



A CONTRATUALIZAÇÃO NAS USF E NOS CSP PARA 2015

As organizações signatárias deste manifesto, consideram da maior importância assumir publicamente a **defesa dos princípios fundamentais da contratualização em saúde**, contribuindo para que os mesmos sejam respeitados, orientados e aplicados numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos serviços, mediante a criação de um ambiente favorável às melhores práticas por parte dos seus profissionais. Consequentemente estaremos a promover mais e melhor saúde para o cidadão, bem como a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

1. A contratualização tem de focar-se no cidadão e nos ganhos em saúde, constituindo-se assim num compromisso social transparente. Para o garantir deverão ser encontrados os meios e as formas de envolver o cidadão, para além da administração e dos profissionais de saúde, a começar pelo acesso público à carta de compromisso anual.

A contratualização deve ser globalmente orientada pelo **Plano Nacional de Saúde**, pelos **Planos Locais de Saúde** e, ao nível das unidades funcionais (UF), pelos respetivos **Planos de Ação**.

A contratualização deve incluir a **negociação dos indicadores e metas em saúde**, bem como todos os compromissos indispensáveis à sua realização, designadamente os recursos humanos, as instalações, os equipamentos e o sistema de informação e monitorização, apoio financeiro (incluindo fundo de manei), alargamento ou redução de horário, carteiras adicionais (compensação financeira global), aplicação de incentivos institucionais, manual de articulação e outros considerados pertinentes.

A contratualização é uma negociação entre duas partes com partilha de responsabilidades e deverá traduzir-se num consenso que, para além de uma conjugação de interesses entre a administração e os profissionais de saúde, esteja orientada para resultados em saúde e satisfação do cidadão.

A escolha dos indicadores a contratualizar deve ter em conta a prevalência dos problemas, a sua importância (gravidade), o impacto nos custos (eficiência), na saúde, na qualidade de vida e na satisfação dos cidadãos.

2. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) aconteceu no contexto do SNS, principalmente como resposta às insuficiências estruturais, organizativas e de recursos, aos constrangimentos e derivas burocráticas e centralizadoras duma

administração incapaz de reconhecer o mérito, à crescente desmotivação dos profissionais de saúde, à diminuição do acesso e à dificuldade dos Centros de Saúde (CS) responderem às necessidades de saúde dos cidadãos.

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos, devendo ter uma estrutura leve, flexível, apoiada e focada no cidadão.

As UF têm **autonomia organizativa** e **técnica** (DL n.º 28/2008 alterado e republicado através do DL n.º 253/2012). As USF têm, além disso, **autonomia funcional** (DL n.º 298/2007). O seus patamares de **responsabilidade** decorrem da qualidade da contratualização e do nível de cumprimento por cada um dos parceiros - unidade funcional e administração.

Devem ter por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Um processo de contratualização competente implica obrigatoriamente a que daí resultem **consequências** segundo o princípio da discriminação positiva.

3. Os CSP, e as USF em especial, evoluíram nos últimos anos, através da orientação por objetivos e metas fixados nos planos de ação e por **processos** com impacto em resultados de saúde.

A contratualização nas USF e nos CSP evoluiu significativamente com o envolvimento e participação de milhares de profissionais e centenas de equipas multiprofissionais, através dum processo único e virtuoso de aprendizagem comum.

Todavia, de 2009 a 2013, a contratualização tem sido muito centrada na repetição dos mesmos indicadores, escolhidos quase sempre sem critério explicitado e através de metas impostas (excepto na ARS do Centro) seguindo a lógica de "se este ano fizeste assim, para o ano tens de fazer melhor", mesmo que este "melhor" não represente qualquer ganho em saúde nem apresente qualquer tipo de fundamentação nas melhores evidências e orientações científicas. aumentando o risco de induzir uma prática de CSP centrada em indicadores e não na pessoa nem nas populações.

