ocorreu um processo de contratualização interna no qual os ACeS negociaram as várias metas com as unidades funcionais; no segundo houve um processo de contratualização externa na qual os DC contratualizaram com as Direções Executivas dos ACeS, o que culminou com a assinatura de contratos-programa.

Neste contexto de implementação dos ACeS deve ter-se em conta que as USF se constituem como unidades funcionais daqueles, mantendo-se, porém, toda a filosofia acerca de indicadores, métrica de avaliação e atribuição de incentivos institucionais e financeiros. Deve referir-se que os DC apoiaram também os ACeS no processo de contratualização interna (com as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados), participaram na qualidade de analistas nas reuniões de contratualização e elaboraram uma análise crítica a fim de identificar aspectos a melhorar. O modelo de contratualização com os ACeS implicou um esforço e capacitação adicionais no levantamento de necessidades, no planeamento, na contratualização de cuidados de saúde e sofisticação nas modalidades de pagamento (Figura 1). Assumem aqui importância o Plano de Desempenho e o Contrato-Programa. O primeiro é um documento estratégico, negociado anualmente com os ACeS, integrando indicadores populacionais de cariz sociodemográfico e socioeconómico, mas também resultados em saúde; o segundo, estabelecido entre o ACeS e a ARS, concretiza o compromisso em termos de objetivos e metas assistenciais, em concordância com o Plano de Desempenho. O processo negocial entre os DC e os ACeS culmina com a assinatura do Contrato-Programa anual.

Métodos

Este estudo de caso recorreu à revisão bibliográfica e de arquivos, quer legislativos, quer administrativos, de modo a contextualizar o processo

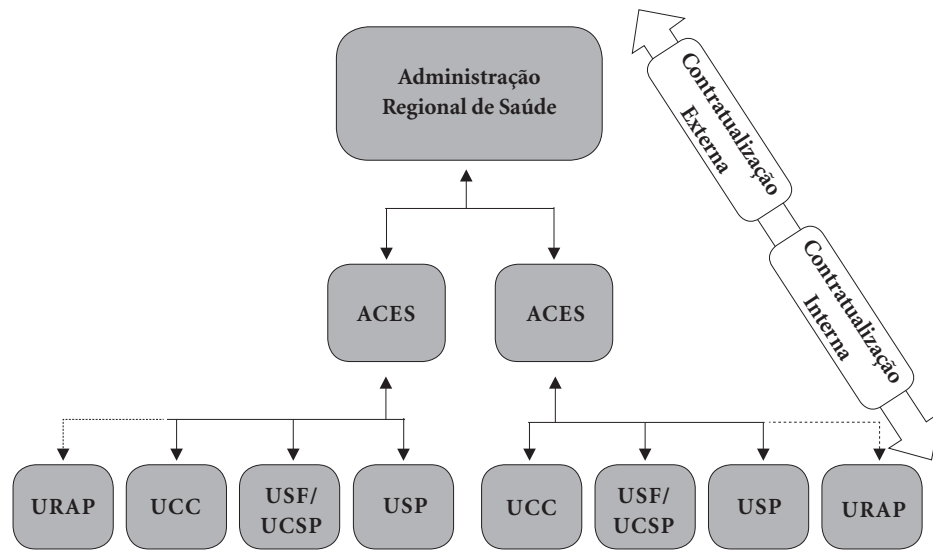


Figura 1. Modelo de contratualização de uma ARS com os ACeS (externa) e destes com as respectivas UF (interna).

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde. Metodologia de contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no ano de 2015.

de contratualização e depois a uma análise da experiência e resultados obtidos no ACeS Oeste Norte, em comparação com a média obtida na região de Lisboa, com recurso à base de dados do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS).

Resultados e experiência de contratualização no ACeS Oeste Norte

O Oeste é um espaço unido por uma herança cultural comum, com um forte componente de prática agrícola e piscatória, num apego muito forte à terra e ao mar. A população residente é de 17 2618 habitantes (estimativa a 31 de Dezembro 2015) com uma densidade populacional (162,9 Hab/Km²) acima da média do país (114,3 Hab/Km²), mas a população inscrita no ACeS Oeste Norte era 191.275 utentes (dezembro 2015).

