

# DEMOCRACIA E DIREITOS

DIMENSÕES DAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS  
E SOCIAIS

## **A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ÊXITOS E DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA PORTUGUESA**

**Gustavo Bonin Gava,** Universidade Estadual de Campinas |  
UNICAMP

**Hugo Dias,** Universidade Estadual de Campinas | UNICAMP

### RESUMO

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi implementado em meados da década de 1970, com forte comprometimento da política de saúde voltada aos Cuidados de Saúde Primários – CSP (equivalente no Brasil à Atenção Primária à Saúde – APS). A partir de 2005, Portugal realizou a sua reforma mais profunda nos CSP, com o objetivo de garantir maior equidade de acesso à saúde para sua população, tornando-se uma experiência exitosa no contexto da União Europeia (UE). O presente trabalho tem por objetivo apresentar a reforma dos CSP em Portugal, procurando identificar seu contexto histórico, seus êxitos e os principais desafios que cercam a experiência portuguesa. O trabalho empírico da pesquisa repousou na combinação de duas atividades de coleta de dados: (1) a pesquisa bibliográfica e (2) dados secundários previamente sistematizados. O principal desafio da experiência portuguesa é de acompanhar a transição epidemiológica oferecendo novas propostas de cuidados de saúde.

## **A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: ÊXITOS E DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA PORTUGUESA**

GAVA, Gustavo Bonin<sup>1</sup>

DIAS, Hugo<sup>2</sup>

### INTRODUÇÃO

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, tendo, desde a sua gênese um forte compromisso com a política de saúde, voltada aos Cuidados de Saúde Primários – CSP (equivalente no Brasil à Atenção Primária à Saúde – APS). A partir de 2005, após diversas reformas e ajustamentos, o país realizou a sua reforma mais profunda nos CSP, com o objetivo de garantir maior equidade de acesso à saúde para a sua população, tornando-se numa experiência exitosa no contexto da União Europeia (UE).

O objetivo deste artigo é o de apresentar e descrever a Reforma nos CSP, numa perspectiva histórica, apontando seus êxitos, suas contradições e suas estratégias de expansão e operacionalização no âmbito do sistema de saúde português. O trabalho empírico da pesquisa repousou na combinação de duas atividades de coleta de dados: a pesquisa bibliográfica; e dados secundários previamente sistematizados.

Além desta pequena introdução, o artigo se divide em mais quatro seções. A próxima seção apresenta uma breve contextualização do país, sobretudo no que diz respeito ao seu modelo de proteção social e sistema de saúde, em seguida retrata-se o percurso histórico de construção dos CSP e a sua implantação no cenário português. A Reforma dos CSP é abordada na terceira seção, buscando interpretar, em linhas gerais, seus os êxitos e desafios. Finalmente, nossas considerações finais preenchem a quarta seção.

### 1. Breve contextualização

É usual a caracterização de Portugal enquanto país semiperiférico, com um papel de intermediação no sistema-mundial. Segundo Boaventura de Sousa Santos:

[...] a função de intermediação assentou durante cinco séculos no império colonial. Portugal era o centro em relação às suas colônias e a periferia em relação à Inglaterra. Em sentido menos técnico, pode dizer-se que durante muito tempo foi um país simultaneamente colonizador e colonizado. Em 25 de abril de 1974, Portugal era o país menos desenvolvido da Europa e ao mesmo tempo o detentor único do maior e mais duradouro império colonial europeu (SANTOS, 1994: 58).

<sup>1</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico pelo Instituto de Economia da Unicamp, IE/UNICAMP, e-mail gustavo.bgava@gmail.com.

<sup>2</sup> Professor do Instituto de Economia da Unicamp, pesquisador do CESIT/IE/UNICAMP e do CES/Universidade de Coimbra, e-mail hugodias@unicamp.br.

O advento democrático do dia 25 de Abril de 1974<sup>3</sup> foi o marco histórico que permitiu tanto o fim do colonialismo português, como o rompimento com quase cinco décadas de regime político autoritário, que tinha moldado um país com uma industrialização tardia e incipiente, uma economia dependente de matérias-primas e mercados das colônias; restrição das liberdades políticas e um sindicalismo tutelado pelo regime corporativo; e um regime de proteção social praticamente inexistente. A adesão em 1986 à Comunidade Económica Europeia (atual UE) completa o processo de (re)inserção de Portugal no contexto internacional, concebida como uma forma de estabilização do regime democrático e de trilhar os caminhos do desenvolvimento. Portugal assume assim uma posição periférica num bloco regional consolidado, que constitui um dos polos da tríade que definiu o Consenso de Washington.

No contexto dos debates sobre a existência histórica de diferentes modelos de *Welfare State* – liberal, conservador e social democrata –, no seio do qual a obra seminal de Esping-Andersen (1990) é incontornável, foi sugerido mais recentemente, a existência de um quarto regime de *Welfare State*, nos países capitalistas ocidentais, que abarcaria os países do Sul da Europa, mais especificamente a Espanha, Grécia, Itália e Portugal (CASTLES, 1993; FERRERA, 2005). Esse quarto mundo mediterrâneo incorporaria Estados-nação com uma configuração própria, com características históricas e culturais comuns que permitiam lhes destacar dos demais regimes, sobretudo do regime conservador típico da Europa Continental. Os países em questão caracterizam-se por processos de modernização económica tardios, primeiro na Itália, mas, a partir da década de 1960 e 1970 atingem também os países Ibéricos e a Grécia. A caminhada no sentido da modernização política é também turbulenta, tendo o século XX sido marcado por longos períodos de regimes autoritários (duas décadas de Fascismo na Itália, quatro décadas de Franquismo em Espanha, quase cinco décadas de ditadura em Portugal sob Salazar e Caetano e períodos recorrentes de governo autocrático na Grécia) e momentos de conflito social e político polarizados (guerras civis na Espanha e Grécia, Revolução dos Cravos em Portugal) (FERRERA, 2005, p. 3-4).

De um modo geral, são apontadas três características ao *Welfare State* mediterrâneo: em primeiro lugar o mercado de trabalho caracteriza-se por um “fordismo fraco”, com regimes de emprego altamente protetores nos setores essenciais da economia (setor público e grandes empresas industriais), ao mesmo tempo em que produziram uma elevada segmentação do mercado de trabalho, com diferentes níveis de proteção e segurança; em segundo lugar, pela existência de sistemas duais de seguridade social. As origens destes sistemas podem ser rastreadas até às primeiras duas décadas do século XX, primeiro enquanto seguros obrigatórios, mais tarde substituídos por sistemas de seguridade social, mas que acompanham as segmentações existentes no mercado de trabalho. Em linha com a tradição conservadora-corporativa foram igualmente privilegiadas as transferências de renda em detrimento de serviços públicos e a proliferação de esquemas diferenciados de proteção, ligadas ao

<sup>3</sup> A 05 de outubro de 1910 a Monarquia é derrubada e é proclamada a República. O golpe de 28 de maio de 1926 instituirá a Ditadura Nacional e, a partir de 1933, o Estado Novo, que durará até 1974.

estatuto ocupacional; em terceiro lugar, a assistência social constituiu-se enquanto o ponto mais fraco deste pilar, evoluindo de forma lenta através de um conjunto de medidas fragmentadas que foi paulatinamente incorporando determinadas categorias sociais, com benefícios diferenciados e fraca integração entre transferências de renda e serviços e enormes lacunas em termos de proteção. A prevalência da família, enquanto provedora e a extensão do trabalho na economia informal (e como tal desligada do *Welfare State*), ajuda a explicar o seu menor desenvolvimento, mas também a persistência de níveis elevados de pobreza (FERRERA, 2005, p.9-17).

No caso específico português, será só após o dia 25 de abril de 1974, e com a aprovação da Constituição de 1976, que o país se lançará na construção de um *Welfare State* robusto. No entanto, este ocorre no contexto, à semelhança dos outros países do modelo Mediterrâneo, em que a relação salarial fordista e o *Welfare State* universalista entravam em “crise” nos países capitalistas centrais. O *Welfare State* português será caracterizado, por autores como Boaventura de Sousa Santos, como sendo um Estado-providência fraco que era compensado por uma Sociedade-providência forte, muito ligada à pequena agricultura de subsistência, às remessas dos emigrantes, à pluriatividade e a laços de parentesco e de vizinhança. Este traço da sociedade portuguesa explicaria tanto a pouca pressão sobre os salários, mas também o fato de as crises sociais terem sido menos graves que as crises económicas (Santos, 1993, p.41).

