

O Projecto «Tubo de Ensaio» – breve história do Centro de Saúde S. João*

ALBERTO HESPANHOL, ABÍLIO MALHEIRO, ALEXANDRE DE SOUSA PINTO

INTRODUÇÃO

O Projecto «Tubo de Ensaio» nasceu de um Protocolo de Acordo de Cooperação firmado entre a ARSNorte e a Faculdade de Medicina do Porto (FMP) ao fim de 14 anos de negociações¹. A Ministra da Saúde homologou esse Protocolo em Setembro de 1998^{2,3,4}.

Abriu as suas portas aos utentes em Julho de 1999 e em fim desse ano tinha já 15.000 inscritos. Em Junho, ao completar um ano, tinha perto de 19.000.

Entrou em crise em Janeiro de 2000, primeiramente em «crise» oculta até Junho, depois em «crise» aberta até Setembro e a seguir em «crise» mediaticamente exposta até ao fim do ano. A «crise» foi devida à clamorosa insuficiência do seu financiamento pelo Ministério da Saúde, o que deu origem a atrasos salariais, primeiro aos médicos, depois a todo o pessoal^{5,6}.

Ficou em «banho-maria» durante o ano de 2001, com um financiamento mínimo assegurado por despacho ministerial, mas sem perspectivas de futuro.

Mas, a partir de Agosto de 2001, iniciaram-se negociações de um novo Protocolo que veio a ser firmado em Dezembro desse ano e homologado por despacho do Ministro da Saúde em Fevereiro de 2002⁷.

Tem agora condições para um novo arranque, em condições satisfatórias, compatíveis com as finalidades com que foi inicialmente estabelecido entre a Educação e a Saúde, os dois principais interessados na formação dos médicos^{2,4}.

OBJECTIVOS

O Protocolo de 1998 apontava ao Projecto os seguintes objectivos¹:

1. Prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) a uma população até 25.000 utentes, sem base geográfica. Os cuidados deveriam ser idênticos aos prestados pelos outros Centros de Saúde (CS) e deveriam ser cumpridos todos os programas estabelecidos pela ARSNorte.
2. Inovação em administração e em prestação de CSP, incidindo em³:
 - Organização
 - Modelos de gestão
 - Modelos de prestação de cuidados
 - Modelos de articulação interinstitucional
 - Modelos de financiamento
 - Sistemas de informação
 - Monitorização da qualidade
 - Humanização
 - Cuidados domiciliários
 - Atendimentos de urgências em ambiente de CSP
 - Promoção de estilos de vida saudá-

Alberto Hespagnol
Abílio Malheiro
Alexandre de Sousa Pinto

Médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar
Departamento de Clínica Geral da Faculdade
de Medicina do Porto

* Baseado em comunicação
apresentada ao 2º Fórum de
Economia da Saúde, Porto,
25 de Fevereiro de 2002

veis

- Saúde dos idosos
- 3. Formação pré- e pós-graduada de profissionais dos CSP^{2,4,8,9}:
- Indissociável das outras vertentes do projecto
- Com inovação e ensaio de processos pedagógicos
- Com avaliação periódica externa e interna
- Com extensão à Educação Médica Contínua (EMC)
- Extensiva a médicos e outros profissionais dos CSP
- Realizada por formadores de competência reconhecida

É interessante verificar que o Protocolo se não referia a objectivos de carácter científico, de investigação biomédica clássica, referindo-se apenas à inovação com controle e avaliação periódicas, interna e externa, de processos de administração e gestão. Contudo, apesar de não declarados no Protocolo, o Departamento de Clínica Geral (DCG) perseguia objectivos nessa área, assim como procurava adquirir experiência em gestão da Saúde, com a intenção de poder vir a acrescentar ao ensino pré-graduado a temática de administração e economia da Saúde.

O Protocolo agora renovado consagra já a investigação científica em áreas biomédicas como um outro objectivo do projecto.

Filosofia do projecto

O protocolo de 1998 e seus anexos declaravam o desejo de criar um espaço de reflexão, debate e ensaio de novos modelos e novas práticas – «Tubo de ensaio» – essencialmente um modelo de boas práticas e um centro de excelência, inserido na realidade. Recomendavam a observância dos valores e da filosofia dos CSP¹⁰, a utilização de instalações e de equipamento semelhante aos dos outros CS – aliás fornecidos e mantidos pela ARSNorte – e pessoal semelhante¹¹. Estabeleciam a obrigação de

fazer estudos anuais da satisfação dos utentes e dos profissionais e a nomeação de uma Comissão mista de avaliação externa.

