

A Raposa e as Uvas – um olhar sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

JAIME CORREIA DE SOUSA*

*Uma Raposa, morta de fome, viu alguns cachos de uvas negras e maduras, penduradas nas grades de uma videira. Usou então de todos os seus dotes e artifícios para as alcançar, mas acabou por se cansar em vão, pois não conseguiu. Por fim deu meia volta e foi-se embora, e consolando-se a si mesma, meio desapontada disse: **olhando com mais atenção, percebo agora que as uvas estão estragadas, e não maduras como eu as imaginei a princípio.***

Esopo (± 620 a.C.)¹

INTRODUÇÃO

A Medicina Geral e Familiar Portuguesa vive um período sem precedentes ao protagonizar uma nova fase do desenvolvimento que, tudo leva a crer, irá ter consequências determinantes para o seu futuro.

Nascida de forma estruturada em Portugal no início dos anos oitenta do século passado, a clínica geral da era moderna, hoje designada por Medicina Geral e Familiar (MGF), teve um processo de concepção, implementação, desenvolvimento e maturação ímpar, apenas possível por que foi sustentado em princípios conceptuais sólidos, baseados numa extensa produção de literatura científica de procura das melhores evidências disponíveis.

Este processo de procura sistemática da qualidade, da inovação, das boas práticas, da melhor evidência, do bem-estar dos doentes e da satisfação dos profissionais corresponde a um percurso de enorme riqueza nem sempre suficientemente documentado do ponto de vista da literatura médica, apesar de existirem muitos textos e documentos de trabalho e terem sido feitas algumas publicações de reflexão em que são citados os textos conhecidos.²⁻⁷

ANTECEDENTES

O Serviço Nacional de Saúde Português nasceu em 1979 cumprindo-se assim uma das promessas mais marcantes do novo Governo da recém restaurada democracia.¹⁰ Em 1982, o primeiro decreto das carreiras médicas,¹¹ definiu pela primeira vez num diploma legal o perfil do médico de família com uma formulação próxima da que era já defendida pelos médicos que vieram a fundar em 1983 a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG). Já em 1979, o relatório Horder, elaborado na sequência de uma visita de estudo a Portugal de um grupo de médicos de clínica geral britânicos a convite do Governo Português,¹² tinha apresentado sugestões muito semelhantes.

Pode-se considerar que a Clínica Geral Portuguesa nasceu da conjugação de um conjunto de circunstâncias his-

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

tóricas entre as quais se podem referir a explosão demográfica médica do fim dos anos setenta constrangida pelo escasso número de vagas de formação nos internatos médicos, o impacto do Serviço Médico à Periferia nas populações, ao proporcionar pela primeira vez o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde, a consciência crescente de alguns médicos da necessidade de um novo tipo de prática, o aparecimento de modelos conceptuais que propunham a criação de cuidados de saúde primários (CSP) tendo como peça central o médico de clínica geral, e a presença no Governo do então Secretário de Estado da Saúde, Paulo Mendo.¹³

A jovem clínica geral/medicina familiar portuguesa foi influenciada de forma marcante desde o seu nascimento pela *general practice* britânica. O impulso inicial, os primeiros contactos, as referências académicas, a disponibilidade da bibliografia de apoio, a facilidade linguística, em tudo facilitaram esta forte ligação. Mas, ao longo dos anos seguintes, outras influências foram marcando terreno entre as quais a cooperação Norueguesa com o Norte de Portugal através do projecto NORAD,¹⁴ por influência de Nuno Grande; os contactos de alguns médicos de família com a medicina familiar norte-americana (Canadá e Estados Unidos), alguns contactos com a SEMFyC da vizinha Espanha e com os colegas holandeses, entre outras, contribuíram igualmente para modular e diversificar os modelos de influência.

Este percurso, acompanhado pelo intenso debate de ideias e alguma produção escrita difundida pela Revista Portuguesa de Clínica Geral (RPCG), fundada em 1984, possibilitou o desenvolvimento de uma forma original de medicina geral e familiar fortemente ligada aos modelos europeus, mas com especificidades próprias.