Uma característica específica deste modelo mediterrâneo, e que diz respeito ao presente estudo, é exatamente a existência de serviços nacionais de saúde universalistas constituídos durante as décadas de 1970 e 1980 (FERRERA, 2005, p.12-13). A Constituição da República Portuguesa de 1976, através de seu artigo 64º, designou a saúde como direito e seu acesso através do Estado, independentemente de sua condição económica e com garantia de equidade<sup>4</sup>. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ocorrerá em 1979 com a Lei 59/79, de 15 de Setembro, a primeira Lei de Bases de Saúde.

Apesar das dificuldades e das limitações, são inegáveis os progressos obtidos nas últimas décadas, resultantes da implementação de políticas sociais, nomeadamente as especificamente relacionadas com as questões da saúde. Portugal possui uma área de 92.391 Km<sup>2</sup> (88.967,1 em Portugal Continental) e pouco mais de 10 milhões de habitantes. Ao nível da organização administrativa do território, para além da Administração Central, a Constituição da República Portuguesa estabelece, a nível autárquico, a existência de freguesias, municípios e regiões administrativas<sup>5</sup>. Estas últimas não foram (ainda) criadas<sup>6</sup>, mantendo-se a figura do Distrito<sup>7</sup> enquanto aquela não for concretizada.

<sup>4</sup> Posteriormente, o artigo 64º da Constituição sofreu alterações com as revisões constitucionais de 1982 e de 1989. No primeiro caso, o texto foi alterado para dar maior peso ao processo de descentralização dos serviços de saúde. No segundo momento, o SNS passou de “gratuito” a “tendencialmente gratuito”, abrindo espaço para a introdução de copagamento e de taxas moderadoras aos usuários (CRISÓSTOMO, 2016).

<sup>5</sup> Art. 236º e Art. 255º a 262º do Capítulo I e IV, Título VIII, Parte III da Constituição da República Portuguesa.

<sup>6</sup> O referendo realizado a 8 de Novembro de 1998 chumbou por larga maioria o modelo apresentado de 8 regiões: Entre Douro e Minho, Trás-os-Montes e Alto Douro, Beira Litoral, Beira Interior, Região de Lisboa e Setúbal, Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Algarve. Desde então a questão não foi mais retomada.

Relativamente à população, verificou-se uma diminuição entre 2011 e 2015, reflexo do declínio na taxa de crescimento vegetativo e do aumento da emigração (INE, 2017). A taxa de analfabetismo diminuiu de 25,7%, em 1970, para 5,2%, em 2011. A taxa de desemprego saltou de 4%, em 2001, para 12,7%, em 2011 – o seu valor mais elevado foi atingido em 2013, com 16,2% – fruto da severa crise internacional de 2008 e da política de austeridade fiscal promovida pelos organismos internacionais da UE. O PIB per capita – preços constantes de 2011 – estão praticamente estáveis desde 2001, alcançando em 2015 €16.578,9. A Tabela 1 abaixo apresenta esses números.

TABELA 01 - Portugal em números, 1960 - 2015

	1960	1970	1981	1991	2001	2011	2015
<b>População (milhares)</b>	8.865	8.663	9.851	9.851	10.362	10.557	10.358
<b>Taxa de analfabetismo (%)</b>	-	25,7	18,6	11	9,0	5,2	-
<b>Taxa de desemprego (%)</b>	-	-	7,6*	4,1	4,0	12,7	12,4
<b>PIB per capita (preços constantes 2011)</b>	3.463,2	-	9.016,0	-	16.398,6	16.686,3	16.578,9

Fonte: Elaborado a partir da Pordata (2017).

No campo demográfico, Portugal caracteriza-se pelo fenómeno do envelhecimento da sua população, causado pela queda da natalidade, aumento da longevidade e da emigração. Entre 2010 e 2015, a proporção de jovens (0 a 14 anos de idade) diminuiu 01 p.p., caindo de 15,1 para 14,1; o mesmo ocorreu com a população em idade ativa (de 15 a 64 anos de idade) com decréscimo de 01 p.p., 66,2, em 2010, para 65,2, em 2015. Em relação à população com 65 ou mais anos de idade, verificou-se um crescimento de 02 p.p., de 18,7, em 2010, para 20,7, em 2015 (INE, 2017). A Tabela 02 contém esses dados.

TABELA 02 – População portuguesa por grandes grupos etários, 2010-2015 (%)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>População de 0 a 14 anos de idade (%)</b>	15,1	14,9	14,8	14,6	14,4	14,1
<b>População de 15 a 64 anos de idade (%)</b>	66,2	66	65,8	65,6	65,3	65,2
<b>População de 65 e mais anos de idade (%)</b>	18,7	19	19,4	19,9	20,3	20,7

Fonte: Elaborado a partir do INE (2017).

Na Tabela 03 estão demonstrados os resultados da evolução da esperança média de vida. Em 1974, esta era de 68,4 anos tendo subido para 81,2 em 2014. A esperança média de vida aumentou 13,4 anos na população masculina e 12,3 anos na feminina. Contudo, a diferença entre homens e mulheres ainda

<sup>7</sup> Os Distritos foram criados em 1835 substituindo a anterior divisão administrativa baseada em províncias e comarcas. Sofreu poucas alterações ao longo do tempo: em 1926 é criado o distrito de Setúbal autonomizando-se do distrito de Lisboa; e em 1976 a Constituição, substitui os três distritos das ilhas dos Açores e o distrito da Madeira por autonomias, regidas pelos seus respetivos Estatutos Político-Administrativos. Cada Distrito seria dirigido por um Governo Civil, órgão da administração pública que representa o Governo da República no respetivo território. As suas funções foram diminuindo ao longo do tempo e, em 2011, foram extintos de facto, embora não de jure na Constituição. No entanto continuam servindo de base territorial para medidas de descentralização administrativa por parte do Governo Central. Atualmente existem 18 distritos (Aveiro, Beja, Braga, Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Faro, Guarda, Leiria, Lisboa, Portalegre, Porto, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu) e duas regiões autónomas (Açores e Madeira).

é bastante elevada, diminuindo apenas de 7,5, para 6,4 anos entre 1974-2014. Para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2015), essa melhora expressiva foi fruto da ampliação da cobertura dos CSP e do maior investimento em saúde.

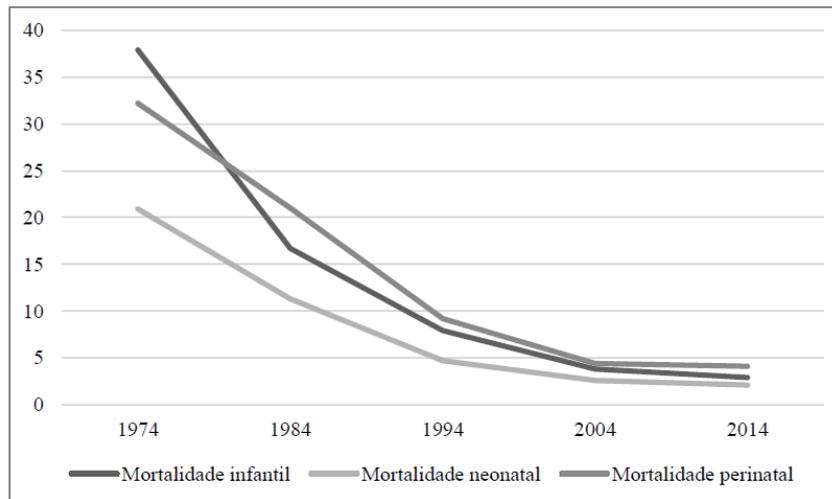
TABELA 03 – Esperança de vida, 1974-2011

Anos	Esperança de vida			
	Homens/Mulheres	Homens	Mulheres	Diferença (H-M)
1974	68,4	64,6	72,1	-7,5
1984	72,7	69,2	76,2	-7
1994	75,5	72,0	79,0	-7
2004	78,4	75,0	81,8	-6,8
2014	81,2	78,0	84,4	-6,4

Fonte: Elaborado a partir da OCDE Health data (2017).