Metas excessivamente elevadas condicionam demasiado a concentração de esforços (focalização) na atividade clínica sob monitorização, para que a equipa consiga atingir os resultados arbitrariamente impostos.

O processo de contratualização necessita de evolução e aperfeiçoamento, como processo de aprendizagem e negociação, transparente e orientado para servir as pessoas e para gerar ganhos em saúde. Para isso é crucial conhecer os efeitos provocados pela utilização dos indicadores e das suas metas, e **avaliar o que se deixa de fazer por se fazer o que é exigido.**

4. Em 2014, com o alargamento do número de indicadores, em monitorização desde 2013, e com o **processo negocial definido através da Portaria n.º 377-A/2013**, envolvendo os sindicatos e o MS, conseguiram-se algumas melhorias, com

realce para a criação das **comissões de acompanhamento externo** por região, destinada a *dirimir e arbitrar eventuais conflitos entre as USF e os ACeS, emergentes do processo de contratualização e apuramento de resultados.*

Entretanto, verificou-se uma absurda exigência, mais ou menos generalizada, para que todas as USF "melhorem" o seu desempenho, com metas cada vez mais próximas dos 100%. Valores fantasiosos e completamente desfasados de objectivos estratégicos e da realidade dos serviços de saúde.

Segundo a orientação definida, todas as metas têm que ser superiores ao desempenho do ano anterior, mesmo que este tenha sido excelente. As equipas que estão no terreno, preocupadas em garantir a acessibilidade a cuidados de saúde globais e de qualidade, desmotivam-se, cansadas de perseguir objetivos sem sentido, questionando a (ir)racionalidade deste sistema. Esta situação anacrónica, a persistir, levará certamente à destruição da reforma dos CSP, a única reforma verdadeira, até hoje, nos serviços públicos portugueses.

Esta **obsessão com o aumento** do valor de grande parte das metas irá necessariamente aumentar consumos e custos, sem correspondentes ganhos em saúde.

Paradoxalmente, à medida que se impõem níveis de intervenção crescentes, mesmo que não fundamentadas em "boa ciência", e se estabelecem as melhores práticas através da publicação de Normas de Orientação Clínica oriundas da própria Direcção-Geral da Saúde, as propostas/imposições foram de redução de mais de 5% de custos em MCDT e em medicamentos por utilizador sem se cuidar da sua compatibilidade com o aumento das intervenções "contratualizadas" e o cumprimento das boas práticas.

A contratualização em 2014 acabou, uma vez mais, por ter atrasos inaceitáveis, foi mais complexa, burocrática e com mais imposição do que nos anos anteriores. Além de se ter avançado com a contratualização de muitos indicadores com os BI ainda não validados como, por exemplo, os dois indicadores de eficiência (ID 70 e 71).

Para agravar esta situação, no primeiro semestre e durante vários meses, as equipas estiveram privadas do acesso aos dados de monitorização através dos programas "MIM@UF" e "SIARS".

5. Numa altura em que se prepara a contratualização para 2015, as organizações signatárias alertam para que a contratualização deve ser um dos instrumentos para a afirmação das boas práticas e da melhoria continua. Deve ser mais inteligente, simples, mais realista, mais transparente, numa lógica *win-win*. Deve ser favorecedora duma paz institucional responsável e motivadora e não dum estado permanente de conflitualidade, stresse e *burnout* dos profissionais que se reflecte necessária e negativamente no contacto com os cidadãos.

A proposta de intervalo (racional) de metas a nível nacional, regional e local necessita do conhecimento e integração de fatores de contexto, múltiplos e testados.

Para além da dimensão da USF/UCSP, da dispersão demográfica, concentração urbana, distribuição etária e de género da população servida, importa ainda estudar e considerar o nível socioeconómico, rendimento *per capita*, desemprego, tipologia das famílias, escolaridade, cobertura através de subsistemas de saúde, oferta/procura de serviços privados/convencionados, acessibilidades, proximidade de centros hospitalares, carga de doença e sua caracterização, fatores de risco de doença conhecidos ou previstos, proporção de utentes e número de anos sem médico de família e sem equipa de saúde.

