

Dossiê . Saúde: fragilidades da medicina familiar, poder absoluto dos laboratórios

### **Os Cuidados de Saúde Primários na resposta à pandemia**

**À medida que a vacinação contra a COVID abrange sectores mais amplos da população, o papel das Unidades de Saúde Familiares (USF), já essencial desde o início da pandemia, é posto à prova em todo o país. Será uma oportunidade para se revalorizar, em recursos financeiros e meios humanos, o papel dos Cuidados de Saúde Primários? Um dos «parentes pobres» do SNS, esta área é também aquela em que se joga boa parte da saúde da população.**

**ANTÓNIO RODRIGUES \***

Falar dos Cuidados de Saúde Primários, dos Cuidados de Saúde Mental e dos Cuidados Paliativos, em Portugal, é falar dos três «parentes mais pobres» do nosso Serviço Nacional de Saúde (SNS). Áreas em que a oferta privada é irrelevante, senão mesmo inexistente.

Unanimemente considerados como uma necessidade premente, os Cuidados Paliativos têm a sua Lei de Bases aprovada desde 2012. Mas, na maior parte dos hospitais, não há equipas e unidades de internamento, as camas existentes são escassas – menos de metade das actualmente necessárias – e há apenas 26 equipas comunitárias quando, no mínimo, só com mais 40 seriam propiciados cuidados paliativos domiciliários na totalidade do território.

Também a Reforma da Saúde Mental se vai arrastando, penosamente, pelo menos desde a aprovação da Lei de Bases da Saúde Mental, em 1998. As concretizações dos sucessivos Planos têm sido, invariavelmente, escassas e tardias. Recorda-se, aliás, que o último Plano Nacional expirou no final de 2020 sem que, uma vez mais, tenha sido concretizada a maior parte dos seus objectivos e medidas.

**Uma reforma que «morreu na praia»**

Já nos Cuidados de Saúde Primários a situação é bem diferente; ainda que cobrindo a totalidade do país, carecem de intervenções tão inadiáveis, quanto profundas. Um pouco de história.

Em 2006 foi anunciada e lançada uma inicialmente bem-sucedida reforma com a nomeação da Unidade de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Outubro de 2005) e com a publicação do documento «Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários» (Janeiro de 2006).

Logo em Setembro, iniciou actividade a primeira Unidade de Saúde Familiar (USF) a que se sucedeu, no escasso horizonte de três anos, a abertura de mais 231. Mas, lamentavelmente, onze anos volvidos, chegou-se apenas às 569 que, ainda assim, já cobrem mais de 50% dos portugueses. E não, não foi por falta de candidaturas. Este ímpeto inicial deveu-se à afirmação de um profundo processo de mudança que contou com a adesão entusiástica dos milhares de profissionais que, voluntariamente, se candidataram e deram corpo a esta nova forma de organização, assim superando os já envelhecidos centros de saúde.

Mas, o que trouxeram de novo as USF? Constituídas por candidaturas voluntárias de equipas integradas por médicos de família, enfermeiros e assistentes técnicos, totalizando em média vinte profissionais repartidos pelas três profissões, são unidades autogeridas no quadro de uma carta de compromisso e com objectivos assistenciais firmados anualmente, por contratualização, com a administração da saúde.

Estava assim quebrada a lógica de comando-controlo que até então imperava nos centros de saúde e foi o afirmar pleno de novas capacidades, até então travadas pelo centralismo previamente existente.

Como resultado, houve aumento da resposta em número de cidadãos inscritos, da acessibilidade diária, da qualidade do desempenho assistencial, da motivação dos profissionais e da decorrente satisfação dos seus utilizadores. Todas estas concretizações foram reiteradamente confirmadas em múltiplos trabalhos de investigação, nomeadamente, de âmbito académico.