Indicavam-se alguns princípios orientadores:

- Excelência, qualidade, inovação e criatividade
- Cumprimento do Programa de Saúde da ARSNorte
- Utilização dos suportes de informação em vigor na ARSNorte
- Envio à SubARS de informação estatística idêntica à dos outros CS
- Avaliação periódica interna e externa
- Gestão partilhada entre a ARSNorte e o DCG
- Horário de atendimento idêntico aos outros CS
- Atendimento das situações de urgência dentro do horário do CS
- Utentes inscritos voluntariamente e livres de mudar de médico ou CS sem restrições
- Utentes portadores de Cartão ou da sua requisição, sem inscrição noutra CS

Concretizavam-se os seguintes indicadores de execução para o primeiro ano do projecto:

1. Percentagem dos utentes previstos efectivamente inscritos
2. Percentagem de Projectos em execução dos projectos programados
3. Percentagem de pessoal em exercício do pessoal previsto
4. Percentagem dos alunos que frequentaram que declaram interesse em CSP
5. Execução do cronograma de actividades
6. Execução do cronograma de formação.

O financiamento do projecto¹² era feito pelo pagamento de uma capitação por utente inscrito, provisoriamente segundo o quantitativo estabelecido para os CS convencionados pelo Despacho 3181/97 de 3 de Julho (cerca de 380 Pte/mês/utente mais 20 Pte para en-

fermagem). O desenrolar do primeiro ano permitiria o estabelecimento de quantitativos mais realistas, mas desse modo ficava assegurada a ligação entre a produção e a retribuição.

A «crise» de 2000 teve origem na evidente insuficiência desse financiamento⁵. Encerrou-se com o estabelecimento, imposto pela Ministra da Saúde, do financiamento por subsídio fixo, desligado da produção, pela renúncia da ARSNorte à partilha da gestão, pela instituição de fiscalizações mensais do desempenho e pela fixação de um horizonte temporal limitado ao fim de 2001, alterações estas que modificavam substancialmente a filosofia do projecto.

O Protocolo renovado para 2002 e anos seguintes retira as limitações de horizonte temporal, regressa à retribuição por capitação ponderada, restabelecendo a ligação à produção, institui incentivos à prescrição racional de medicamentos (MDs) e Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDTs), revaloriza a investigação científica e restabelece períodos realistas de avaliação⁷. Apesar de manter a ARSNorte completamente desligada da responsabilidade pela gestão, restaura satisfatoriamente a filosofia inicial do projecto.

Filosofia e metodologia de abordagem

Definido pelo Protocolo, em termos gerais, que o CSSJ deveria prestar cuidados aos utentes e fornecer dados à SubARS indistinguíveis dos outros CS's, mas era livre de estabelecer as experiências organizativas internas que bem entendesse, decidiu-se abordar o problema de baixo para cima, isto é, partir dos serviços aos utentes para definir a organização necessária para os satisfazer.

Começámos por contratar com uma entidade externa o estudo das funcionalidades asseguradas pelos CS, com o objectivo de determinar o número

e conteúdo dos postos de trabalho a criar, para além dos 10 médicos que eram o ponto de partida.

Enquanto aguardávamos os resultados desse estudo e a conclusão das obras de beneficiação das instalações que nos foram destinadas pela ARSNorte, na rua de Miguel Bombarda, no Porto, começámos a realizar reuniões semanais dos médicos com a Comissão Directiva. Tratou-se de decidir em conjunto as metodologias de trabalho a utilizar.

Estabeleceu-se que, ao arrepio da tradicional organização hierarquizada do SNS por comando (em sentido descendente) e relatório (em sentido inverso), ensaiaríamos uma organização baseada na estrutura não hierarquizada das orquestras sinfónicas.

Os músicos não tocam como o maestro manda: cada músico é um artista independente que interpreta a partitura com liberdade artística, cumprindo-lhe, contudo, integrar-se no conjunto. A «afinação» do conjunto é assegurada pelo respeito absoluto de todos por um conjunto de regras básicas comuns – o solfejo e a partitura – e pela informação completa e verdadeira, em tempo real, de como todos os outros estão a tocar. O maestro age apenas como um facilitador da comunicação entre todos, transmitindo-lhes também a sua própria interpretação da partitura.

Para aplicar este conceito, recomendado por alguns cientistas americanos de estrutura das organizações como particularmente adequado para as organizações da Saúde, acordámos em que a Comissão Directiva se comportaria como o maestro e cada um interpretaria com grande liberdade o papel que lhe fosse distribuído. Todas as decisões significativas seriam tomadas em conjunto, em reuniões, tendo todos acesso ao conhecimento completo de todos os elementos decisórios. Com base numa rede informática eficaz, compreendendo as agendas e os regis-

tos clínicos baseados no SOAP, asseguraríamos uma circulação da informação completa, em tempo real.

Ao longo de oito meses de reuniões semanais, e uma de fim-de-semana, fomos decidindo as regras básicas que todos respeitaríamos e estabelecendo o papel de cada um no conjunto. À falta de melhor, designámos esses papéis por «pelouros», que, juntamente com a responsabilidade pelos Programas de saúde, foram distribuídos pela Comissão Directiva e pelos médicos.