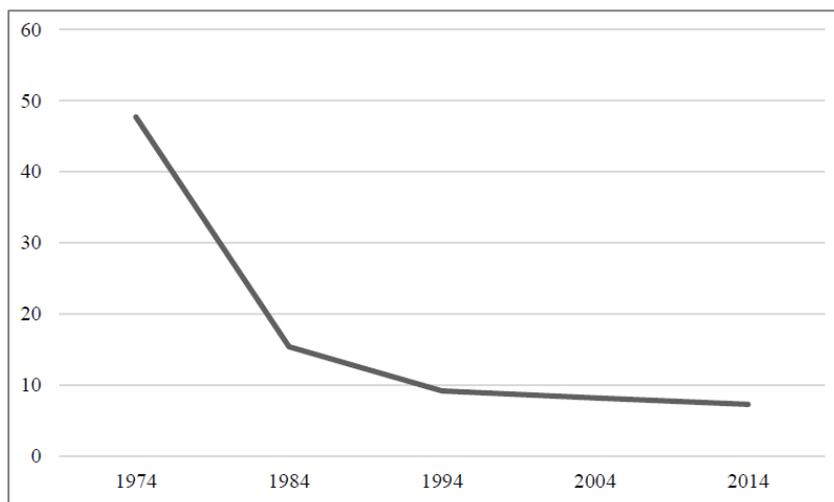
A mortalidade infantil – outro indicador importante dos CSP - apresentou uma redução robusta, com 37,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos em 1974, para 2,9 mortes em 2014. O mesmo ocorreu com a mortalidade neonatal, de 20,9 mortes para cada 1.000 nascidos vivos em 1974, para 2,1 mortes em 2014, e para a mortalidade perinatal, de 32,2 mortes para 1.000 nascidos vivos, para 4,1 mortes em 2014. A mortalidade materna também caiu expressivamente nas últimas décadas, passando de 47,7 mortes para cada 100.000 nascimentos em 1974, para 7,3 mortes em 2014. Santana (2014) destaca que o baixo número de mortes maternas se deu pelo desenvolvimento de programas verticais para as mulheres grávidas, por exemplo, do Programa de Saúde Materno-Infantil, aumento no número de partos realizados por especialistas e, pelo processo de despenalização do aborto. Os Gráficos 01 e 02 abaixo apresentam esses resultados.

GRÁFICO 01 – Evolução da mortalidade infantil (óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos), neonatal (óbitos neonatais por 1.000 nascidos vivos) e perinatal (óbitos perinatais por 1.000 nascimentos)



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat (2017).

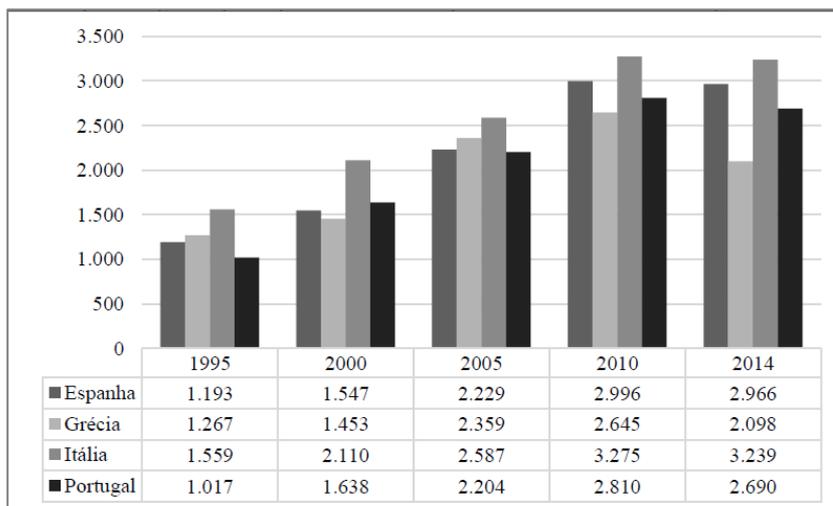
GRÁFICO 02 – Evolução da mortalidade materna (óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos)



Fonte: Elaborado a partir de Eurostat (2017).

Em comparação com os demais países da OCDE, Portugal não apresenta gastos per capita elevados em saúde. Em 2011 os gastos eram de U\$ 2.619 per capita em poder de paridade de compra (PPC), em comparação com a média da OCDE de U\$ 3.322 per capita PPC. Em comparação com os países mediterrâneos (Espanha, Grécia e Itália), Portugal apresentou uma relativa melhora em seus gastos per capita em saúde. Em 1995 os gastos eram de U\$ 1,017 per capita (PPC de 2011), o que representava o menor gasto dentre os quatro países. O cenário começa a mudar a partir de 2000, com os gastos per capita de U\$ 1.638, ultrapassando a Espanha (U\$ 1.546) e a Grécia (U\$ 1.453), respectivamente. Entre 2010 e 2014, o gasto per capita diminuiu, mercê das políticas de austeridade, tendo passado de U\$ 2.810 para U\$ 2.689. O Gráfico 03 contém esses dados.

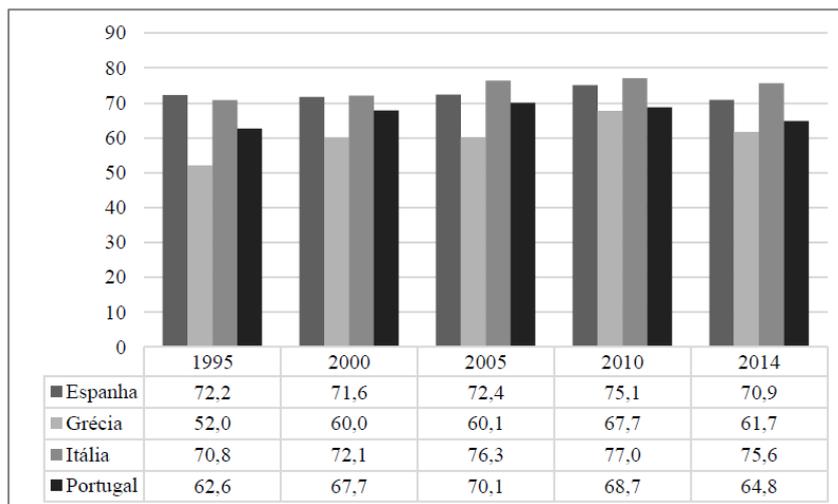
GRÁFICO 03 – Evolução dos gastos per capita em saúde - Espanha, Grécia, Itália e Portugal, 1995-2014



Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2017).

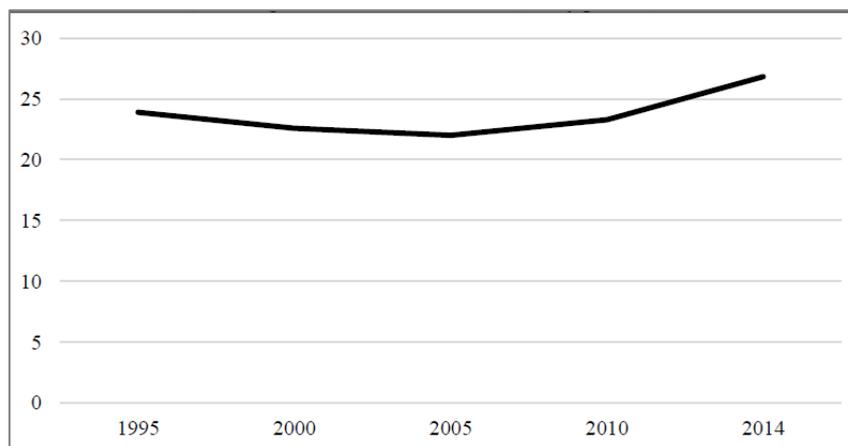
O SNS é financiado principalmente pelo setor público. A progressividade do sistema é moderada, com regressividade a partir da década de 1980 (Oliveira e Bevan, 2003 apud Ferrinho et al., 2014, p. 99). Dentre os quatro países mediterrâneos, Portugal aparece como o terceiro que mais gastou seus recursos públicos em saúde, muito embora, desde 2005, o financiamento público venha sucessivamente perdendo capacidade frente ao gasto privado. Nessa situação, os gastos diretos (*out-of-pocket*) com a saúde aumentaram 3,5 p.p. entre 2010 a 2014 (passando de 23,3% em 2010, para 26,8% em 2014), tornando-se um fator de empobrecimento para famílias que possuem doentes crônicos, crianças ou pessoas com incapacidades (Gráficos 04 e 05). Junta-se a esta pressão financeira, a diminuição da oferta de serviços públicos, em um cenário de transição epidemiológica, o que possivelmente irá encarecer ainda mais os serviços prestados pelo SNS (OCDE, 2015). Diante deste cenário, o fortalecimento dos CSP é imprescindível.

GRÁFICO 04 – Evolução do gasto público em saúde (%) na despesa total em saúde, 1995-2014



Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2017).

GRÁFICO 05 – Evolução dos gastos diretos com saúde (out-of-pocket), 1995-2014



Fonte: Elaborado a partir de World Bank Data (2017).