O verdadeiro racional das metas deve definir-se enquanto padrão de desempenho desejável, baseado na melhor evidência científica e definido inter pares, levando em linha de conta os meios disponibilizados.

Impõe-se envolver na construção, aperfeiçoamento e validação dos BI dos indicadores e consequente definição das metas, os profissionais de saúde através das suas organizações representativas.

A limitada abrangência dos indicadores contratualizados atualmente, relativamente aos problemas de saúde dos utentes e à carteira básica de serviços, reforça a importância de encontrar metas realistas e exequíveis, evitando o risco de foco exagerado nos indicadores seleccionados e permitindo manter a devida atenção na observação global do estado de saúde dos indivíduos e das populações.

Os profissionais não podem ser responsabilizados pela falta de adesão dos utentes aos planos de saúde que lhes são propostos. No mundo real (efetividade), as coisas não acontecem como nós achamos que poderiam ser (eficácia). Deve-se apostar em metas pragmáticas e realistas, em vez de insistir em valores teóricos, só imagináveis por quem está longe da prática clínica.

As equipas das USF não podem ser responsabilizadas por cuidados de saúde centrados em indicadores, mais ainda quando (mal) apoiados em frágeis sistemas de informação, com erros e bloqueios frequentes e “perturbadores” da prática clínica (com necessidade de múltiplos programas e deficiente ou mesmo ausente nível de integração).

Devem ser os CSP, através das suas diferentes profissões e especialidades, a modelar a contratualização e não a administração por via dum prática cega e unilateral.

As **fases da contratualização** devem incluir:

- **Negociação** (reuniões preparatórias, da iniciativa das USF; propostas globais; negociação das propostas; assinatura da carta de compromisso).
- **Monitorização e Acompanhamento** (relatório trimestral; renegociação de metas se adequado).
- **Avaliação** (prestação de contas, até 15 de junho; reconhecimento público com publicação do respectivo relatório final).

As **cartas de compromisso** devem conter de forma explícita os compromissos da administração quanto às condições de trabalho asseguradas à equipa (recursos

humanos, instalações, equipamentos, sistemas de informação, apoio logístico e de gestão, através das respectivas UAG, conforme legislação própria para os ACeS)

Devem ser cumpridos pela administração os **compromissos** assumidos através de legislação em vigor (aplicação dos incentivos institucionais, evolução para Modelo B, Acreditação, etc.).

As **atas** e a **carta de compromisso** devem traduzir o consenso que resulte da negociação. Se esse consenso não for possível, estes documentos devem espelhar as posições das equipas e constituírem alvo de análise e parecer das Comissões de Acompanhamento Externo a funcionar em cada ARS.

Devem obrigatoriamente ser introduzidas **penalizações** para as administrações que não cumpram o seu papel e compromisso referido nas fases da contratualização, nomeadamente quanto aos prazos a observar fixados em lei.

Não pode haver indicadores sem fundamentação técnico-científica adequada (por exemplo, o do limite dos cinco fármacos em idosos, o dos inibidores das DPP4, RCV independentemente da idade, proporção de doentes hipocoagulados que são controlados na unidade de saúde, etc.).

Tem de ser garantida a possibilidade de exceções validadas cientificamente para cada indicador. Exemplos:

- Utentes aos quais não é adequado o indicador por circunstâncias particulares, (ex.: doença terminal, estado de saúde frágil, ...).
- No caso das citologias para rastreio do cancro do colo do útero.
- Utentes com registo de recusa de comparência e que foram convocados pelos menos 3 vezes nos últimos 12 meses.
- Utentes que já estão com a dose máxima tolerada da medicação e cujos resultados são sub-óptimos.
- Utentes a quem a prescrição de determinada medicação não é a clinicamente indicada. (ex.: alergias, contraindicação ou reacção adversa).
- Utentes que não toleram medicação prescrita.
- Utentes que não concordam com a investigação ou medicação prescrita (decisão informada) com registo no processo clínico.
- Utente que possui condição subjacente que condiciona o tratamento de outras doenças (ex.: redução de colesterol em doentes com patologia hepática).