Para além de um ou mais «pelouros», cada médico teria, naturalmente, a responsabilidade pela sua lista de utentes. O acesso de todos aos registos clínicos de todos através da rede informática, a consulta «aberta» e as reuniões para apresentação e discussão de pacientes permitiriam o desenvolvimento progressivo de uma consciência de responsabilidade colectiva pela totalidade da população a nosso cargo. Desejámos e propusemos à ARSNorte, mais de uma vez, passar a assegurar a totalidade dos CSP à população inscrita no CSSJ, através da extensão do horário, mas ainda não fomos a isso autorizados, até hoje.

Com base no estudo organizacional acima referido, decidiu-se contratar quatro unidades de enfermagem, o que se conseguiu contratando 10 enfermeiras e dois enfermeiros em tempo parcial, dois administrativos, quatro recepcionistas e dois auxiliares. Todos estes recursos humanos, contratados pela Faculdade em contratos precários – porque outros não são autorizados – recebeu atempadamente a formação necessária ao conteúdo funcional do seu posto de trabalho. A contabilidade ficou assegurada por uma funcionária do DCG.

Os processos de trabalho que diziam respeito aos enfermeiros e aos administrativos foram decididos em reuniões em que participavam todos os recursos humanos interessados, para além da Comissão Directiva e dos médicos.

Essas reuniões alargadas realizaram-se aproximadamente de dois em dois meses.

Depois da abertura do CSSJ as reuniões semanais passaram a ser dedicadas alternadamente a:

- Assuntos administrativos e de recursos humanos
- Assuntos clínicos, apresentação e discussão de pacientes
- Assuntos pedagógicos de pré- ou pós-graduação
- Assuntos de investigação e participação em reuniões científicas

A «crise» de financiamento que nos afectou no ano 2002 e o «banho-maria» que durou todo o de 2001 perturbaram essa desejável alternância, resultando num predomínio excessivo dos assuntos administrativos. As reuniões passaram a ser quase monopolizadas pelo «gabinete de crise». Mas confiamos agora poder retomar uma alternância mais consentânea com os objectivos do nosso projecto.

ORGANIZAÇÃO E ACTIVIDADES

Organização funcional

Existe um Conselho Directivo constituído por dois elementos designados pelo DCG da FMP e um Conselho Consultivo constituído pelos Hospitais do Grande Porto, CS da Carvalhosa, Câmara Municipal do Porto, Juntas de Freguesia de Cedofeita, Massarelos, Miragaia e Vitória, Misericórdia do Porto, Bombeiros Sapadores e DREN.

Concretizando os conceitos acima expostos, a gestão dos Programas de Saúde e de determinadas áreas de intervenção foi distribuída pelos profissionais.

Essas áreas de intervenção, designadas por «Pelouros», incluem investigação, qualidade, MoniQuOr¹³, relações exteriores, contabilidade, tesouraria, pessoal, aprovisionamento, informática, referenciação e atendimento dos

utentes, administrativos e auxiliares, enfermeiros, projectos técnicos e especiais, educação na comunidade, formação pré- e pós- graduada.

Fazem-se reuniões, sempre que possível bimensais, com médicos, enfermeiros e administrativos e semanais com médicos, sobre casos clínicos, ensino, investigação, projectos e aspectos de gestão e organização.

O ambiente não foi ainda propício ao arranque do Conselho Consultivo.

A implantação desta organização funcional, baseada no conceito acima sumariamente exposto da orquestra (e que aqui seria uma «orquestra de câmara»...), tem como resultado certa dificuldade em estabelecer um organigrama hierarquizado, com competências e responsabilidades bem definidas, semelhante ao dos outros CS. Espera-se que o exercício ao longo de um a dois anos permita uma melhor definição das competências e das responsabilidades de cada «pelouro», sem comprometer a manutenção de um sentido de responsabilidade colectiva e de participação nos processos decisórios.

Recursos materiais

O CSSJ situa-se nas antigas instalações da Extensão da Rua Miguel Bombarda do CS da Carvalhosa⁵.

No r/c funciona o Serviço de Atendimento Administrativo e de Enfermagem (vacinas, injectáveis, tratamentos e esterilização).

Tanto o 1º como o 2º pisos possuem 4 consultórios para Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar (CG/MF) e um polivalente para a consulta médica e de enfermagem aos grupos de risco e vulneráveis. O 3º piso possui, para além de uma Sala de Reuniões e Biblioteca, 2 consultórios para CG/MF e um polivalente para a Direcção do CS, Promoção de Saúde e consulta de Psicologia. Todos os andares possuem uma sala de espera e no r/c existe um canto onde há brinquedos e as crianças podem brin-

car. Na cave, de acesso reservado aos funcionários, existe o aprovisionamento dos materiais de consumo e administrativo, clínico e farmacêutico, o serviço de limpeza, o vestiário do pessoal, um pequeno bar em regime «*self-service*» e a instalação dos servidores informáticos.