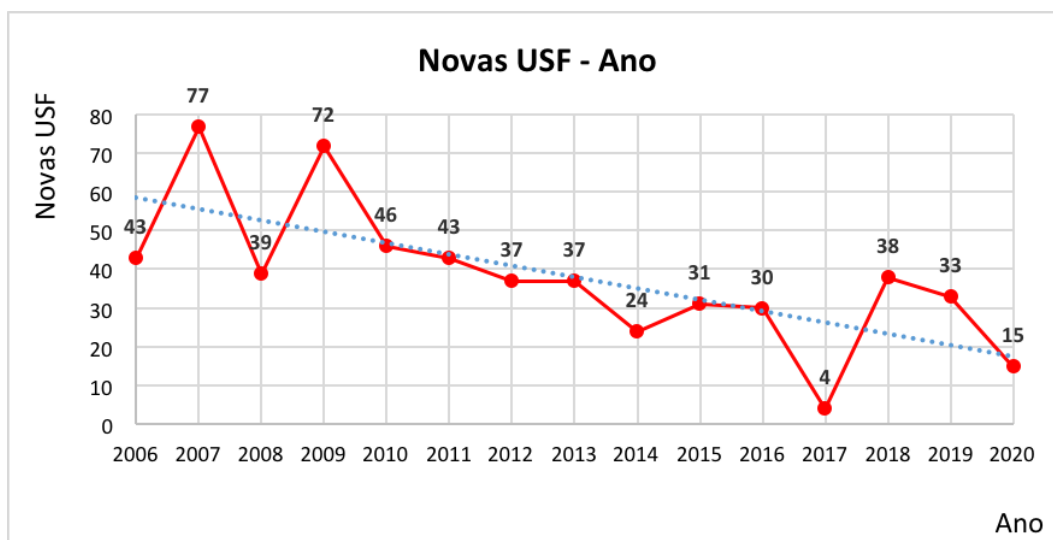
Em continuidade desta dinâmica de «descongelamento» da rígida e obsoleta administração tradicional, em Fevereiro de 2008 foi aprovado o Decreto-Lei que regulamentava a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Estes deveriam passar a nortear-se por uma gestão desconcentrada, participada e de proximidade das diversas unidades que os integravam, para além das USF, a saber:

Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) – como o nome indica orientada para a intervenção comunitária e o trabalho domiciliário –, e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, integrando cuidados prestados por psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, higienistas orais, médicos dentistas...

Perante a «explosão» de todas estas concretizações, a administração tradicional da saúde – nomeadamente as Administrações Regionais de Saúde (ARS) –, que até então haviam acompanhado o ímpeto reformador, começaram a reagir, ao sentirem o seu modelo de gestão centralista e normativo progressivamente ameaçado. O poder central, por sua vez, foi cedendo a essa afirmação de poder por parte das estruturas intermédias da administração.

É isso que explica que, após uma primeira fase assinalável de crescimento do número de USF, se tenha assistido ao declínio progressivo do ritmo de abertura de novas unidades (ver Figura 1).

**Figura 1**



Mas foi cerceada, também, a evolução natural das USF de modelo A para o modelo B, onde o desempenho qualitativo passou ser premiado, colectivamente, mediante o cumprimento dos objectivos assistenciais. Até que, em 2020, foi decidido não se autorizar a criação de mais nenhuma.

Deste modo, foi reimplantada a lógica do modelo remuneratório tradicional, exclusivamente referenciado ao velho «pica ponto». Como resultado natural e colateral,

foi encorajado o pluriemprego e não se contrariou a fuga, principalmente dos mais jovens, para o sector privado ou para o estrangeiro.

Mas também na concretização dos ACeS se assistiu à subversão do que inspirara a sua concepção e até do preceituado no seu enquadramento legal.

É assim que na sua «montagem» se optou pelo seu sobredimensionamento, contrariando a lógica de uma gestão de proximidade. Os valores apontados para que esse desígnio se concretizasse era de um ACeS para uma população residente de 100 000 cidadãos nas zonas de concentração demográfica e de 50 000 nas de dispersão. Mas, na realidade, os ACeS criados vieram a apresentar dimensões bem maiores, havendo mesmo, actualmente, um ACeS com cerca 380 000 cidadãos.

Mas não só a gestão de proximidade foi contrariada; também o nível de autonomia dos ACeS foi desrespeitado, não passando hoje de pouco mais que meras correias de transmissão das «velhas» ARS.

Poderá dizer-se, em conclusão, que esta Reforma, após um assinalável ímpeto inicial, rapidamente, também, se viu condenada a «morrer na praia».