O ACeS Oeste Norte resulta da agregação de 6 concelhos (Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche e consequentemente dos centros de saúde existentes nesses concelhos) e integra: (1) seis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ; (2) oito USF's que prestam cuidados personalizados; (3) três

Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (redes sociais) em parceria com as autarquias, e programas de saúde escolar; (4) uma Unidade de Saúde Pública (USP) que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra, competindo-lhe, entre outras, a elaboração de informação e planos do domínio da saúde pública (ex: Plano local de saúde); (5) uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais. É composta por técnicos de várias áreas, nomeadamente assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral. Podem também fazer parte desta unidade médicos de especialidades hospitalares que respondem a solicitações das várias unidades que integram o ACeS (Figura 2).

Sumariamente, os habitantes na área geográfica abrangida pelo ACeS Oeste Norte é maiori-

tariamente feminina, com uma taxa de natalidade que varia entre 7 (Alcobaça) e 9,3 (Nazaré), característica de uma população envelhecida. De fato, o índice de envelhecimento mais elevado é de 172,5 em Bombarral e o mais baixo é de 138,4, em Peniche, valores que estão alinhados com as taxas de dependência que registam, respetivamente valores de 44,9 e de 39,6. Todos estes valores são mais elevados que as médias que se registam na Região (Tabela 1).

Em termos de cumprimento de indicadores contratualizados entre o ACeS Oeste Norte e a

ARSLVT, entre os anos 2012 e 2015, verifica-se que o acesso se manteve sempre mais elevado que a média da ARSLVT, embora tenha uma oscilação negativa entre o primeiro e o último ano considerado. É relevante a subida muito significativa de inscritos com idade superior ou igual a 14 anos, com hábitos tabágicos (de 25,2% em 2012 e 53,6% em 2015) e a proporção de recém-nascidos de termo, de baixo peso, que atingiu em 2015 os mesmos valores que em 2012, ou seja, 3,04%.

Ainda em termos de desempenho assistencial, é importante destacar a incidência de amputações major do membro inferior, em residentes, que era de 0,9% em 2012 e registou 0,3% em 2015 (Tabela 2).

Como se obtiveram estes resultados? Uma das estratégias utilizada para envolvimento dos profissionais, no ACeS Oeste Norte passou por reuniões com periodicidade trimestral, de todos os coordenadores de unidade, com partilha dos resultados e análise do seu grau de cumprimento e partilha de estratégias desenvolvidas por cada uma. Nos casos de mais difícil cumprimento houve envolvimento do conselho clínico sobretudo relacionado com a forma de registo no processo clínico eletrónico.

Paralelamente, todos os meses foram disponibilizados às unidades os mapas com a evolução dos respetivos indicadores contratualizados (contratualização interna), bem como os contratualizados pelo ACeS e que são influenciados pelo desempenho das unidades (contratualização externa).



Figura 2. Mapa da ARSLVT e localização dos respetivos ACES.

Tabela 1. Residentes, densidade populacional, proporção de mulheres, natalidade, mortalidade, índices de dependência e de envelhecimento, no ACeS Oeste Norte -2015.

Localidades	Residentes Nº	Densidade Populacional / km2	P. Mulheres %	Tx. Natalid. nv/1000 hab	Tx. Mortalid. ób/1000 hab	Índice de Depend. /100 hab [15; 65[Anos	Índice de Envelhec. /100 hab [0; 15[Anos
Alcobaça	56.688	138,9	51,6	7	10,2	40,2	141,3
Bombarral	13.193	144,5	51,8	9,3	14,9	44,9	172,5
Caldas da Rainha	51.729	202,3	52,6	8,1	10,8	40,6	143,5
Nazaré	15.158	183,9	52,3	9,3	11,9	38,5	145
Óbidos	11.772	83,2	51,4	6,9	9,7	42,4	150,8
Peniche	27.753	357,9	51,6	7,9	12,2	39,6	138,4
ACES Oeste Norte	176.293	166,8	51,9	7,8	11,2	40,6	144,6
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.659.871	299,9	52,5	10,4	9,6	36,7	124,4
Portugal Continental	10.047.621	112,8	52,2	9,1	9,8	37,3	130,6

Fonte: www.ine.pt (dados definitivos do Censos 2011, sobre população residente).

Tabela 2. Evolução 2012-2015 dos indicadores contratualizados entre o ACeS Oeste Norte comparativamente com a ARSLVT.