As instalações e o equipamento (com excepção do *software* Higia) foram cedidos pela ARSNorte, ficando a cargo do DCG da FMP a sua manutenção e desenvolvimento, com excepção do que se refere ao *software* do Sinus I.

Os serviços prestados pelo CSSJ são retribuídos pela ARSN por uma capitação de 120.95€ por inscrito e por ano, paga em duodécimos. A cada duodécimo será deduzida a despesa originada pelo CSSJ em medicamentos (até ao limite de 3.74€ mensais por inscrito) e em MCDTs (até ao limite de 3.12€ mensais por inscrito). Todas as despesas gerais de operação e manutenção do CSSJ estão a cargo do DCG (com excepção dos materiais de consumo para a realização dos Programas de Saúde).

Recursos humanos

Todas as pessoas que trabalham no CSSJ estão a cargo do DCG, sendo retribuídas através dos seus recursos próprios, provenientes da retribuição dos seus serviços pela ARSNorte.

Porém, o CSSJ não possui quadro próprio, sendo as relações contratuais estabelecidas com a FMP.

Dispõe de 10 CG/MF: 7 requisitados à ARSNorte, 2 à ARSCentro e uma Assistente a 100% da FMP. Colaboram ainda mais 4 elementos não retribuídos pelo CSSJ, sendo dois professores que colaboram, um na Comissão Directiva e outra só nas tarefas docentes e de investigação, um psicólogo que faz consultas de psicologia clínica e uma funcionária contabilista.

Possui três unidades de enfermagem no CS e uma nos domicílios, realizadas através da contratação à tarefa de 12

enfermeiros. Os cinco administrativos e as duas auxiliares de apoio e vigilância encontram-se contratados a termo certo.

Na última avaliação da satisfação profissional, realizada em Abril de 2001 através de um inquérito por questionário auto-preenchido^{14,15,16}, 100% dos funcionários declararam estar completamente satisfeitos, muito satisfeitos ou satisfeitos com o trabalho, na sua globalidade.

Componente assistencial

O CSSJ funciona das 8 às 20 horas nos dias úteis e assegura as seguintes consultas e serviços: consulta de CG/MF, consulta de vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos) e a grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica), consulta aberta (para quem necessita de consulta para esse momento e o seu médico de família não o pode atender), repetição de medicação crónica, domicílio médico ou de enfermagem, ensino de enfermagem, tratamentos, injectáveis e vacinas, consulta de psicologia, atendimento administrativo, contactos telefónicos (para consultas médicas, marcação de consultas, repetição de medicação crónica, esclarecimentos e orientações médica, de enfermagem ou administrativa), informação de locais disponíveis para consulta das 20 às 08 horas, apresentação de opiniões, sugestões ou reclamações, envio de medicação crónica ou outros impressos ou documentos (por envelope endereçado e franquiado pelo utente).

Componente de formação

A Formação dos profissionais do CSSJ tem-se vindo a fazer através de Cursos sobre o Higiã, Windows e Sinus I (para todos), técnicas de atendimento pessoal e telefónico, administrativo e vacinas (para administrativos e enfermeiros) e reuniões clínicas (para médicos e en-

fermeiros).

O Ensino pré-graduado compreende o Módulo Urbano de 2 semanas dos alunos da Disciplina de Medicina Comunitária do 6º ano da FMP, o Programa optativo de Contacto Precoce com a CG/MF para alunos do 2º ao 6º anos da FMP^{17,18,19,20}, as Acções de Educação para a Saúde sobre Estilos Saudáveis de Vida dos alunos da Disciplina de Medicina Preventiva e os Inquéritos sobre Qualidade de Vida dos alunos da Disciplina de Psicologia ambas do 2º ano da FMP e da Faculdade Medicina Dentária Porto.

Alguns alunos de Psicologia da Universidade do Minho e do ISMAI tem vindo a estagiar no CSSJ.

Até ao momento, já realizaram a sua formação pós-graduada no CSSJ 6 Médicos do Internato Complementar de CG/MF.

Componente de investigação

Estão em fase de elaboração de protocolo ou de execução alguns trabalhos de investigação: Contactos telefónicos no CSSJ²¹, Ficha informática cardiovascular (Higiã), Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial, Prevalência de Dislipidémia nos doentes hipertensos maiores de 15 anos do CSSJ e na população em geral maior de 15 anos, Cuidados de Saúde a idosos nos Centros de Saúde São João e Soares dos Reis.