### **A carência de profissionais de saúde nos CSP**

Para além da «agonia» da reforma importa referenciar-se a tradicional, mas até recentemente agravada, carência dos CSP em recursos humanos. Sejam médicos enfermeiros ou assistentes técnicos. E a estes junta-se a eterna escassez de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, higienistas orais...

No caso dos médicos de família, de acordo com os dados oficiais (15 de Novembro de 2019), o SNS registava um défice aproximado de 450 profissionais, a que correspondia um total de 654 721 cidadãos privados do seu médico de família. Destes, 497 856 residiam em Lisboa e Vale do Tejo e 156 865 no restante território continental.

Esta situação conheceu um agravamento ao longo de 2020, decorrente da aposentação de pelo menos 225 médicos de família que não foram integralmente substituídos, deixando um ainda maior número de cidadãos a descoberto.

Já no que respeita aos médicos de saúde pública, o seu número total é inferior aos 350, o que a pandemia se encarregou de demonstrar como manifestamente insuficiente.

### **Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios**

Com o primeiro caso de COVID-19 diagnosticado em Portugal em 2 de Março de 2020, logo a partir de 16 de Março foi criado em cada ACeS, pelo menos, uma Área Dedicada para Avaliação e Tratamento de Doentes COVID-19 (ADC). Nalguns casos mais que uma, de acordo com a dispersão geográfica e a evolução epidemiológica regional e local. Com a aprovação do «Pano de Saúde Outono-Inverno», em Setembro, estas ADC passaram a designar-se Áreas Dedicadas aos Doentes Respiratórios.

Durante o período de funcionamento das unidades de saúde, normalmente das 8h00 às 20h00 horas, os doentes eram triados logo à entrada das unidades da saúde e, caso apresentassem quadro febril e/ou respiratório, eram conduzidos para estes espaços isolados do resto das instalações, como forma de se prevenirem contágios.

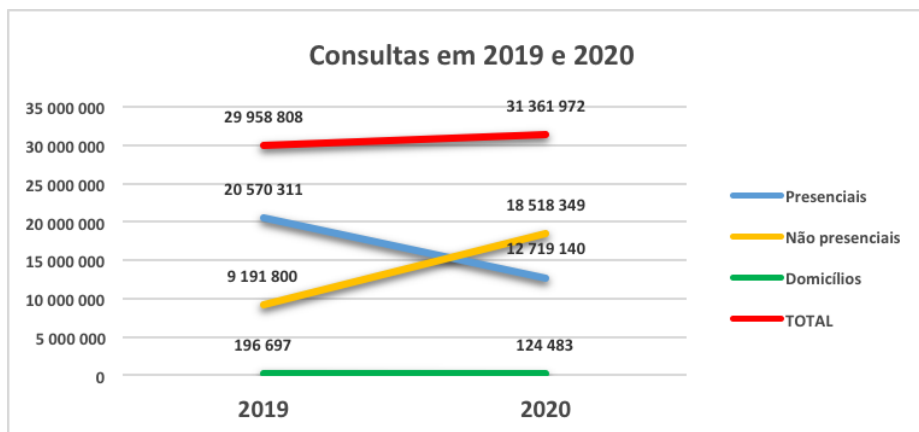
Os restantes doentes, sem sintomatologia suspeita, eram consultados em espaço distinto. Mas, mandava a prudência que face à exiguidade e nem sempre melhor arejamento das salas de espera fosse salvaguardado o distanciamento físico dos doentes em espera, o que veio a revelar como inconveniente maior o facto de essa espera decorrer, em via de regra, no exterior das instalações. Daí que se tenha aconselhado que as deslocações às unidades de saúde fossem sempre precedidas de contacto prévio, para agendamento.

Mas não foi só a actividade nestas áreas dedicadas ao atendimento presencial de doentes com suspeita de COVID que limitou o tempo para os profissionais se dedicarem ao trabalho regular no atendimento dos pacientes da sua lista.

É que dos 800 586 casos de COVID registados em Portugal, até 24 de Fevereiro de 2021, retirando-se os internados, incumbiu aos médicos de família o acompanhamento mediante centenas de milhares de telefonemas aos doentes assintomáticos ou com sintomas frustes da doença mas obrigatoriamente confinados aos seus domicílios.