Indicador		Realizado ano 2015		Realizado ano 2014		Realizado ano 2013		Realizado ano 2012	
		ACeS Oeste Norte	ARSLVT	ACeS Oeste Norte	ARSLVT	ACeS Oeste Norte	ARSLVT	ACeS Oeste Norte	ARSLVT
Âmbito Nacional									
Acesso	Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	89,0%	78,9%	89,00%	79,9%	89,4%	80,3%	90,9%	79,6%
	Taxa de domicílios enfermagem por 1.000 inscritos	151,4 ‰	124,9 ‰	158,2 ‰	127,6 ‰	155,5 ‰	127,2 ‰	136,2‰	105,8 ‰
Desempenho Assistencial	Proporção inscritos >= 14 A, c/ hábitos tabágicos	53,6%	45,2%	46,60%	37,9%	34,9%	26,9%	25,2%	17,3%
	Índice de acompanhamento adequado em PF, nas MIF	0,6%	0,507%	0,561%	0,469%	33,1%	21,0%	14,7%	7,5%
	Proporção de RN de termo, de baixo peso	3,04%	2,51%	2,17%	2,56%	1,70%	2,40%	3,04%	3,31%
	Proporção jovens 14A, c/ cons. méd. vig. e PNV	63,3%	48,0%	61,4%	45,1%	43,7%	36,1%	36,0%	28,4%
	Taxa de internamentos DCV, entre residentes < 65 A	8,8%	9,2%	6,74%	8,5%	9,0%	9,9%	7,8%	9,5%
	Incidência de amputações major membro inferior (DM), em residentes	0,3%	0,4%	0,45%	0,5%	0,5%	0,5%	0,9%	0,7%
	Proporção idosos, sem ansiol. / sedat. / hipnót.	67,2%	67,8%	66,50%	68,2%	65,7%	66,6%	64,6%	65,3%
	Proporção consultas médicas presenciais, com ICPC-2	92,2%	89,5%	84,60%	84,3%	82,8%	77,6%	74,3%	70,0%
	Proporção medicamentos prescritos que são genéricos	61,0%	59,4%	57,60%	55,7%	45,4%	43,0%	41,0%	38,7%
Eficiência	Despesa medicamentos faturados, por utilizador (PVP)	140,8 €	138,3 €	141,50 €	149,1 €	138,1 €	133,5 €	156,0 €	154,4 €
	Despesa MCDT faturados, por utilizador SNS (p. conv.)	51,6 €	--	49,30 €	63,4 €	42,3 €	52,7 €	44,7 €	54,8 €

continua

Tabela 2. continuação

Indicador		Realizado ano 2015		Realizado ano 2014		Realizado ano 2013		Realizado ano 2012	
		ACeS Oeste Norte	ARSLVT	ACeS Oeste Norte	ARSLVT	ACeS Oeste Norte	ARSLVT	ACeS Oeste Norte	ARSLVT
Âmbito Regional									
Desempenho Assistencial	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	63,1%	49,3%	63,20%	47,2%	58,3%	46,6%	54,3%	44,4%
	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	37,6%	36,6%	28,70%	31,2%	18,7%	23,6%	14,9%	18,8%
	Proporção mulheres [25; 60[A, c/ colpoc. (3 anos)	51,7%	37,7%	48,50%	35,9%	43,2%	33,3%	35,9%	28,5%
	Proporção DM2 em terapêutica c/ insulina	78,1%	71,3%	73,20%	61,7%	4,8%	3,7%	4,5%	3,4%
Âmbito Local									
Hipertensão	Proporção hipertensos com risco CV (3 A)	52,9%	35,4%	41,3%	26,8%	9,5%	7,7%	--	--
S. Adultos	Proporção hipocoagulados controlados na unidade	49,3%	50,0%	43,7%	19,1%	18,0%	12,2%	--	--

Fonte: Contratualização, ACeS Oeste Norte.

O conselho clínico orienta a sua intervenção de acordo com o conceito de governação clínica, combinando duas ideias: (1) melhorar os níveis de saúde e obter resultados clínicos a nível individual; (2) obter resultados de saúde de âmbito populacional. Ao mesmo tempo assegura a convergência de três linhas essenciais para a saúde dos cidadãos e das comunidades: (1) cuidados centrados na pessoa e na família (USF e UCSP); (2) intervenções em grupos com necessidades especiais de saúde, na comunidade (UCC e USP); (3) abordagens de âmbito epidemiológico e populacional (USP).