Componente de projectos

Já foram executados ou estão a ser executados alguns projectos:

Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)²² que envolve um Serviço de Apoio Domiciliário a 20 idosos e Formação aos prestadores formais e informais desses mesmos cuidados domiciliários, em parceria com a Cruz Vermelha, Sub-Região de Saúde Porto e Serviço Sub-Regional do Porto do Centro Regional de Segurança Social, Juntas de Freguesia de Massarelos, Miragaia e Vitória.

Programa de Educação para a Saúde

para utentes do CSSJ através da edição e distribuição de desdobráveis de Educação para a Saúde, Sessões de Educação para a Saúde sobre aspectos dos Programas de Saúde e sobre Estilos Saudáveis de Vida²³.

Semana da Saúde na semana anterior ao Dia Mundial da Saúde em 7 de Abril de 2001 e Semana do Coração de 28 Maio a 1 Junho 2001²⁴.

Edição e distribuição de um Guia de Acolhimento do CSSJ, no âmbito dos projectos inovadores dos CS da ARSNorte em 1999.

Projecto SOS Arte, realizado em Julho de 2001, que consiste numa exposição permanente de fotografias sobre o tema «Felicidade» nas salas de espera.

Qualidade orientada para os utentes

Em 2000 e 2001 o Gabinete do Utente do CSSJ deu resposta a, respectivamente, 179 e 26 reclamações.

No ano de 2000, 153 utentes reclamaram junto da Sra. Ministra da Saúde devido às notícias veiculadas pela comunicação social da possível extinção do Projecto «Tubo de Ensaio», por inadequado financiamento do Ministério da Saúde, tendo na altura surgido diversos artigos nos Jornais, Rádios e Televisões Nacionais que faziam transparecer a satisfação dos utentes com o serviço prestado.

Com o objectivo de avaliar essa satisfação, realizou-se em Junho de 2001 um inquérito por questionário auto-preenchido^{25,26} aos utentes do CSSJ, que revelou que 85% dos respondentes recorrem em 1º lugar ao CS quando necessitam de cuidados de saúde e que de uma forma geral estão satisfeitos com o CS.

Mais recentemente, num artigo do Jornal de Notícias de 27 de Dezembro de 2001, o CSSJ é descrito como «mais calmo e organizado» e um dos seus utentes, quando entrevistado, refere-se aos profissionais do CSSJ como «pes-

soas a atender pessoas».

Informática

No CSSJ está instalada uma rede com 20 postos de trabalho, tendo cada médico um terminal para seu uso. O *software* instalado é o Sinus I e o Higia.

SINUS I

Módulos utilizados:

- Identificação de utentes
- Registo administrativo de contacto (RAC)
- Vacinas
- Estatísticas

Nível de Utilização – Administrativos: utilização uniforme.

HÍGIA

A entrada na aplicação faz-se pela introdução do nome do utilizador e da palavra-passe que define o acesso a determinadas zonas do programa.

Agenda de Consultas – Em rede, médicos e administrativos

- **Ficha Clínica do Utente** – Em rede, Médicos
- Geral – Grupos de risco/vulneráveis; alergias; hábitos; dados familiares e sociais; antecedentes pessoais e familiares; problemas de saúde activos e passivos; terapêutica; peso, altura e IMC; observações; botões de acesso a outras fichas e a várias funções.
- Registo de Consultas/SOAP – Ligação à agenda
- Dados Pessoais – Administrativos
- Fichas de Risco – SM, SI, PF (vigilância oncológica), cardiovascular/HTA, DM, adulto, idoso, cérebro-vascular, menopausa
- Ficha Familiar
- Relatórios Médicos
- Atestados, Declarações, Requisições, Receitas, Outros Documentos.

Não são utilizadas devido à morosidade dos procedimentos as seguintes funções:

- Receitas
- Requisição de ECD

- Histórico de ECD
 - Actos de Enfermagem – Registo das actividades de enfermagem
 - Estatísticas: Têm potencialidades, mas ainda muitas limitações
- Nível de Utilização – 20 postos em rede.
- Administrativos: 5 postos – Utilização uniforme
 - Enfermeiros: 3 postos – Utilização ainda não uniforme
 - Médicos: 12 postos – Utilização ainda não uniforme

RESULTADOS

Na impossibilidade de apresentar resultados em todo o pormenor, apresentaremos aqui um resumo das principais estatísticas de actividade, os principais resultados da auto-avaliação feita pelo *MoniQuOr*¹³ e os mais importantes indicadores dos custos. Os pormenores destes resultados ficam à disposição dos eventuais interessados.