Foi neste contexto de debate de ideias e de procura de soluções que foi produ-

zido em 1990 um documento marcante e estruturante que serviu de orientação para a APMCG na década seguinte. O Livro Azul,¹⁵ como ficou conhecido, descreve os princípios e valores da MGF, define um enquadramento estrutural, propõe uma definição do perfil do médico de família e um regime de trabalho, uma estrutura de regime retributivo, um enquadramento operacional, sugere as condições de instalações e equipamento adequadas à prática da MGF, um sistema de informação, regras de gestão da prática clínica, de garantia de qualidade, de formação e de investigação.

Entre 1982 e 1999 a carreira de clínica geral foi-se desenvolvendo e consolidando tendo como referência o DL 310/82 ou o seu sucessor, o DL 73/90.¹⁶ As iniciativas dos médicos de família em torno dos Encontros Nacionais de Clínica Geral, a publicação de textos e artigos de opinião e debate na RPCG,^{17,18} ou no Jornal Médico de Família, os Encontros e Jornadas locais e distritais, a actividade científica e académica dos departamentos ou cadeiras de clínica geral nas faculdades de medicina,¹⁹⁻²⁴ a actividade do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos,²⁵ dos sindicatos ou das múltiplas actividades nos seus locais de trabalho, foram permitindo o amadurecimento e consolidação de um pensamento colectivo que, inevitavelmente teria que vir produzir mudanças na forma de ver e praticar a profissão. Em 1998 a APMCG publicou a Declaração da Madeira,²⁶ uma espécie de *segundo fôlego do Livro Azul*. Em 2002, um novo documento «Medicina Geral e Familiar: colapso ou ressurgimento» corresponde a um *terceiro fôlego do Livro Azul*.²⁷

CONCEPTUALIZAÇÃO

O modelo conceptual em que assenta a reforma dos CSP não foi uma invenção

local, nem corresponde a um mero devaneio dos líderes da MGF Portuguesa. Por trás das propostas de mudança, existe abundante reflexão colectiva, uma substancial produção académica e considerável publicação de textos e de trabalhos de investigação que permitiram consubstanciar uma certa linha de conduta. Mas existiu igualmente uma avaliação crítica dos modelos da MGF para além-fronteiras.

Da observação crítica dos modelos europeus como os do Reino Unido, dos Países Baixos, da Dinamarca, da Noruega e da Irlanda identificaram-se as vantagens e os problemas do contrato centrado no médico que funciona como empresário e contratador, mas também as experiências de financiamento e as «*practices*» com orçamento. Da análise crítica das experiências de reforma ocorridas nestes países, percebeu-se a vantagem do trabalho em grupo, da responsabilidade colectiva pelos resultados, do agrupamento em pequenas equipas e da necessidade de preservar uma orientação comunitária.

Do Norte da Europa (Suécia, Finlândia e Noruega) observou-se a eficácia de ter centros de saúde (CS) orientados para a comunidade e do papel relevante das outras profissões da saúde nos cuidados continuados, na prevenção de doença e promoção da saúde.

Conhecendo a organização da profissão na Europa Central (França, Alemanha, Áustria, Suíça e, Bélgica) compreenderam-se os riscos da prática por médicos isolados, do simples pagamento ao acto, da repetição de actos ou do doente que decide onde ir e que regula a procura.

Da Espanha, perceberam-se as vantagens e os inconvenientes de fazer a mudança da assistência ambulatoria clássica para os novos centros de saúde de uma forma lenta, gradual, mas sustentada e observou-se com agrado a aposta numa formação de médicos de família de elevada qualidade.

ETAPAS DA REFORMA

A equipa de colaboradores da Ministra da Saúde Maria de Belém coordenada por Constantino Sakellarides, teve um papel determinante no acolhimento dado às experiências de organização e gestão da prática clínica como foram os Grupos Alfa e o Regime Remuneratório Experimental (RRE), que apostavam sobretudo na iniciativa e auto-organização dos profissionais, na promoção da qualidade e na contratualização; a proposta dos centros de saúde de terceira geração nunca viu a luz do dia, pois as mudanças ocorridas no seio do próprio Governo e a chegada de Manuela Arcanjo ao ministério levaram ao congelamento da reforma; a subsequente substituição da Ministra por Correia de Campos (versão 1) manteve o bloqueio dos projectos de reforma e inovação e correspondeu em grande parte à vitória dos *lobbies* e dos interesses instalados na saúde e no aparelho do ministério da saúde sobre as iniciativas reformistas.