Segundo dados publicados na metodologia de contratualização CSP 2015 pela ACSS²¹, regista-se uma crescente codificação de problemas de saúde a nível nacional, o que reflete o aumento dos registos clínicos informáticos, com níveis de exigência cada vez maiores por parte dos utilizadores e prestadores de cuidados de saúde. Este fato permite um melhor planeamento e melhor gestão de cuidados de saúde. No seu conjunto e a nível das unidades funcionais o conhecimento

dos problemas de saúde das listas de utentes permite uma melhor governação clínica.

No final de 2011 estavam identificados, a nível nacional, 20,6 milhões de problemas de saúde e no final de 2013 esse valor tinha aumentado para 30,2 milhões. A percentagem de consultas com codificação ICPC-2 nos cuidados de saúde primários é elevada em Portugal (69,2% em 2011, 83,9% em 2012 e 84% em 2013)²¹.

A lista de problemas ativos dos utentes contém os problemas de saúde para os quais existe um plano de seguimento, as doenças relevantes, as que requerem um tratamento médico contínuo, que nos permite caracterizar os utentes, descrever a atividade desenvolvida ou programar atividade futura. Com bons registos podemos garantir a adequação de cuidados, monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados à população.

Na Tabela 3 podemos verificar, comparativamente com os valores para a ARSLVT, a evolução da incidência e prevalência dos problemas codificados com ICPC-2 no ACeS Oeste Norte.

Destacam-se os resultados obtidos nas áreas cardiovasculares e da diabetes, bem como da saúde mental, áreas que integraram os projetos do plano local de saúde. Em 2013 tinham valores muito diferentes da ARSLVT, mas em 2015 atingiram outros mais próximos.

No entanto estas mesmas áreas deverão continuar a ser objeto de intervenção no futuro próximo, dada a sua prevalência na população do ACeS Oeste Norte, conforme análise da Tabela 3, tendo, na sua maioria, valores superiores à média da ARSLVT. A este fato não será alheia a característica demográfica de envelhecimento da população que o constitui.

Apesar de todas as intervenções que há vários anos têm sido efetuadas junto das escolas relativamente a obesidade e excesso de peso, verificamos que a prevalência deste problema tem valores mais elevados que a média da RLVT.

Discussão

O investimento em CSP é tido como essencial e um pré-requisito para alcançar eficiência, eficácia e equidade num sistema de saúde de cariz universalista como o português, acreditando-se que bons resultados nestes indicadores levarão

a melhor saúde das populações. Verifica-se exatamente esta afirmação no caso que se descreve brevemente neste artigo: melhoria de acesso, melhorias de desempenho assistencial e de eficiência, relacionados com a aplicação do modelo de contratualização e atribuição de incentivos aos profissionais.

O regime de incentivos português segue de perto as ideias desenvolvidas no Reino Unido, onde se introduziu em 2004 o *Quality and Outcomes Framework* (QOF), defendido como o esquema mais abrangente em termos de pagamento por desempenho, em cuidados de saúde primários²². Tanto o QOF como o regime de incentivos português são mais do que um esquema remuneratório, na medida em que se pretendeu desenvolver uma mudança organizacional estruturada em torno das autonomias profissionais, organizadas de acordo com as necessidades locais de saúde e de uma profunda alteração nas formas de registo clínico, essenciais para a demonstração de resultados.

Gillam et al.²² concluíram que o efeito do QOL no desempenho foi modesto, com incertezas acerca de possíveis efeitos adversos, recomendando, por isso, que os políticos sejam cautelosos na disseminação do projeto, mesmo no que diz respeito a indicadores de qualidade (como seja a

Tabela 3. Evolução 2013-2015 da prevalência de problemas codificados com ICPC-2 no ACeS Oeste Norte comparativamente com a ARSLVT, Portugal.

Patologia	ACeS Oeste Norte			ARSLVT
	2013	2014	2015	
Enfarte agudo do miocárdio	1,7	1,24	0,96	0,85
Acidente vascular cerebral	3,1	2,8	1,72	1,71
Acidente isquémico transitório	0,6	0,45	0,38	0,38
Diabetes mellitus	15,6	13,2	8,19	7,61
Hipertensão arterial	42,3	37,1	21,5	20,6
Obesidade	12,3	9,8	10,6	12,1
Alteração metabolismo lípidos	40,9	34,2	21,7	19
Abuso de tabaco	22,6	26,6	16,2	14
DPOC	2,1	2,17	1,99	2,06
Asma	5,1	4,44	2,98	2,95
Distúrbio ansioso	4,4	5,17	5,98	3,73
Sensação de ansiedade	1,8	2,26	2,51	2,3
Perturbações depressivas	6,1	6,6	8,95	5,56
Depressão pós-parto	0	0,03	0,03	0,02
Abuso crónico de álcool	0,6	0,62	0,75	0,71
Abuso de drogas	0,3	0,38	0,43	0,35

satisfação do utente e a equidade), devendo ser feita uma avaliação custo/benefício, na medida em que o pagamento de incentivos se mantém como uma abordagem imperfeita de melhoria dos CSP, devendo, por isso, ser considerada como uma das alternativas possíveis, de entre as existentes para obter a melhoria contínua nesta área de cuidados de saúde.