## 2. Os Cuidados de Saúde Primários no cenário português

O acesso da população aos serviços de promoção, restabelecimento e manutenção da saúde constitui uma das principais formas de intervenção do Estado no campo das políticas sociais, seja a partir da provisão direta de serviços, seja oferecendo condições para a atuação da iniciativa privada na área da saúde. No início do século XX, a preocupação dos governos de países centrais com a organização dos seus sistemas de saúde marca o desenvolvimento de dois modelos de atenção em saúde antagônicos.

O primeiro modelo de atenção em saúde surge nos Estados Unidos da América, tendo mais tarde se difundido por todo o mundo. O documento que embasou esse paradigma foi o relatório do médico americano Abraham Flexner, escrito em 1910. O “modelo flexneriano” possui como características: a focalização no indivíduo; a expansão da oferta de serviços privados; a ênfase nos aspectos curativos; e

como principal *locus* de operacionalização o hospital.

Assim, para Pagliosa e Da Ros (2008), no “modelo flexneriano” o adoecimento é tratado como essencialmente biológico, natural; sendo o processo saúde-doença retirado do coletivo, do social. Portanto, não existe uma preocupação com a integralidade da atenção à saúde da população. O foco dos procedimentos médicos se dá nos níveis secundários e terciários de atenção. Deste modo, os cuidados primários possuem pouca relevância.

O segundo modelo de atenção em saúde – sistematizado no Relatório Dawson - é proposto e desenvolvido no contexto da construção do sistema de saúde inglês durante a década de 1920. Com o aumento de custos dos serviços de saúde e da especialização do ato médico, o governo inglês propôs então uma reorientação do modelo, “com o enfoque em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino” (FAUSTO e MATTA, 2007, p.44). Nesses centros de saúde estariam alocados os médicos com formação generalista e profissionais auxiliares, como enfermeiros, e seriam responsáveis por implementar ações de cunho curativo e/ou ações de prevenção, por exemplo a vacinação em crianças e idosos, a realização de programas de pré-natal, dentre outros. A organização do modelo seria realizada através da regionalização e hierarquização por níveis de atenção da oferta dos serviços para uma delimitada área geográfica e a cobertura populacional deveria ser universal.

Como apontam Vasconcelos e Schmaller (2011), frente aos conflitos entre as corporações médicas e o avanço constante de atores da medicina privada – indústria farmacêutica e de bens e equipamentos médicos –, o “modelo dawsoniano” não foi capaz de se desenvolver em toda a sua amplitude. Foi apenas com o fim da Segunda Guerra Mundial e da emergência dos modernos sistemas de proteção social – *Welfare State* – nos países desenvolvidos que se formalizam as bases de um crescente compromisso do Estado na implantação de políticas sociais, incluindo as políticas de saúde, tendo estas sido inspiradas predominantemente pelo modelo inglês.

No contexto internacional de desenvolvimento dos *Welfare States*, assiste-se ao surgimento de novos modelos assistenciais que procuram lidar com o desafio da contenção de gastos em saúde. A medicina preventiva foi uma das mais importantes respostas:

Com base em uma abordagem integral, a medicina preventiva propôs que a atenção médica, em sua fase inicial, deveria se fazer mais próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos e família, o que respaldaria sua intervenção para a prevenção e controle do adoecimento. Formou-se a partir de então, uma cultura sobre os diferentes momentos da atenção, em que a atenção primária se localizaria na fase inicial do cuidado, antecedendo e definindo uma série de outros cuidados que deveriam ser ofertados por outros níveis de atenção mais complexos (Leavell & Clark, 1976 apud Fausto e Matta, 2007, p.45).

O movimento da medicina preventiva ganhou fôlego com ações desenvolvidas em países pobres ou em desenvolvimento a partir das décadas de 1960 e 1970. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi a

primeira e a principal agência internacional a formular programas focados na promoção e prevenção à saúde de populações em risco. Por exemplo, em 1974, expande os seus programas de imunização infantil, com destaque para a prevenção de doenças como poliomielite, sarampo, tétano, entre outras. Essa nova orientação de promoção e prevenção da saúde aprofunda-se, com o Programa Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT 2000), em conjunto com a Declaração sobre Cuidados de Saúde Primários, lançada na Conferência de Alma-Ata, de 1978<sup>8</sup>.

A importância de Alma-Ata insere-se na negação da saúde como a simples ausência da doença, assumindo-a como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, fortalecendo o direito à saúde como humano e fundamental. Assim, os CSP seriam a principal estratégia de transformação dos sistemas de saúde dos países pobres ou em desenvolvimento. O Quadro 01 sintetiza as principais abordagens dos CSP da Conferência.

QUADRO 01 - Síntese da abordagem dos CSP na Declaração da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

Os Cuidados de Saúde Primários:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvem, além do setor saúde, todos os setores correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, entre estes a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações entre outros setores;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engloba cuidados essenciais: são baseados em métodos e tecnologias apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direciona-se aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seu acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representa o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É o primeiro elemento de um processo permanente de atenção sanitária que inclui, pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantis, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimentos de medicamentos essenciais; e</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, levando à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Giovanella e Mendonça (2012).

Em um contexto de limitações impostas pela crise fiscal dos Estados, comprometendo o nível de gastos públicos no campo social, a proposta muito abrangente e pouco propositiva de Alma-Ata reforçou o papel de críticas ao modelo. Agências internacionais como o Banco Mundial, a Fundação Rockefeller e a Fundação Ford propõem, um ano após Conferência, a concepção de uma cesta básica de serviços selecionados. Essa compreensão ganhou força e se tornou hegemônica a partir da década de 1980 com a implementação de programas verticais em países pobres ou em desenvolvimento. Nas

<sup>8</sup> Alma-Ata, na República do Cazaquistão, antiga União Soviética, recebeu 67 organizações internacionais e representantes não-governamentais e 134 países assinaram o acordo denominado de Saúde para Todos no Ano 2000. Como aponta Matta (2005, p.379): “Nesse momento histórico para a saúde pública mundial, a OMS atinge o apogeu de sua influência internacional, convocando os sistemas de saúde em todo o mundo a redirecionarem sua política para a saúde como um direito humano, devendo ser construída por políticas sociais e econômicas que reduzam a desigualdade e que permitam a participação social”.

palavras de Fausto e Matta (2007, p.51): “O Banco Mundial defendia as ‘cestas básicas’ de serviços de saúde, sugerindo que o setor público deveria prover um conjunto mínimo de ações essenciais aos que não pudessem arcar individualmente com os gastos em saúde”. Serviços e ações que envolvessem o aparato tecnológico e de maior custo deveriam ser ofertados pelo setor privado, com o Estado participando apenas na oferta seletiva de serviços básicos.

A baixa resolutividade dos serviços seletivos e o agravamento das condições de saúde das populações dos países pobres ou em desenvolvimento – juntamente com o aumento da complexidade tecnológica, o aparecimento de novas doenças, e mudanças no perfil demográfico –, conduziram, na segunda metade do século XXI, a uma revisitação dos CSP herdados de Alma-Ata. O próprio Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, *Cuidados de Saúde Primários: agora mais que nunca*, reforça o papel atual dos cuidados primários, com o fortalecimento do acesso universal; a preocupação com a saúde de todos os membros da comunidade, como uma resposta integral para às expectativas e necessidades das pessoas; o desenvolvimento de equipes multiprofissionais para facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e da prescrição medicamentosa; e, finalmente, como uma resposta integradora em todos os níveis de atenção (OMS, 2008).

Segundo Campos e Simões (2011), a história dos CSP em Portugal é anterior ao próprio SNS. Os autores propõem uma divisão histórica, com cinco modelos de organização do sistema de CSP. A primeira fase inicia-se em 1971, através da publicação do Decreto-Lei 413/71, de 27 de Setembro, com a criação dos centros de saúde. Os centros de saúde tornar-se-iam referência na oferta de serviços de vacinação, do acompanhamento da saúde de grávidas e crianças e de atividades próprias de vigilância sanitária. No entanto, os serviços ficaram limitados a oferecer assistência apenas para a população mais vulnerável e que não tinha acesso ao mercado de trabalho e que, portanto, não estava coberta pelos Serviços Médicos-Sociais das Caixas de Previdência (SMS) (MIGUEL, 2013)<sup>9</sup>.

Nesse contexto, desenham-se dois modelos de intervenção na saúde: o primeiro era focalizado em programas e ações de promoção e prevenção, com a disponibilidade de programas verticais; o segundo modelo era centrado nos usuários que demandassem atendimentos expressos, o que se traduziu “em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa” (BRANCO e RAMOS, 2001, p.6). A razoável complementaridade que se desenvolveu entre ambos os modelos refletiu-se numa melhora nos indicadores de saúde - em especial o materno-infantil e da incidência de doenças evitáveis pela maior cobertura de vacinação.