Com Luís Filipe Pereira chegou em 2002 a contra-reforma e as tentativas de destruição da estrutura dos CSP, felizmente sem grande sucesso. Neste caso os interesses instalados e as resistências habituais à mudança por parte do aparelho do Ministério da Saúde acabaram por ser aliados preciosos dos médicos de família que lideraram o processo de contestação às políticas do Ministro.

ETAPAS DA REFORMA 2005-2006

No regresso ao Ministério, Correia de Campos (versão 2) surge com um discurso novo, mostra-se aberto às propostas de reforma experimentadas pelos profissionais e bem documentadas quanto à sua eficiência,²⁸⁻³² e nomeia a Missão para os Cuidados de Saúde Pri-

mários.

O documento produzido pela Missão, *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*,³³ permitiu dar um novo fôlego à reforma interrompida e relançar o processo de formação de unidades de saúde familiares (USF). A produção de documentos legais e recomendações técnicas de suporte à reforma como a matriz de indicadores a contratualizar para 2006 e 2007, os indicadores de Desempenho para as USF, os Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiares ou a Carteira de Serviços das USF constituem peças fundamentais para lançar o processo de reorganização dos CSP.

PONTOS FORTES

A reforma apresenta alguns pontos fortes que poderão determinar o seu sucesso; vem ao encontro da vontade de mudança de muitos médicos e enfermeiros; existe massa crítica de profissionais para liderar as USF e para promover mudanças organizacionais reais; foi já produzido bastante trabalho de teorização e pensamento sobre modelos organizacionais e de prática; houve uma clarificação da missão do Centro de Saúde com a identificação de dois níveis de gestão (operativa ou intermédia e clínica) com uma nova matriz organizacional e funcional (as USF, as outras unidades e o funcionamento em rede) e aposta-se na criação de um Sistema de Informação que possibilita um diferente paradigma de organização do trabalho.

PONTOS FRACOS

A reforma dos CSP foi iniciada pela reorganização das USF sem que seja conhecido um modelo global orientador da reforma, quer dos CSP, quer da saúde

de em geral. É sabido que Cuidados de Saúde Primários não são apenas cuidados médicos de MGF, nem apenas cuidados assistenciais, mas, na ausência de um panorama geral de enquadramento da reforma, o modelo conceptual subjacente aparece a muita gente como muito centrado no médico de família; a MCSP estabeleceu prioridades e anunciou que, numa segunda fase, iniciará o debate sobre as mudanças a promover nas restantes áreas dos CSP, pelo que esta insuficiência de informação poderá ser colmatada em breve, mas pode estar ainda a constituir um obstáculo para a adesão de muitos profissionais e a permitir alimentar as vozes discordantes.

Apesar do que atrás foi referido sobre a abundante produção conceptual colectiva dos médicos de família, o pensamento sobre modelos de organização da prática está ainda insuficientemente disseminado e debatido entre a profissão e com as outras profissões, inevitáveis parceiras da reforma. Não está definido a quem compete o grosso da intervenção comunitária e qual o papel das USF em relação à comunidade ou qual o modelo de Enfermagem nas USF (Comunitária, *Practice Nurses*, Enfermeiros de Família ou modelos mistos). Ainda se sabe pouco sobre como se vai fazer a reconfiguração dos CS nem qual irá ser o papel da Saúde Pública nos CS reformados.

Outro ponto fraco são as insuficiências e atrasos da criação de um sistema de informação que seja uma verdadeira ferramenta de apoio à prática clínica e à gestão da consulta, permitindo também a produção de indicadores de gestão e monitorização de forma amena, evitando as resistências ao seu uso. A lógica do sistema de informação deve partir da clínica para a monitorização e avaliação da prática e não o inverso, sem o que o seu uso e a sua eficácia podem ser pervertidos.