(Ref - Adaptado de - NHS, 2013 - Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2013/14)

Os indicadores compostos podem à partida atrair pelas vantagens que apresentam tal como a capacidade de medir vários processos/resultados de uma forma sumária e fácil de apreender. No entanto é necessário ter em consideração que a forma simplista como o resultado é apresentado dificulta a análise do processo/resultado em causa. O facto de serem do tipo *tudo ou nada* e dos seus componentes não terem pesos diferentes, de acordo com o resultado em saúde que se propõem a atingir, limita as eventuais vantagens da sua utilização. De acordo com a metodologia vigente o resultado de um indicador com 6 componentes é zero, quer a equipa consiga cumprir 5 componentes ou apenas 1, independentemente da importância para os resultados em saúde do(s) elemento(s) não cumprido(s). Como

tal, os indicadores compostos deveriam ser substituídos pelos indicadores que os compõem de forma individual.

Nos **indicadores de vigilância**, só deveriam contar os utentes com compromisso de vigilância e não a totalidade. Não considerar este ponto denota uma visão impositiva e coartadora da liberdade de escolha do cidadão. É nossa missão informar e disponibilizar a prestação dum serviço que se considera útil para a saúde duma determinada pessoa, mas nunca pretender obrigá-la a um procedimento ou mesmo consulta, salvo as raríssimas exceções previstas na lei. No limite seria como violar o princípio do "consentimento informado".

O **intervalo das metas dos indicadores económicos**, deve ser aperfeiçoado e ajustado, porque o cálculo dos custos não pode ser baseado em argumentos do tipo *quanto menos melhor*, mas sim nas características sócio-geo-demográficas da população, carga de doença, subsistemas, oferta de cuidados, custos por patologia, etc.

A qualidade tem um preço e a sistemática **contração do financiamento** tem consequências nessa mesma qualidade, como bem refere Nigel Crisp no relatório da Fundação Gulbenkian sobre o futuro da Saúde em Portugal. Não podemos confundir uma postura de prescrição racional e inteligente com o racionamento da prescrição. Até porque, no médio e longo prazo, os efeitos clínicos, mas também económicos, serão, com alto grau de probabilidade, catastróficos.

6. O foco da atenção das USF, e também das UCSP, é a prestação, com acessibilidade, dos melhores cuidados de saúde para os cidadãos, que se traduzam em resultados e ganhos de saúde.

O SNS, os CSP e as suas diferentes unidades funcionais (UF) exigem uma política, uma administração e um investimento que garantam condições de trabalho dignas aos profissionais (independentemente do tipo de UF) e acessibilidade a **cuidados de saúde de qualidade** aos cidadãos.

A **contratualização** deve, antes de tudo, constituir-se com um instrumento decisivo para a **qualificação, transparência e prestação de contas** dos serviços de saúde, em todas as suas dimensões, patamares e departamentos. Motivando os profissionais, disseminando boas práticas e publicitando resultados. **Responsabilizando** todos ao invés de insistir no estafado modelo de comando-controlo.

Caso contrário, os profissionais de saúde representados e apoiados pelas organizações signatárias, por imperativos éticos e em nome do bem estar e segurança dos cidadãos que servem, poderão recusar a prejudicial e infundada "contratualização" que tem sido coercivamente imposta por uma administração que se tem revelado, na maioria dos casos, demasiado autoritária e pouco sabedora.

Nove anos após o início da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários é necessário um novo impulso. Poderá começar por credibilizar a actual "contratualização".