I. Dados Estatísticos

O número de utentes inscritos no CSSJ aumentou progressivamente de Julho de 1999 (10.260) a Julho de 2000 (17.398) (Quadro I). Em Agosto de 2000, devido à «crise financeira», foram suspensas as inscrições⁵. De Janeiro a De-

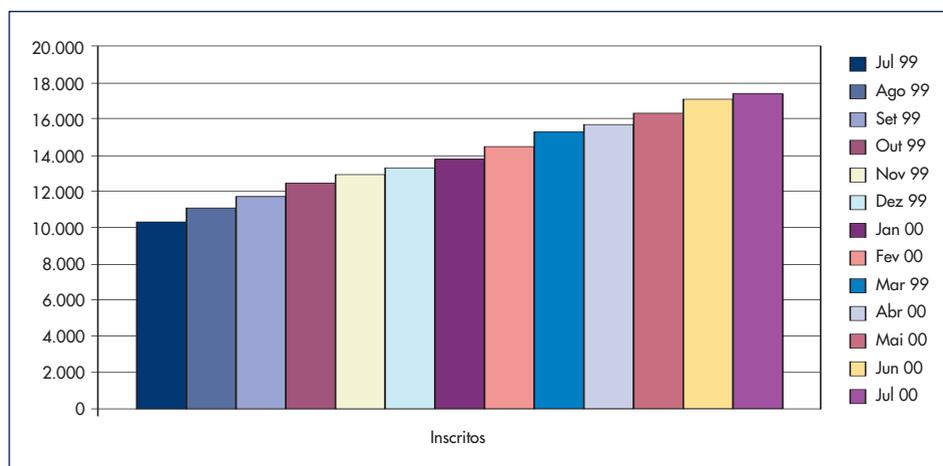
zembro de 2001 aceitaram-se, pontualmente, novas inscrições. A população inscrita actual é de 18.931 utentes.

Na população inscrita no CSSJ, o sexo feminino (10.710) predomina sobre o sexo masculino (8.221). O grupo etário com maior número de utentes é o dos 15 - 44 anos (46,2%), seguido do dos 45 - 64 anos (23,5%). Os idosos (≥ 65 anos) representam 17,7% dos utentes inscritos, enquanto que as crianças com menos de 1 ano de idade representam apenas 0,8% dos inscritos. Os grupos etários < 1 ano, 1 - 4 anos e 5 - 14 anos, perfazem, no total, 12,6% da população inscrita.

Indicadores Assistenciais

Todos os dados apresentados nos Quadros II e III, estão de acordo com o Relatório de Avaliação do Desempenho do CSSJ/Projecto «Tubo de Ensaio», elaborado em 2001/12/17 pela Comissão de Acompanhamento/Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde. Acrescentaram-se dados actualizados a 2001/12/31.

A taxa de utilização geral, no CSSJ, em 2001, foi de 57%. Registaram-se subidas, de 2000 para 2001, nas taxas de utilização em planeamento familiar, saúde infantil/juvenil e saúde de adultos, sendo a mais significativa a relati-



Quadro I. Evolução do número de inscritos (Julho de 1999 a Julho de 2000).

va à saúde infantil/juvenil (39,9% para 60,4%). A taxa de utilização em planeamento familiar atingida no CSSJ em 2001 (16,0%) é inferior à da SRS do Porto em 2000 (21,1%).

No CSSJ, o número médio de consultas/utente activo, registou uma subida de 2000 para 2001, tanto no total, como nos diferentes subgrupos: PF, SM, SI/J e Saúde de Adultos (Quadro III). O número médio de consultas/grávida (6,0) atingido no CSSJ, em 2001, é inferior ao da SRS do Porto em 2000 (6,5) e à meta proposta para o número médio de consultas por gravidez (mais de 6) no Programa de Saúde Materna do Plano de Actividades do CSSJ para 2001.

No tocante à precocidade da consulta de Saúde Materna, definida como primeira consulta no primeiro trimestre de gravidez, o valor atingido em 2001 (79%) ficou ligeiramente aquém da meta proposta para o mesmo ano (80%). Em 2000 esse valor tinha sido de 50%.

A precocidade de consulta de Saúde Infantil, definida como primeira consulta até aos 28 dias de vida, foi de 55%, tendo ficado muito aquém da meta proposta para o mesmo ano (90%).

II. MoniQuOr.CS

Na impossibilidade de analisar cada um dos 163 critérios que constituem o MoniQuOr.CS, faz-se uma abordagem sucinta dos pontos fortes e pontos a melhorar nas seis grandes áreas do MoniQuOr.CS: Organização e Gestão, Direitos dos Cidadãos, Promoção da Saúde, Prestação de Cuidados de Saúde, Educação Contínua e Desenvolvimento da Qualidade, Instalações e Equipamentos¹³.