Com a criação do SNS, em 1979, assistiu-se à constituição da nova carreira médica de clínica geral e à

<sup>9</sup> Sousa. (et al , 2001) salientam que a construção dos SMS é derivada da baixa cobertura dos serviços de saúde em Portugal. As Caixas de Previdência aumentaram a cobertura especificamente aos trabalhadores e, posteriormente, aos seus familiares. Os serviços médicos eram oferecidos ainda por mais dois tipos de instituição: (i) as Santas Casas de Misericórdia e as instituições de caridade, as quais eram encarregadas de oferecer cuidados médicos aos desassistidos; e (ii) os hospitais privados detinham parcela importante da população de maior renda.

junção dos primeiros centros de saúde com os postos herdados das antigas Caixas de Previdência, aglutinando a infraestrutura material, humana e cultura organizacional, no que se convencionou chamar de “centros de segunda geração”. No curto prazo, os novos centros de saúde mostraram-se eficientes: na melhoria da acessibilidade a consultas e no aumento das visitas domiciliares; e numa melhoria geral do cumprimento dos objetivos traçados para a prevenção à saúde, como no caso da área materno-infantil (SAKELLARIDES, 1979 apud BRANCO e RAMOS, 2001).

O Decreto-Lei nº 254/82 reforçou o processo de descentralização e foram criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Trata-se de organismos sob a tutela do Ministério da Saúde, mas com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio que assumem funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestados pelas demais instituições de cuidados de saúde<sup>10</sup>.

Os centros de segunda geração não obtiveram sucesso esperado. Dentre os principais problemas detectados estavam a “falta de enfoque no usuário, gestão afastada dos problemas do território, organização focada essencialmente nos seus problemas internos e déficit acentuado dos sistemas de informação” (SORANZ e PISCO, 2017, p.681). Dificilmente os objetivos de garantir o aumento da acessibilidade e melhorar a satisfação de usuários e dos profissionais da saúde em conjunto com um incremento da eficiência dos serviços poderiam ser alcançados sem uma reforma de reorientação do modelo assistencial nos CSP.

Durante a década de 1990 são desenvolvidas algumas experiências que fornecerão inspiração para a elaboração da Reforma dos CSP de 2005. A mais relevante foi sem dúvida o Projeto Alfa, implementado na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, em 1996. O objetivo era de fortalecer as equipas de profissionais com a permissão de criarem novos modelos de trabalho em grupo, substituindo a burocrática e insuficiente forma de remuneração das equipas.

Dos 30 grupos criados, apenas 15 seguiram adiante com o projeto. Para Conceição (*et al.*, 2005 apud MIGUEL, 2013, p.88), as motivações que levaram as equipas de trabalho a permanecerem no Projeto Alfa foram: autonomia da gestão de trabalho; a experiência e conhecimento da equipe na territorialidade; o trabalho em equipe; o foco na satisfação na resolução das necessidades dos pacientes e dos profissionais; a melhora na acessibilidade e da cobertura, sobretudo aos pacientes que não tinham médicos de família; e, finalmente, ter maiores responsabilidades e meios de trabalho para alcançar os objetivos de melhoria de qualidade e acesso.

O Projeto Alfa foi amplamente avaliado por instituições externas (trabalhos académicos, documentos

<sup>10</sup>Posteriormente modificado pelo Decreto-Lei nº11/93 de 15 de Janeiro. Em 1982 são criadas ARS para cada um dos 18 distritos de Portugal Continental. Em 1993, estas são fundidas em cinco Regiões de Saúde, a saber: ARS do Norte (Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real); ARS do Centro (Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu), ARS de Lisboa e Vale do Tejo (Lisboa, Santarém e Setúbal), ARS do Alentejo (Évora, Beja e Portalegre) e ARS do Algarve (Faro). As cinco regiões correspondem a Unidades de Nível 02 da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), desenvolvida pela União Europeia.

do Ministério da Saúde e relatórios de instituições do setor saúde) e internas. Assim, houve uma necessidade de se promover um debate acerca da remuneração mais justa para as equipes de saúde que apresentavam melhores resultados (BRANCO e RAMOS, 2001).

O Decreto-Lei nº 117/98, de 05 de Maio, acompanhou os desdobramentos do Projeto Alfa e deu a permissão de criação do Regime Remuneratório Experimental (RRE) aos médicos de clínica geral, baseado em critérios de capacidade ajustada aos pacientes inscritos em suas respectivas listas e em um número selecionado de fatores de desempenho: “O objetivo seria o de permitir que pequenos grupos de profissionais criassem novos modelos de trabalho, com formas de retribuição mais justas, ligadas ao desempenho e à complexidade das situações cobertas e com a responsabilidade de responder personalizadas à procura dos utentes inscritos” (CAMPOS e SIMÕES, 2011, p.189).

O Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, reconheceu os centros de saúde como as principais entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população. Consequentemente, o Governo português considerou adotar a personalidade jurídica para esses centros, dando maior autonomia administrativa, financeira e técnica. Essa mudança é considerada o terceiro modelo de centros de saúde (CAMPOS e SIMÕES, 2011).

O quarto momento inicia-se em 2003 com a aprovação do Decreto-Lei 60/2003, de 01 de Abril, que tinha como objetivo implantar um novo modelo para a organização dos cuidados primários. A celebração de contratos entre os centros de saúde e entidades públicas ou privadas (com ou sem fins lucrativos) era a principal alteração no modelo, além de se basear em critérios de produtividade e qualidade de desempenho das equipes dos centros de saúde. Dando prosseguimento à avaliação dos centros de saúde com RRE, foi realizado, em 2004, o Relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Direção-Geral da Saúde<sup>11</sup>.

O Relatório da Direção-Geral da Saúde apresenta, em sua conclusão:

A experiência confirma a hipótese de que contratualizando um regime remuneratório específico associado a um modelo inovador de organização da prestação de cuidados em que se entrega nas mãos de profissionais a capacidade para se auto organizarem, apresentando objetivo e metas concretas e comprometendo-se com a sua execução, é possível obter maior rigor no desempenho, maior responsabilidade individual e da equipe, pelo grau de eficiência obtido, com ganhos evidentes em qualidade associados a uma racionalização da utilização de recursos (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2004, p.113).

O quinto modelo de organização do sistema dos cuidados de saúde será desenvolvido com a criação da Missão para os CSP em 2005 e com a implantação de novas unidades de saúde.

<sup>11</sup> Na primeira avaliação das unidades que participaram do RRE, foram utilizados indicadores como: (i) número de pacientes inscritos por médicos; (ii) média de visitas domiciliares médicas por 1.000 inscritos; (iii) número de consultas agendadas/programadas em cada unidade; (iv) horário diferenciado de consultas agendadas/programadas; e média de consultas por crianças de 12 aos 23 meses (DIREÇÃO-GERAL da SAÚDE, 2004).

### 3. A Reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários

Dentre os objetivos da Reforma de 2005 dos CSP, Biscaia e Heleno (2017, p.702-703) enumeram alguns específicos: “a melhoria na acessibilidade aos pacientes, na pontualidade dos atendimentos, na satisfação dos usuários e também dos profissionais de saúde, e no conforto na utilização dos serviços pelos pacientes e aos trabalhadores”.

Com os objetivos traçados, foi desenvolvida a Missão para os CSP que teve um papel essencial para a implementação da Reforma de 2005 (BISCAIA e HELENO, 2017; SORANZ e PISCO,2017; PISCO, 2011; MONTEIRO *et al.*, 2017<sup>a</sup>). O Quadro 02 abaixo apresenta uma síntese das principais tarefas exercidas pela Missão no período de 2005 até 2010.

QUADRO 02 - Síntese das tarefas da Missão dos Cuidados de Saúde Primários

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde de terceira geração em USF, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desempenhar funções de natureza avaliadora. Reguladora de conflitos e de apoio efetivo às candidaturas das USF;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propor orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humano, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas USF;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar os termos de referência da contratualização das ARS com os centros de saúde e destes com as USF;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados; e</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Propor nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas na gestão de centros de saúde e USF.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Pisco (2011).

Os centros de saúde foram transformados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). O AceS são serviços públicos de saúde descentralizados, sob a dependência da respetiva ARS, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde. Cada unidade funcional presta um determinado tipo de serviço. A título de exemplo, as Unidades de Saúde Familiar (USF) oferecem serviços de promoção e prevenção à saúde no tocante aos CSP; enquanto que as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) oferecem serviços públicos de apoio psicológico e social no âmbito domiciliar e comunitário.