Daí que as condicionantes citadas determinassem sérios constrangimentos de que resultou, na comparação de 2020 com 2019, uma redução de 38% nas consultas médicas presenciais e de 18% nos contactos de enfermagem, ainda assim precariamente compensada pela duplicação das consultas não presenciais *(ver Figura 2)*. Consultas realizadas, faz-se notar, por não mais que cerca dos 5700 médicos de família actualmente existentes.

**Figura 2**



Ao que acresce o trabalho já feito pelos profissionais dos CSP para se terem atingido, uma vez mais com referência ao dia 24 de Fevereiro, a inoculação da esmagadora maioria das 720 717 vacinações a residentes nos lares, aos cidadãos com mais de 80 anos e aos com mais de 50 com as morbilidades eleitas.

Foi ainda esmagadoramente nas unidades dos CSP que se procedeu à elaboração das listagens e convocatória dos cidadãos elegíveis para esta fase da vacinação.

Toda esta multiplicidade de novas actividades, decididas quantas vezes de um dia para o outro, perturbaram e trouxeram prejuízos para o que até então era entendido como a actividade «normal» dos Centros de Saúde.

Urge por isso, agora que a pandemia parece estar em fase de desaceleração, operar-se um forte impulso no sentido de se recuperar o adiado nestes já há onze meses de duração da pandemia.

### **Um futuro possível?**

Mas eis que uma luz se projecta nos dias que correm – o Plano de Recuperação e Resiliência (PPR), a denominada «bazuca europeia», que nos anuncia um inédito financiamento no valor de 463 milhões de euros para ser retomada a reforma dos Cuidados de Saúde Primários. E que enuncia um conjunto de propostas globalmente apontadas na direcção certa.

Mas para esse futuro ambicionado importará que sejam encontradas respostas inteligentes para a captação das competências e dos quadros qualificados de que os CSP e o SNS carecem. A definição de uma «política das profissões» que estanque a fuga de competências do SNS e que atraia os novos quadros necessários para a sua

requalificação. E, fundamental, uma política exigente de selecção de dirigentes. E tudo disto exorbita o PRR.

Por outro lado, foi finalmente anunciada pela ministra da Saúde, Marta Temido, a Regulamentação da Lei de Bases da Saúde, aprovada há já vinte meses, mas sem qualquer concretização até ao momento; apenas esta promessa de que irá ser aprovado o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde até ao final do primeiro semestre deste ano.

Este Estatuto não poderá resumir-se a pouco mais que um mero organigrama e uma formal alocação/distribuição de poderes. Terá de incluir doutrina que contemple a resposta a uns Cuidados de Saúde Primários e a um SNS que souberam «aprender» com a crise pandémica, e para além dela, a um contexto sociodemográfico marcado pelo envelhecimento, pelo saldo fisiológico negativo, pela multimorbilidade, pelos elevados índices de pobreza, desemprego e precariedade severamente agravados pela crise, pelas sequelas na saúde mental que ela desencadeou.

E será imperativo que a Saúde saiba criar laços de cooperação efectivos entre os cuidados primários e as estruturas hospitalares e transcender-se para passar a incluir, cooperativamente, a nível local e regional, também a Segurança Social, as autarquias e demais agentes que intervêm na saúde e no bem-estar das comunidades – são os Sistemas Locais de Saúde já previstos na actual Lei de Bases da Saúde.

Mas, teme-se, escassearão competências técnicas e lideranças na actual administração da Saúde. O peso do imobilismo, do centralismo, do administrativismo terá de ser frontalmente confrontado.

Será decisiva a criação de equipas que pensem «fora da caixa», integradas por técnicos e personalidades com provas dadas na conceptualização dos CSP e de um SNS à altura do segundo quartel do século XXI.

E, seguramente, no assegurar de uma continuidade no financiamento do SNS adequado e na firmeza reformadora da governação da Saúde.

Em suma, temos ideias, temos partitura, temos instrumentos, temos executantes. Teremos, agora, que saber encontrar os maestros.

\* Médico.