Organização e gestão

Pontos fortes:

1. Diagnóstico da situação
2. Plano de actividades
3. Relatório de actividades
4. Quadro do C.S. completo

QUADRO II

TAXA DE UTILIZAÇÃO%

Taxa de Utilização	CS S. João 2000	SRS Porto 2000	CS S. João 2001
Planeamento Familiar	12,7	21,1	16,0
Saúde Infantil/Juvenil	39,9	n.d.*	60,4
Saúde Adultos	41,5	n.d.	50,2

*n.d. - não disponível

QUADRO III

QUADRO MÉDIO DE CONSULTAS/UTENTE ACTIVO

N.º Médio de Consultas	CS S. João 2000	SRS Porto 2000	CS S. João 2001
Total	3,29	n.d.*	4,21
PF	1,41	1,43	1,65
SM	4,68	6,49	6,00
SI/J	2,12	n.d.	3,09
0-11 meses	2,80	3,65	3,75
12-23 meses	3,24	4,20	4,80
Adultos	3,26	n.d.	4,68

*n.d. - não disponível

Pontos a melhorar:

1. C.S. Organizado em equipas multi-disciplinares
2. Prática de gestão participada

Direitos dos cidadãos

Pontos fortes:

1. Livro de reclamações
2. Gabinete do utente
3. Resolução de queixas dos utentes

Pontos a melhorar:

- Protocolo de acompanhamento de doentes terminais

Promoção da saúde

Pontos fortes:

1. Promoção da saúde na comunidade
2. Promoção da saúde a grupos de risco

Ponto a melhorar:

- Reuniões com a(s) Comissões Consultivas Locais

Prestação de cuidados de saúde

Ponto forte:

- Obtenção de consulta no próprio dia

Pontos a melhorar:

1. Critérios no atendimento domiciliário
2. Linhas de orientação ou protocolos
3. Análise e discussão periódica do perfil de prescrição de fármacos e ECD
4. Avaliação e monitorização dos registos clínicos

Educação contínua e desenvolvimento da qualidade

Pontos fortes:

1. Avaliação da satisfação dos utentes
2. Avaliação da satisfação dos profes-

sionais

3. Reuniões semanais (organizativas, ensino, clínicas, investigação)
4. Publicação de artigos científicos
5. Biblioteca com material científico actualizado

Pontos a melhorar:

1. Avaliação anual do C.S. debatida com todos os profissionais
2. Diagnóstico das necessidades de formação

Instalações e equipamentos

Pontos fortes:

1. Cada médico tem um gabinete individual
2. Os gabinetes médicos dispõem de terminal de computador e estão ligados em rede

Ponto a melhorar:

- Existe plano de emergência em caso de catástrofe e é do conhecimento de todos os profissionais

III. Custos

Os custos que se descrevem foram determinados pela «Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde» da ARSNorte, com base nos elementos contabilísticos fornecidos pelo DCG e nos recolhidos directamente pela própria Agência e por esta incluídos no «Relatório de Avaliação do Desempenho do Centro de Saúde S. João», elaborado em Dezembro de 2001, por determinação do Ministro da Saúde. Os números desse relatório relativos a 2001 foram, por isso, previsionais, e basea-

QUADRO IV

CUSTO MÉDIO POR INSCRITO*

Rubricas	2000	2001	SRS Porto 2000
Pessoal	5,7	5,9	10,1
Medicamentos	8,0	8,8	11,2
MCDTs	6,6	7,7	9,3
Total	21,5	23,5	33,6

*em milhares de escudos

QUADRO V

CUSTO MÉDIO POR UTILIZADOR*

Rubricas	2000	2001	SRS Porto 2000
Pessoal	12,8	14,1	n.d.
Medicamentos	17,9	19,6	n.d.
MCDTs	14,8	16,2	n.d.
Total	58,5	64,0	n.d.

*em milhares de escudos

QUADRO VI

CUSTO MÉDIO POR CONSULTA*

Rubricas	2000	2001	SRS Porto 2000
Pessoal	2,8	3,6	4,4
Medicamentos	3,9	4,2	4,9
MCDTs	3,2	3,5	4,1
Total	12,8	14,1	14,7

*em milhares de escudos

dos no desempenho dos primeiros 11 meses desse ano. Foram corrigidos face ao desempenho real dos 12 meses.

Apesar de ser visível uma tendência crescente dos custos, que poderá também ser em parte explicada pelo ambiente de algum desânimo provocado pelas incertezas que afectaram o projecto durante esses dois anos, verificaram-se custos inferiores à média da SRS do Porto. Tendo em conta a relativa inexperiência do DCG em administração de Saúde, poderá considerar-se um resultado satisfatório.

Parece de inteira justiça que, a continuarem a verificar-se, uma parte importante das economias conseguidas possam ser transferidas para o CSSJ e distribuídas em *bonus* seu ao pessoal, já que são devidas essencialmente à sua maior produtividade.