Segundo Monteiro (*et al.*, 2017<sup>b</sup>), os profissionais da saúde foram envolvidos com a Reforma ao poderem candidatar-se voluntariamente ao processo de reorganização dos seus centros de saúde de terceira geração em USF. Para tal se concretizar, seria necessário o cumprimento de um conjunto de requisitos submetidos à avaliação técnica por parte da Missão dos CSP. As primeiras candidaturas foram iniciadas em março de 2006, com a formalização das primeiras USF em setembro do mesmo ano.

A Reforma prevê a existência de três modelos de USF: A, B e C. As USF de modelo A estão em fase

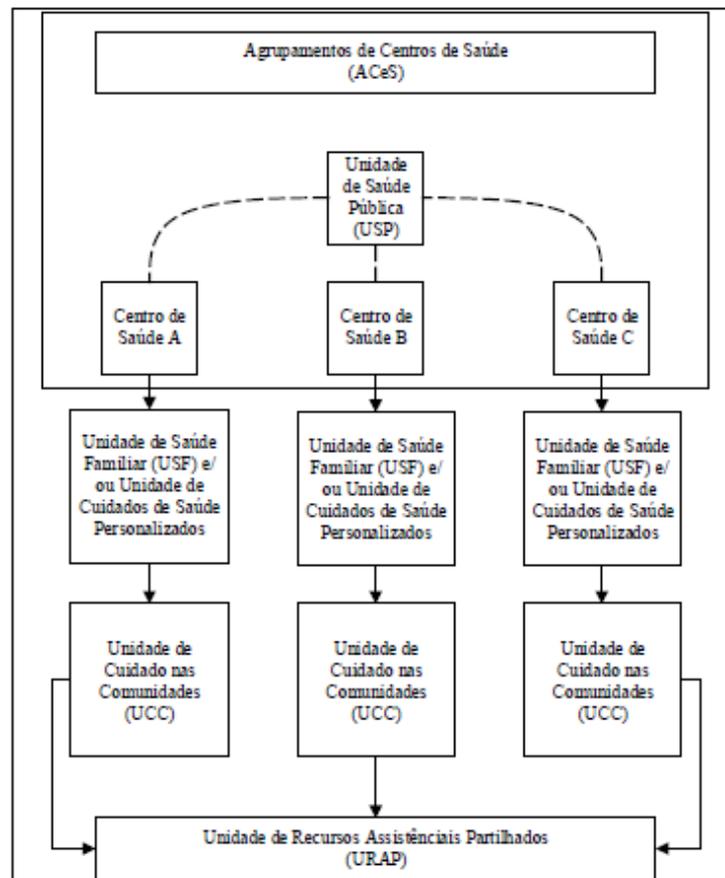
de aprendizagem e possuem baixa experiência entre os membros da equipe de saúde e praticam a contratualização com menores níveis de exigência de desempenho. Ao contrário, as USF B estão inseridas em um contexto de amplo trabalho em equipe, com elevada experiência e que, portanto, estão adaptadas a um regime de contratualização com elevados níveis de exigência. A USF C tem como característica principal não ser do setor público, podendo provir de organizações privadas sem ou com fins lucrativos. A sua criação está ainda em fase experimental e depende da (in)capacidade do SNS em responder às demandas pelos cuidados de saúde de sua população (Biscaia e Heleno, 2017). O Quadro 03 apresenta as principais instituições e unidades de saúde do SNS focalizadas nos CSP e a Figura 01 representa o organograma do SNS com esse mesmo referencial.

QUADRO 03 – Principais instituições e unidades de saúde do SNS com foco nos CSP

<b>Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)</b>	São constituídos por várias unidades que ofertam serviços públicos de saúde para uma determinada área geográfica. Possuem autonomia administrativa, são descentralizadas das administrações regionais de saúde (ARS), mas estão sob o seu poder de direção.
<b>Unidades de Saúde Familiar (USF)</b>	Modelos A, B e C. Possuem equipes multidisciplinares formadas por médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos – estes profissionais além de apresentarem aptidões no serviço administrativo também dominam a terminologia médica e são responsáveis pela comunicação entre usuários e os demais membros da equipe.
<b>Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)</b>	Antigos Centros de Saúde. Tem a mesma estrutura das USF, distinguindo-se destas por terem um nível mais baixo de desenvolvimento e dinâmica de equipe, não possuindo autonomia. Dependem do Diretor Executivo e estão vinculadas às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governança clínica.
<b>Unidades de Saúde Pública (USP)</b>	Essas unidades trabalham com a elaboração de informação e planos convenientes à saúde pública da área demográfica onde está inserida. Atividades de vigilância epidemiológica, de prevenção, proteção e promoção da saúde são designadas para esta unidade.
<b>Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)</b>	Integram, por exemplo, assistentes sociais e psicólogos, fisioterapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, que prestam serviços de consultoria assistencial a todas as outras unidades funcionais. Sua missão é de fornecer apoio as demais unidades.
<b>Unidades de Cuidado nas Comunidades (UCC)</b>	Prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. São atuantes em grupos mais vulneráveis e de maior risco na saúde.

Fonte: Adaptado de Biscaia e Heleno (2017) e Pisco (2011).

FIGURA 01 – Organograma do SNS com referência aos CSP



Fonte: Adaptado de Mendes. (et al., 2017).

Com o desenvolvimento das primeiras USF houve uma inovação na hierarquia técnica, com a formação do Conselho Clínico, sendo o seu Diretor Clínico obrigatoriamente um médico de família. Ainda integram o Conselho um enfermeiro, um médico de saúde pública ou de outra profissão como, por exemplo, um nutricionista ou psicólogo. O Conselho Clínico possui inúmeras tarefas, dentre as principais, podemos destacar:

A avaliação da efetividade dos cuidados de saúde prestados, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente aprovando orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutico, assim como protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes. Apoiam o diretor executivo em assuntos de natureza técnica, monitorizam o grau de satisfação dos profissionais e organizam as atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de investigação (PISCO, 2011, p.2847).

Retomando as características das USF, cada unidade possui entre 15 a 30 profissionais de saúde, com 5 a 10 médicos especializados em medicina da família. Este formato de organização (número e diversidade de especializações) visaria maximizar o desempenho das equipes. Equipes menores apresentam resultados menos satisfatórios, tanto devido à pouca diversidade profissional, quanto à dificuldade em substituir um profissional. Em equipes maiores, verifica-se a fragmentação entre os

profissionais e, até mesmo, a desarticulação dos grupos, afetando a USF como um todo. Segundo os autores:

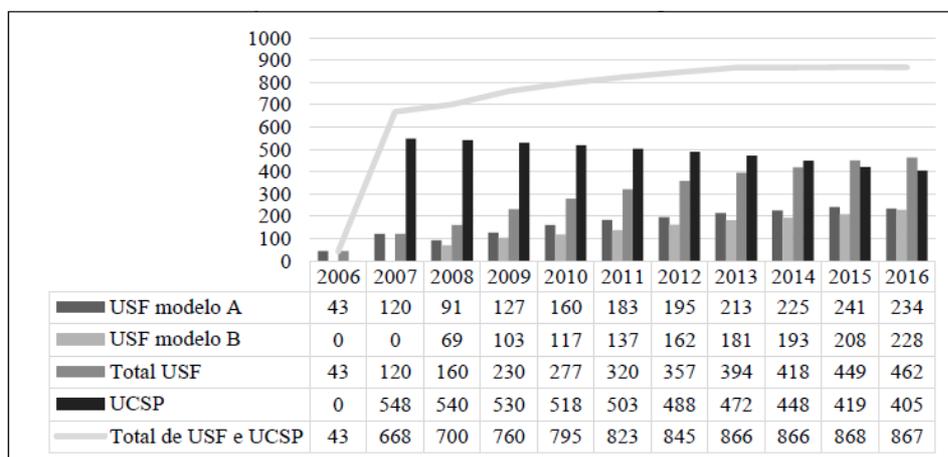
O trabalho em equipe permite partilhar vivências, otimiza o trabalho de cada elemento e de todo e ajuda a prevenir ou a reduzir a incidência de *burnout*. Favorece a formação e incentiva a atualização científica dos profissionais através de reuniões de índole técnico-científica, bem como de outros projetos. Facilita e multiplica competências e conhecimentos. Cria patrimônio comum do qual todos retiram ganhos pessoais e profissionais. Os maiores ganhadores são os destinatários finais – os cidadãos e as famílias a quem a equipe presta cuidados (CARAPIÇO *et al.*, 2017, p.693).