A ponderação aconselhada assume particular relevância em termos contextuais, senão vejamos: quer a criação do Serviço Nacional de Saúde, a grande e profunda reforma do sistema de saúde em Portugal, quer a muito significativa e bem-sucedida reforma dos Cuidados de Saúde Primários foram executadas em contraciclo. Se a primeira foi contemporânea do primeiro bloqueio petrolífero, da Revolução de Abril e do regresso em massa da população portuguesa que residia nas ex-colónias, a segunda é contemporânea da maior crise financeira que vivemos mundialmente, depois de 1930. Se na primeira faltou o financiamento decisivo para o lançamento das bases do SNS, na segunda faltaram as bases financeiras para completar todo o processo de reforma.

Vive-se, pois, no contexto descrito, uma escalada do deficit agregado na saúde imposto pelas pressões financeiras e operacionais que se abatem sobre o SNS. A adoção de estratégias de procura de eficiência através da redução do financiamento e de despesa com pessoal está a tornar a situação insustentável. A redução do financiamento, principal causa dos défices diagnosticados, não está de acordo com a procura crescente e com a forte mudança epidemiológica.

Num quadro em que a prática da Medicina Geral e Familiar se mantém com fraca procura por parte dos profissionais de saúde e no qual as restrições à afetação de recursos humanos se mantêm difícil, a saúde tem vindo a optar pelo pagamento à produção, quer maiores volumes de serviço sejam ou não necessários. Mais recentemente, o foco está a mudar do volume para a qualidade e eficiência. Orientado pelas mudanças epidemiológicas e pela complexidade dos estados de saúde, num contexto de recursos cada vez mais escassos a que se vem respondendo com a transformação do sistema de saúde, o foco tem vindo a mudar-se para as políticas remuneratórias.

Considerações Finais

Durante estes 10 anos de reforma a evolução na prestação de cuidados e informação recolhida foi grande. Temos, além de dados de cumprimento

de indicadores, um histórico que nos permite definir estratégias para efetivos ganhos em saúde.

Nesta 1ª década, os programas definidos para intervenção estiveram ligados às patologias que traduzem maior carga de doença na população portuguesa, muitas vezes definidos numa vertente puramente clínica. Urge diversificar estas áreas e fazer uma abordagem mais familiar e comunitária, enquadrando também a área psicossocial. Se até há alguns anos a prevenção era mais primária e secundária, agora tem especial peso a quaternária, dado que estamos perante cidadãos com comorbilidades e não perante uma única patologia, com visão hospitalocêntrica. Para efetivos ganhos em saúde, urge definir planos de cuidados integrados, onde cada setor intervém num todo, tendo a pessoa no centro da intervenção.

Devem ser considerados como pontos de evolução a definição de novas áreas clínicas de intervenção (saúde mental, doenças respiratórias), a integração de cuidados (Unidades / aces / hospitais / cuidados continuados), a capacitação e a autonomia dos utentes e o envolvimento da comunidade, a reorganização da oferta de cuidados de saúde e ponderadas as expectativas da população.

Devem ser também diversificados os prestadores, passando as equipas a ser constituídas por outros saberes e técnicas que poderão melhorar a qualidade de vida do utente que cada vez tem uma maior esperança de vida.

Na estratégia para os próximos 10 anos, deve estar como eixo condutor a redução de internamentos e a utilização de serviços hospitalares, no sentido lato. Para prossecução deste princípio será necessário uma alteração do paradigma dos CSP. Estes deverão ser dotados de novas tecnologias que permitam que os utentes não se tenham que deslocar a locais de prestação secundária de cuidados (hospitais) para a realização de exames complementares, prestação de cuidados em horário pós-laboral e fins de semana.

Colaboradores

BR Monteiro foi o responsável pela recolha de dados, redação, revisão crítica e versão a ser publicada; AMSA Pisco, pela recolha de dados, análise e redação; F Cadoso pela análise de dados e revisão crítica do artigo; S Bastos pela análise e interpretação de dados; e M Reis pela recolha e interpretação de dados.