As condições estabelecidas pelo novo protocolo, recentemente assinado, deverão constituir um estímulo e permitir cuidar melhor destes aspectos e conseguir custos ainda melhores e mais estáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hespagnol A. O Projecto Tubo de Ensaio. Cadernos de Atención Primaria 1999; 6: 125.
2. Ministério da Saúde. Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1997. Lisboa, Ministério da Saúde, 1997: 42.
3. A inovação nos Serviços de Saúde. In:

Direcção Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses. Lisboa, Ministério da Saúde, 1997: 141-159.

4. Ministério da Saúde. Saúde em Portugal. Uma estratégia para o virar do século. Orientações para 1998. Lisboa, Ministério da Saúde, 1998: 63-66.

5. S.A. Tema em destaque: Médicos com salários em atraso. Jornal Médico de Família, 2000; (8): 34- 37.

6. O sistema de informação de Saúde em Portugal. In: Direcção Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses. Lisboa, Ministério da Saúde, 1997: 177.

7. Ministério da Saúde. Saúde. Preparar o futuro. Linhas de acção. Lisboa, Ministério da Saúde, 2001: 23.

8. The Edinburgh Declaration. Lancet 1988; II: 464.

9. The Leeuwenhorst Working Party. The contribution of the General Practitioners to undergraduate medical education (1977). A Statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands, 1974.

10. Lei de Bases da Saúde. Lei nº 48/90, de 24 de Agosto: nº1 da Base XIII.

11. Colégio de medicina Geral e Familiar. Um novo curriculum para uma nova especialidade, idoneidade de unidades de formação e de orientadores. 1ª ed. Lisboa, Ordem dos Médicos, 1995.

12. Ministério da Saúde. Portaria nº 667/90. Diário da República, I Série, nº 186, de 13.8.90: artigo 18º.

13. Direcção Geral da Saúde, Sub-Direcção Geral para a Qualidade. Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde – MoniQuOr. 2ª edição. Lisboa, Ministério da Saúde, 1999.

14. Hespagnol A, Pereira A, Sousa Pinto A. Satisfacción Laboral en los Médicos Portugueses de Medicina General. Atención Primaria 1999; 24: 456-61.

15. Hespagnol A, Pereira A, Sousa Pinto A. Insatisfação Profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? Rev Port Clin Geral 2000; 16:183-99.

16. Hespagnol A, Costa Pereira A, Sousa Pinto A. International family medicine education – Portugal – Professional dissatisfaction in primary care. Fam Med 2001; 33: 556.

17. Hespagnol A. O ensino da Clínica Geral nas Faculdades de Medicina Portuguesas. Atención Primaria 1997 (Suplemento1); 20: 42-3.

18. Hespagnol A. Formación Pregradua-

da em Clínica Geral em Portugal (Capítulo 6). In: La medicina de familia como área de conocimiento. Livro de Documentos SEM-FyC, nº 10. SEMFyC, Barcelona, 1997: 37.

19. Sousa Pinto A, Hespanhol A. A moderna clínica geral na licenciatura em Medicina. Educação Médica, 1997; 8:60-8.

20. Departamento Informativo da Associação de Estudantes da FMP. Reportagem: Medicina Rural. Boletim Informativo 1998; 25: 9-10.

21. Malheiro A, Veiga G, Aires Pereira I, Frey Ramos J, Hespanhol A, Sousa Pinto A. Contactos telefónicos no Centro de Saúde São João: estudo piloto. Cadernos de Atención Primaria 2001; 8: 138-9.

22. Despacho Conjunto nº 259/97 de 24 de Julho, Diário da República nº 192, de 21.8.1997 – II Série.

23. Sena Esteves MJ, Malheiro A, Pessanha P, Hespanhol A, Sousa Pinto A. Sessões de Educação para a Saúde: estratégias de convocação. Jornal Médico de Família 2001; 19:38.

24. Trigueiros M, Pereira IA, Veiga G, Pinto Hespanhol A, Sousa Pinto A. Mês do Coração: rastreio de factores de risco cardiovasculares. Jornal Médico de Família 2001; 19: 46.

25. Lopes L, Dinis Ribeiro M, Abreu Certo M, Teixeira Pinto A, Costa Pereira A, Hespanhol A. Comunicação Médico-Utente e satisfação dos utentes. Cadernos de Atención Primaria 1999; 6: 131.

26. Hespanhol A, Dinis Ribeiro M, Lopes L, Costa Pereira A. Acessibilidade e motivações na procura de cuidados de saúde primários: Inquérito à satisfação dos utentes do Centro de Saúde de Espinho. Cadernos de Atención Primaria 2001; 8: 173-80.

Endereço para correspondência:

Prof. Doutor Alberto Hespanhol
Departamento de Clínica Geral
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Hernâni Monteiro, s/n
Asprela
4200 PORTO
Tel: +351 225 573 460
Fax: +351 225 573 469

Recebido para publicação em 03/05/2002

Aceite para publicação em 07/06/2002