A principal diferença entre a USF e as demais unidades de CSP é sua autonomia organizativa e técnica. Assim, o processo de contratualização ganha foco a partir do momento que cada USF precisa responder diretamente aos ACeS de sua região através de inúmeros indicadores. A contratualização dos serviços é realizada geralmente com o prazo um ano. Carapiço (*et al.*, 2017, p.696) apresentam alguns indicadores:

1. Denominador populacional de referência;
2. Garantia de acesso e prontidão nas respostas;
3. Disponibilidade de acolhimento e integralidade de cuidados; e
4. Enumeração detalhada do leque de serviços e de cuidados que a equipe se compromete a assegurar às pessoas e famílias ao seu cuidado.

O Gráfico 06 mostra a evolução do número de USF e de UCSP entre 2006 e 2016. Em 2006 existiam apenas 43 USF de modelo A. Por sua vez, o modelo B foi implementado a partir de 2008 com 69 unidades. Atualmente existem em Portugal 462 USF, 234 USF do modelo A e 228 de modelo B. Verifica-se uma queda no número de UCSP, sobretudo com o processo de transformação dessas unidades em USF, totalizando 405 UCSP em 2016.

GRÁFICO 06 – Evolução das USF A e B e das UCSP em Portugal – 2006-2016



Fonte: ACSS (2016).

Além do crescente número das USF de ambos os modelos, a satisfação dos usuários é um dos principais indicadores para a avaliação dos CSP, com uma correlação com melhores resultados em saúde. Sendo assim, o estudo de Ferreira (*et al.*, 2017, p. 756) analisou o grau de satisfação dos usuários das 125 USF e algumas das UCSP da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. Foram disponibilizadas através de um questionário 16.965 respostas divididas em quatro dimensões: cuidados médicos, cuidados não médicos, organização de cuidados e qualidade das instalações. Dentre os principais resultados podemos elencar: (i) 77,4% de satisfação dos usuários frente aos serviços de CSP, com maior satisfação nas dimensões com os cuidados e atenção prestados pelos médicos de família (81%), pelos enfermeiros (82,5%) e pelos demais profissionais de secretariado clínico (76,4%); (ii) as USF do modelo B foram as mais recomendadas pelos pacientes aos amigos (91,7%), as unidades de modelo A vieram em seguida com 86,4%, as UCSP seguiram em último lugar como referência (75,5%); e, (iii) os homens possuíam uma satisfação maior à das mulheres (78,4% e 77,1%, respectivamente), assim como os idosos tinham maior satisfação (81,0%) frente aos jovens de 16 a 34 anos (75,3%).

Com objetivo semelhante, mas com o foco nos cuidados de enfermagem, o estudo de Chaves *et al.* (2016) mensurou o grau de satisfação dos pacientes das variadas unidades de CSP da ARS do Centro. Dentre os 827 pacientes consultados, em sua maioria mulheres (64,4%), classificou os serviços prestados como “muito bom” (97,3%). Em relação às consultas realizadas pelos enfermeiros, a maioria (51,9%) respondeu ser pertinente a sua realização.

Ainda sobre a mensuração da satisfação de pacientes, Mendes *et al.* (2013) realizam uma avaliação em catorze Centros de Saúde e duas USF da ARS do Alentejo, com o uso de questionário em uma amostra de 1872 usuários. Para os Centros de Saúde, com 91,4% de aprovação, os serviços prestados pelos enfermeiros foi o melhor avaliado, seguido pelo atendimento por parte da recepção (89,1%) e o atendimento realizado pelos demais profissionais de CSP (88,7%). Nas duas USF, o atendimento médico foi maior (96,4%), com a recepção em seguida (95,3%) e o atendimento dos demais profissionais de saúde (92,5%).

Em suma, os resultados apresentados pelos três estudos apresentam uma avaliação positiva por parte dos pacientes dos serviços de CSP e apresentam a análise da satisfação como um importante indicador para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Além disso, como apontam Ferreira (*et al.*, 2017):

Uma fraca pontuação de uma unidade de saúde que decorra da aplicação deste sistema de classificação nunca quer necessariamente significar que estejamos perante uma unidade de saúde que não pratica níveis aceitáveis de cuidados médicos. Apenas que a experiência dos utilizadores é fraca e, por consequência, a avaliação que fazem é penalizada. Estas intervenções podem ir desde a atribuição de maior autonomia e controle às unidades mais bem classificadas, até ajudas financeiras e intervenções externas para as mais mal classificadas, não deixando de fora a clara necessidade, tendo em conta os resultados atingidos, na aposta da transição do modelo UCSP para o modelo USF (FERREIRA *et al.*, 2017, p. 757).

Com resultados importantes em indicadores de saúde como o aumento expressivo da esperança de vida, da diminuição robusta da mortalidade infantil e da mortalidade materna, a Reforma dos CSP vem

sendo traduzida como uma experiência de grande êxito na UE (OMS, 2008). Portanto, é importante que se estabeleça novas metas e que se possam traçar estratégias para o fortalecimento dos CSP em todo o território português, tornando a cobertura dos serviços de saúde mais acessíveis aos cidadãos. Segundo o Ministério da Saúde, no documento de 2010, denominado de *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir* serão necessários esforços como:

- Continuação da reforma no âmbito dos ACeS, com ajustes que ajudem a aumentar a sua implementação e autonomia e que diversifiquem a oferta de CSP;
- Reforço das competências dos ACeS nas áreas de gestão e contratualização, nomeadamente através de indicadores de eficiência e qualidade;
- Reforço da eficácia dos cuidados prestados através de indicadores de resultados em saúde assentes em critérios baseados na evidência;
- Reforço na racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-econômica;
- Reforço da integração de cuidados do ponto de vista do cidadão, criando um contínuo ao longo todas as áreas de prestação;
- Implantação de sistemas de informação robustos, credíveis e facilmente utilizáveis na prática clínica, tendendo para um registo eletrónico comum centrado no cidadão;
- Criação de mecanismos de atração de estudantes de medicina para medicina familiar e saúde pública;
- Introdução de novos modelos organizativos da prestação de cuidados, nomeadamente o modelo C preconizado pela Missão dos CSP. Esta medida ganha especial relevo no contexto de contratação de médicos de família em que nos encontramos; e
- Reforço da desburocratização dos CSP.

Dentre os desafios encontrados para a expansão dos cuidados de saúde, podemos diagnosticar a incapacidade do SNS em repor seus recursos humanos, sobretudo dos médicos de família. A redução de médicos de família foi prevista por Santanda e Vaz (2009 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), onde aproximadamente 56% dos médicos de família deixem sua atividade profissional entre o período de 2008-2020.

Segundo Dussault (*et al.*, 2014), mesmo com programas e políticas de fomento a criação da carreira de médicos de família e generalistas já na década de 1980, a opção por essas carreiras continua pouco atrativa aos jovens, os quais buscam nas especialidades sua profissão. Além desse fato, a procura ascendente por cuidados de saúde deverá ser ainda maior com o envelhecimento da população, colocando em risco os níveis atuais de cobertura, desaguando em maiores custos e menor eficiência do SNS. Para os autores, é necessária a rápida construção de políticas e práticas organizacionais que alterem

um futuro de carência de médicos, nesse contexto, o trabalho em equipe e da medicina colaborativa deve focar nas “necessidades dos doentes e não das profissões de saúde, seguindo o exemplo das USF” (DUSSAULT *et al.*, 2014, p.176).

O desafio da escassez da mão de obra médica também é enfatizado pela OCDE (2015). No entanto, a organização tende a priorizar a contribuição dos enfermeiros que trabalham com CSP. Portugal possui um número menor desses profissionais do que a média dos países que compõem a OCDE (6,1 para a média da OCDE de 8,8) e também uma proporção baixa de enfermeiros por médicos de família (1,5 em comparação com índice da OCDE de 2,8). Com um papel importante nos cuidados primários, a profissão de enfermeiro de família deve ser estimulada por políticas públicas, algo que já está ocorrendo com as USF, onde é necessário ter o mesmo número de enfermeiros e médicos. Além disso, espelhando-se nos sistemas de saúde de países como Dinamarca, Suécia e Inglaterra, Portugal está implementando a carreira desses profissionais, o que deve diminuir o custo e pode potencializar a capacidade e a qualidade na provisão dos cuidados primários.

Outro desafio para os CSP é de ampliar os esforços quanto aos processos de prevenção à saúde. Dentre os indicadores que podemos elencar como mais preocupantes estão: a prevalência de diabetes na população portuguesa (9,8% em comparação com a média da OCDE de 6,9%), o aumento sucessivo da obesidade infantil e o aumento das taxas de tabagismo, sobretudo nas mulheres. No entanto, os esforços de prevenção dirigidos pelos cuidados primários atualmente parecem irregulares, e as intervenções efetivas devem ser incorporadas na prática dos CSP de forma sistemática e em ambas as UCSP e USF. Os incentivos para que os provedores de atenção primária ofereçam mais atividades de prevenção provavelmente podem ser introduzidos através de estruturas de contratação e desempenho atuais, pelo menos para USF (OCDE, 2015).