Referências

1. Portugal. Despacho Normativo nº 46/1997 de 8 de agosto. Determina a instalação e funcionamento das Agências de Acompanhamento dos serviços de saúde junto das administrações regionais de saúde. *Diário da República* I Série-B. 1997; 8 ago.
2. Portugal. Despacho Normativo nº 61/1999 de 12 novembro. Altera as orientações relativas à instalação e funcionamento das agências de acompanhamento dos serviços de saúde junto das administrações regionais de saúde. *Diário da República* N.º 264, Série I-B. 1999; 11 dez.
3. Portugal. Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo. *A função de «agência»*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo; 1996.
4. Escoval A, Matos T, Ribeiro R, Santos A. *Contratualização em CSP: Horizonte 2015/20*. 2010. [acessado 2016 nov 8]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase%205_Relatorio%20Final.pdf
5. Portugal. Decreto-Lei n.º 11/93. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* I Série -A. N.º 12. 1993; 15 jan.
6. Portugal. Despacho Normativo nº 45/1997. Estabelece as normas a que deve obedecer a distribuição de recursos financeiros, humanos e tecnológicos no Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República* N.º 182, Série I-B. 1997; 8 ago.
7. Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde. Sistema de Indicadores: Análise e Acompanhamento dos orçamentos-programa dos centros e saúde e Hospitais”, Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, Lisboa, 1998 e “Orçamentos- Programa 2000: proposta da metodologia de avaliação do cumprimento dos acordos e classificação dos centros de saúde e dos hospitais”. Lisboa: Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde; 2000.
8. Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde. Relatório Final do Processo de Contratualização 2000 com as Instituições da RSLVT. Vol. I e II. Lisboa: Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde; 2000.
9. Portugal. Despacho Normativo n.º 22250/2005. Diploma enquadrador do processo de contratualização com os hospitais, que integram a rede de prestação de cuidados de saúde do SNS, para o ano de 2006. *Diário da República* N.º 205, Série II. 2005; 3 out.
10. Portugal. Despacho Normativo nº 23 825/2005. Determina as competências e a composição do grupo de trabalho criado para coordenar a reabilitação do processo de contratualização. *Diário da República* N.º 224. Série II. 2005; 22 nov.
11. Portugal. Contratualização. Serviço Nacional de Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2016. [acessado 2016 ago 11]. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/>
12. Portugal. Decreto-Lei n.º 298/2007. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. *Diário da República* N.º 161. Série I. 2007; 22 ago.
13. Portugal. Portaria 301/2008. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados. *Diário da República* N.º 77. Série I. 2008; 18 abr.
14. Gouveia M, Silva SN, Oliveira P, Miguel LS. Análise dos custos dos centros de saúde e do regime remuneratório experimental. *Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. 2010. [acessado 2016 ago 11]. Disponível em: <http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4B0B71BD-1620-4168-BB98-60134AB16A49/0/Relat%20de%20custos%20dos%20centros%20de%20saude.pdf>
15. Portugal. Decreto-Lei n.º 222/2007. Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P. *Diário da República* N.º 103. Série I. 2007; 29 maio.
16. Portugal. Decreto-lei nº 28/2008. Estabelece o regime de criação, estruturação e financiamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*. N.º 38. Série II. 2008. 22 fev.
17. Portugal. Portaria N.º 651/2007. Aprovados os estatutos da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. *Diário da República* N.º 104. Série I. 2007; 30 maio.
18. Portugal. Administração Central do Sistema de Saúde. Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde e Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Metodologia de Contratualização para 2010. Lisboa, 2010. [acessado 2010 out 15]. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/
19. Portugal. Despacho N.º 7816/2009. Determina a criação de um grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os cuidados de saúde primários, cujas atribuições e composição fixa. *Diário da República* N.º 54. Série II. 2009; 30 mar.
20. Matos TT, Ferreira AC, Lourenço A, Escoval A. Contratualização interna vs. Contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2010; 9:161-180.
21. Administração Central do Sistema de Saúde. Termos de Referência para contratualização nos cuidados de saúde primários em 2016. [acessado 2016 out 15]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Metod_Contrat-CSP-2016-vfinal.pdf
22. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework-A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2012; 10(5):461-468.

Artigo apresentado em 16/10/2016

Aprovado em 06/12/2016

Versão final apresentada em 08/12/2016