Ao nível da estrutura os principais

obstáculos provêm do risco de institucionalização dos agentes da reforma, particularmente as resistências do aparelho do Ministério da Saúde, e a subsistência de um Aparelho de Estado cujos recursos humanos têm uma fraca cultura e capacidade de inovação, e não têm demonstrado capacidade técnica para contratualizar e monitorizar o desempenho das USF.

Um outro ponto fraco são os próprios agentes da reforma, os profissionais de saúde, suggestionados pelo mito de que a MCSP irá permitir mudar os estado de coisas contra as chefias servindo como libertador ao catalisar o descontentamento, demorando a perceber que são eles próprios os agentes da mudança, que as ideias podem vir de fora mas a reforma é uma construção colectiva. A mudança depara ainda com resistência de muitos colegas, os que têm algo a perder (muitas chefias, profissionais desmotivados, com interesses instalados), os que não se revêm na reforma (acham que não é necessário um novo modelo) ou ainda os grupos que se auto-excluíram por discordar dos objectivos e percurso da reforma.

Nesta fase de construção colectiva de uma nova forma de estar e trabalhar em MGF exige-se das organizações profissionais e particularmente da APMCG, afinal a principal promotora das ideias que consubstanciam as mudanças em curso, que prestem todo o apoio à MCSP, garantindo o acompanhamento crítico da reforma, mantendo a pressão sobre Correia de Campos e sobre o aparelho do Ministério da Saúde prestando apoio ao debate de ideias e à divulgação de projectos em todas as actividades que se desenvolvam nos próximos tempos. É igualmente da maior importância que se promova um maior debate com outras organizações profissionais (Ordem e Sindicatos de Enfermeiros, Associações profissionais de fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, Ordem dos Médicos Dentistas

entre outras), que se promova a discussão com associações de doentes/utentes da saúde, com partidos, grupos parlamentares e associações de cidadãos e que se mantenham as boas iniciativas para «educar» a imprensa. Junto dos profissionais é fundamental continuar-se a promover as boas práticas profissionais, a investigação, a reflexão e o debate de ideias.

É fundamental, nesta fase, a promoção, apoio e fomento de actividades de investigação sobre modelos organizacionais, boas práticas, cuidados assistenciais efectivos, satisfação de profissionais e de doentes e sobre o interface com os cuidados secundários. Deve também existir, por parte das organizações profissionais e da APMCG em particular um esforço de publicação de artigos de opinião, reflexão, revisão e conceptualização da responsabilidade de elementos da Direcção Nacional, de líderes associativos ou de grupos de trabalho sobre a Reforma dos CSP que permitam aprofundar a definição e consensualizar o perfil profissional, os modelos assistenciais e organizacionais a implementar e que queremos para Portugal.

CONCLUSÃO

A reforma está a acontecer, foi desejada e solicitada por muitos de nós, mas inevitavelmente está a provocar mudanças importantes que vão obrigar a profundas alterações no quotidiano de muitos profissionais.

Mais cedo ou mais tarde a maior parte dos profissionais vão ter que se confrontar com a necessidade de tomar decisões sobre o modelo de USF a que querem pertencer e como e com quem querem trabalhar. Mais vale decidir de forma activa e empenhada e não fazer como a raposa que, por não conseguir alcançar as uvas, acaba desdenhando delas.