Desde a crise econômica de 2008, Portugal atravessa um período de predomínio da política de austeridade econômica, referendada inclusive ao assumir os acordos econômicos com os organismos internacionais compostos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Central Europeu e Comissão Europeia – designados no debate econômico como Troika. Para o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2016), o corte de gastos interferiu justamente nas áreas sociais, em particular com a diminuição dos gastos em saúde, desaguando em aumentos sucessivos dos gastos diretos efetuados pelas famílias e indivíduos.

O corte de gastos focalizado no sistema de saúde refletiu em maiores níveis de desigualdade, com predominância nos grupos mais vulneráveis (idosos, pobres e sem ou com baixíssimo nível de escolaridade). Segundo estudo realizado pelo OPSS (2016, p.46-47), em 2014 o risco de adoecimento dos menos escolarizados foi “6 vezes maior do que quando comparados aos mais escolarizados, o mesmo indicador apresenta que o risco de diabetes é 4 vezes superior no grupo sem formação, e o risco de hipertensão é 3 vezes maior”.

Para os idosos sem escolaridade o risco de adoecimento é 05 vezes maior e os idosos que possuem

pelo menos o nível básico é 02 vezes superior aos idosos com maior escolaridade. O risco de possuírem uma doença crônica (diabetes e hipertensão) é de 04 vezes mais. Os dados demonstram que as capacidades de resposta do SNS frente aos desafios da política econômica austera são ainda enormes e devem ser pautados pela elaboração de políticas econômicas que possam disponibilizar um maior leque de proteção aos seus cidadãos (OPSS, 2016, p.55).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resumidamente, a Reforma dos CSP de 2005 correspondeu ao processo de criação da Missão para os CSP, e consistiu na reorganização dos antigos centros de saúde em USF, no estabelecimento dos ACeS, e, finalmente, no desenvolvimento de uma nova organização com foco na governança e hierarquia através da criação dos Conselhos Clínicos e Diretores Clínicos.

Com o desenvolvimento econômico e social, mas também com a efetividade do SNS, Portugal aproximou-se dos países da Europa na relação de importantes indicadores de saúde. Com a Reforma dos CSP de 2005, o país fomentou importantes investimentos econômicos e técnicos na busca por garantir melhores cuidados primários para sua população.

A Reforma dos CSP portuguesa reorientou o modelo assistencial de saúde, com o fortalecimento das ações de promoção e prevenção. É necessária uma reflexão estratégica em torno da direção dessas mudanças para garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde com alta qualidade. Uma prioridade deve ser a ampliação das USF e o fortalecimento de todos os outros prestadores de CSP. No curto prazo, as UCSP poderiam usufruir das contratualizações como forma de introduzir a qualidade e os incentivos de desempenho que estão incluídos nas USF. No longo prazo, todas as UCSP poderiam ser transformadas em USF. Essa é, aliás, uma das principais recomendações da OCDE (2015) para o SNS.

Na carência de médicos de família, a possibilidade de intensificar a contribuição dos enfermeiros de família constitui uma opção que busca um maior equilíbrio entre os profissionais de saúde, transformando esse profissional num recurso fundamental para a promoção da saúde individual em um contexto familiar, além de tornar a ligação entre usuários e profissionais da saúde mais equânime no acesso aos CSP. No campo da prevenção é necessária a intensificação da contratualização com indicadores que reflitam a realidade da população portuguesa e que levem em conta a sua transição epidemiológica.

Finalmente, é importante que se estabeleça uma agenda de acompanhamento sobre os potenciais efeitos negativos das medidas de contenção de gastos em saúde e da transferência de responsabilidade para o âmbito familiar.

## Referências

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – ACSS. **Relatório de candidaturas e constituição de USF e UCC**. Portugal: ACSS, 2016.
- BISCAIA, A. R.; HELENO, L. C. V. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):701-711, 2017.
- BRANCO, A. G.; RAMOS, V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Volume Temático: 2, 2001.
- CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. **O percurso da saúde**: Portugal na Europa. Editora: Almedina, Coimbra, 2011.
- CARAPIÇO, E. I. N.; RAMIRES, J. H.; RAMOS, V. M. B. Unidade de Saúde Familiar e Clínicas da Família – essência e semelhança. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):691-700, 2017.
- CASTLES, F. **Families of Nations**: patterns of public policy in Western democracies. Aldershot: Dartmouth, 1993.
- CHAVES, C.; DUARTE, J.; AMARAL, O. *et al.* Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da Região Centro de Portugal. **Revista de Psicologia**, 2, 2016.
- CRISÓSTOMO, S. O Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Número Especial, 2016.
- DUSSAULT, G.; BISCAIA, A.; CRAVEIRO, I. et al. Os Recursos Humanos da Saúde. In: **40 Anos de Abril na Saúde**. (Orgs.) CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. Coimbra: Editora Almedina, 2014.
- ESPING-ANDERSEN, G. **The three worlds of welfare capitalism**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1990.
- EUROSTAT. Comissão Europeia. Disponível em: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/>>. Consultado em 05/09/2017.
- FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: **Modelos de atenção e a saúde da família**, (Org.) Morosini, V. G. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007.
- FERREIRA, P. L.; RAPOSO, V. M.; PISCO, L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):747-758, 2017.
- FERRERA, M. **Democratisation and Social Policy in Southern Europe**: from expansion to “recalibration”. Geneva: Unrisd, 2005.
- FERRINHO, P.; ALVES, I.; DIAS, S. et al. O Percurso dos Fatores Determinantes da Saúde. In: **40 Anos de Abril na Saúde**, (Orgs.) CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. Coimbra: Editora Almedina, 2014.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, (Orgs.) GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – INE. Disponível em: <<http://www.ine.pt>>. Consultado

em 05/09/2017.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, 3(2): 371-396, 2005.

MENDES, F.; GEMITO, M. L. G. P.; CALDEIRA, E. C. *et al.* A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):841-853, 2017.

MENDES, F.; MANTOVANI, M.; GEMITO, M. L. *et al.* A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. **Revista de Enfermagem**, 3(9), 2013.

MIGUEL, L. S. **Cuidados de Saúde Primários em Portugal**. Tese de Doutoramento, Lisboa: Instituto de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, 2013.

MONTEIRO, B. R.; CANDOSO, F.; REIS, M. *et al.* Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):807-818, 2017b.

MONTEIRO, B. R.; PISCO, A. M. S. A.; CANDOSO, F. *et al.* Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 22(3):725-736, 2017a.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – OPSS. **Relatório Primavera Saúde**: procuram-se novos caminhos. Universidade Nova Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **The World health report 2008**: primary health care now more than ever. Genebra: Suíça.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO – OCDE. **Reviews of Health Care Quality**. Lisbon: Rising Standards; 2015.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE. **Health Data**. Disponível em: <<http://www.oecd.org/statistics/>>. Consultado em 05/09/2017.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica** 32(4): 492-499, 2008.

PISCO, L. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6): 2841-2852, 2011.

PORDATA FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS. Disponível em: <<http://www.pordata.pt>>. Consultado em 05/09/2017.

PORTUGAL. **Decreto-Lei 117/98, de 5 de maio**. Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos de carreira de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

PORTUGAL. **Decreto-Lei 254/82, de 29 de junho**. Cria as administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde (ARS).

PORTUGAL. **Decreto-Lei 413/71, de 27 de setembro**. Aprova a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência. Cria o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

PORTUGAL. **Decreto-Lei 60/2003, de 01 de abril**. Cria a rede de cuidados de saúde primários, definindo os serviços e entidades nele integrados, assim como os órgãos, serviços e competências dos centros de saúde com gestão pública.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio**. Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. **Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral**. Ministério da Saúde, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016**: reforçar, expandir. Lisboa, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa (1994), **Pela Mão de Alice**: O Social e Político na Pós-Modernidade. Porto: Edições Afrontamento.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagens e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3): 679-686, 2017.

SOUSA, J. C.; SARDINHA, A. M.; SANCHEZ, J. P. *et al.* Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Volume Temário: 2, 2001.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Estratégia Saúde da Família: foco na disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 17(1): 89-118, 2011.

WORLD BANK. **World Bank Data**. Disponível em: < <https://data.worldbank.org>>. Consultado em 03/09/2017.