REFERÊNCIAS

1. Esopo. A Raposa e as Uvas. Fábulas ilustradas. Disponível em: URL: <http://sitededicas.uol.com.br/fabula30a.htm> [accedido em 14/04/2007]
2. Tavares JF. Os primeiros dez anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa: APMCG; 1997.
3. Alves MV, Ramos V, editores. Da Memória. Lisboa: MVA Invent / Pfizer / APMCG; 2003.
4. Branco AG, Ramos V. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Rev Port S Pública 2001; Volume Temático (2): 5-12.
5. Pisco L. xitos e Insucessos da Medicina Geral e Familiar Portuguesa ou o que conseguimos em 20 anos e o que falta conseguir. In: Alves MV, Ramos V, editores. Da Memória. Lisboa: MVA Invent / Pfizer / APMCG; 2003. p.15--23.
6. Sousa JC, Sardinha AM, Perez y Sanchez J, Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Rev Port S Pública 2001; Volume Temático (2): 63--74.
7. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. Rev Port S Pública 2001; Volume Temático (2): 101-8.
8. Sousa JC. Do mundo colheram-se novos mundos. In: Alves MV, Ramos V, editores. Medicina Geral e Familiar: Da Memória. Lisboa: MVA Invent; 2003. p. 14-23.
9. Biscaia AR, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos. Lisboa: Fundação Astrazeneca; 2005.
10. Ministério da Saúde. Lei 56/79. Lei do Serviço Nacional de Saúde. "Diário da República", Lisboa, I Série (15) Setembro, p. 2357.
11. Ministério das Finanças e do Plano, dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa. Decreto-Lei nº 310 / 82, de 3 de Agosto. Diário da República, 1982; I Série, nº 177: 2283--98.
12. Horder J. Clínica Geral / Medicina Familiar: Portugal e o Mundo. In: Alves MV, Ramos V, editores. Da Memória. Lisboa: MVA Invent / Pfizer / APMCG; 2003. p. 17- 47.
13. Mendo P. A Carreira Médica de Clínica Geral In: Alves MV, Ramos V, editores. Da Memória. Lisboa: MVA Invent / Pfizer / APMCG; 2003. p.53-67.
14. Anker H, Borchgrevink CF. Primary health care in Portugal: reflections on a Portuguese-Norwegian development project. Fam Pract 1985 Sep; 2 (3): 59-64.
15. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Direcção Nacional. Um futuro para a medicina de família em Portugal. Lisbon: APMCG, 1991.
16. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 73/ 90. Diário da República, I Série, 1990 Mar 6: 958-70.
17. Rodrigues A, Biscaia JL. Pensar uma "Unidade de Medicina de Família"... Rev Port Clín Geral 1991; 8: 248-53.
18. Gêrvas J. As diversas formas de pagamento do Médico de Clínica Geral e a sua repercussão na prática clínica. Rev Port Clin Geral 1996; 13: 130-40.
19. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1995.
20. Rebelo L. O Doente com artrite reumatóide e o seu contexto familiar [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1996.
21. Hespanhol AP. Condições de exercício da Clínica Geral no Norte de Portugal [tese de doutoramento]. Porto: Faculdade de Medicina do Porto; 1996.
22. Nunes B. A teoria sobre o corpo e a saúde numa aldeia rural [tese de doutoramento]. Porto: ICBAS; 1996.
23. Sá AB. A Decisão em Medicina Geral e Familiar [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2002.
24. Santos I. O doente com patologia múltipla em medicina geral e familiar: comorbilidade de quatro doenças crónicas [tese de doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa; 2006.
25. Ordem dos Médicos, Colégio de Clínica Geral. Um novo curriculum para uma nova especialidade. Lisboa: Ordem dos Médicos; 1995.
26. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Direcção Nacional. Declaração da Madeira. Lisboa: APMCG; 1998.
27. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Direcção Nacional. Medicina Geral e Familiar: colapso ou ressurgimento. Lisboa: APMCG; 2003.
28. Hipólito F, Conceição C, Ramos R, Aguiar P, van Lerberghe W, Ferrinho P. Quem aderiu ao regime remuneratório experimental e porquê? Rev Port Clin Geral 2002; 18: 89-96.
29. Conceição C, Antunes AR, van Lerberghe W, Ferrinho P. As diferenças regionais na adesão ao regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral até Janeiro de 2000. Rev Port Clin Geral 2003; 19: 227-36.
30. Biscaia A, Conceição C, Martins J, Ferrinho P. Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. Rev Port Clin Geral 2003; 19: 281-9.
31. Comissão de Acompanhamento e Avaliação. Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral RRE. Relatório. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004.
32. Grupo de Trabalho da Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. Lisboa: MCSP; 2006.
33. Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005.