



**SOCIEDADE
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

VII CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA

19 a 22 Junho 2012

Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

QUANDO A UNIDADE SE DIVIDE: UM OLHAR SOCIOLÓGICO SOBRE A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

TEIXEIRA, Lurdes

Doutoramento em Sociologia

IPSN – CESPU; ISCTE, IUL

lurdesteixeira@clix.pt

Resumo

Em todas as políticas de saúde, os cuidados primários surgem como a base do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a peça primordial para o bom funcionamento do sistema. Contudo, desde que o Centro de Saúde foi criado, nunca terá assumido essa função de efectiva centralidade, tendendo a ser remetido para posições de marginalidade científica e social. É com o objectivo de (re)centrar os cuidados de saúde primários (CSP) no SNS que se inicia a reforma deste sector em 2005. Um processo lento e complexo, desconhecido do cidadão comum e até dos próprios profissionais. O que preconiza a reforma dos CSP? Que mudanças introduziu nos modelos de gestão do trabalho e de produção de cuidados? Apresenta-se os resultados de um estudo, de metodologia qualitativa, um estudo de caso, sobre um Centro de Saúde (CS), representativo do modelo tradicional, e a Unidades de Saúde Familiar (USF). Que razões levam à criação da USF? O que muda e o que permanece com estas novas unidades?

Abstract

In all health policy, primary care emerged as the basis for the National Health Service (NHS) and the part essential for the proper functioning of the system. However, since the Health Center was created, would never have assumed the role of effective centrality, tending to be sent to positions of scientific and social marginality. It is aimed at (re)focus the primary health care (PHC) in the NHS that starts the reform of this sector in 2005. A slow and complex process, unknown to the average citizen and even the professionals themselves. What advocates reform PHC? What changes introduced in the models of labor management and production of care? We present the results of a qualitative methodology study, a case study on a Health Center (CS), representing the traditional model, and the Family Health Units (USF). What reasons led to the creation of USF? What changes and what stays with these new units?

Palavras-chave: reforma; cuidados de saúde primários; políticas de saúde.

Keywords: reform; primary health care; health policies.

Introdução

Desde que foi criado, em 1979, que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) se estrutura em duas peças nucleares: o hospital e o centro de saúde (CS). As disposições legais atribuem, porém, funções e papéis distintos a cada uma destas unidades. Ao hospital compete a prestação de cuidados diferenciados e de tratamento da doença, estando o CS essencialmente vocacionado para a prevenção da doença. Esta concepção de sistema de saúde atribui ao hospital uma posição de retaguarda e ao CS o lugar de "porta de entrada" do cidadão na rede dos serviços de saúde, destacando-o como a peça central e basilar da estrutura global do SNS. Assim se perspectiva uma política de saúde baseada nos cuidados de saúde primários (CSP) desde o início da década de setenta, à semelhança do que é igualmente defendido pela própria OMS. Note-se até que Portugal goza de algum pioneirismo, ao antecipar uma mudança de paradigma, em 1971, de sistemas de saúde curativos para um modelo preventivo, ainda antes da primeira conferência internacional sobre CSP, realizada em 1978.

Contudo, este quadro de orientações políticas não tem reflexo na realidade concreta da prestação e do recurso ao cuidado. Desde que existe, o CS tem vindo a ser retratado como um lugar marginal, preterido por profissionais e doentes, onde se procuram cuidados simples, renovação de receituário, consultas de vigilância e acompanhamento da doença crónica, sem que lhe seja reconhecido o prestígio e o reconhecimento social de que goza o hospital.

Em 2005 inicia-se uma profunda reestruturação do sector. A reforma tinha como principal objectivo recentrar os CSP no sistema de saúde. Trata-se de um processo lento e complexo, que padeceu de uma cronologia de implementação desarticulada e criou um conjunto de novas unidades, algumas desconhecidas do cidadão comum e até de muitos profissionais. Em traços gerais, pode dizer-se que a reforma dividiu a unidade CS noutras cinco entidades organizacionais.

Por mera coincidência, foi também em 2005 que iniciámos uma investigação de doutoramento sobre o CS, a USF e a reforma. Na impossibilidade de apresentar todos os resultados desse estudo, recortamos um dos vectores de análise, cingimo-nos à transformação de um CS em USF e colocamos em perspectiva alguns dos efeitos da reforma.

Para um enquadramento político-legal do tema, começamos por apresentar as linhas gerais da reforma, pontuando os marcos cronológicos da sua implementação bem como a enunciação das regras e dos modelos de organização do trabalho e da produção de cuidados. Caracteriza-se cada uma das novas unidades criadas na sua concepção formal e nos postulados legais que as regulam.

De seguida, analisa-se o CS, a única unidade de CSP antes da reforma, a sua posição no ordenamento das instituições de saúde e a sua transformação em USF, a primeira nova entidade a ser criada. Que razões levam à criação da USF? O que muda e o que permanece com a constituição destas novas entidades?

1. A reforma dos cuidados de saúde primários: princípios e quadro normativo

Ao longo de três décadas de existência, o CS foi sendo atravessado por várias reformas, tentativas de reforma, ensaio de novos modelos de organização e outras intenções de o alterar, mais na sua organicidade e funcionalidade do que na fisionomia com que se apresentava às populações. De entre estas várias iniciativas, refere-se apenas a criação do Regime Remuneratório Experimental (RRE)¹ por ser o modelo que subjaz ao conceito de USF. Criado em 1998, pelo Decreto-Lei nº 117/1998 de 5 de Maio, era exclusivamente destinado a equipas de médicos da carreira de Clínica Geral e fazia depender uma parte da remuneração dos profissionais de critérios explícitos de desempenho, discriminando positivamente aqueles que contribuísem para um aumento de acessibilidade dos doentes e uma melhoria nos serviços prestados (Miguel, 2010). Os grupos RRE que se encontravam em funcionamento aquando da reforma são rapidamente transformados em USF.

A primeira iniciativa governamental para dar início à reforma dos CSP foi a constituição, em 2005, de um Grupo Técnico para a Reforma dos CSP (Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 27 de Abril),

mais tarde redenominado Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)² (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro), um órgão directamente dependente do Ministério da Saúde e que tem por missão implementar e coordenar todo o processo reformativo.

No terreno, a reforma iniciou-se com o lançamento das Unidades de Saúde Familiar (USF). Criadas em 2006, pelo Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, são pequenas unidades funcionais, constituídas por equipas multiprofissionais, de médicos, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde, a partir da apresentação voluntária de uma candidatura á MCSP. Têm autonomia organizativa, técnica e funcional.

Em 2007 é publicado o Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico de organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos. As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica, assente num plano de acção do qual consta o compromisso assistencial, os objectivos, os indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, art.º 6º). Aos profissionais aplica-se um regime de suplementos, associado à lista de utentes ponderada, quanto às suas características, contratualização anual de actividades específicas de vigilância a utentes mais vulneráveis ou de risco. A população inscrita não deverá ser inferior a 4000 nem superior a 18000 utentes, e deverá ser definida em função das características geodemográficas de cada área (Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto). Podem organizar-se em três modelos diferentes: A, B e C, consoante o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Ao modelo A corresponde uma fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa e compreende as USF do sector público administrativo. O modelo B aplica-se às equipas com "maior amadurecimento organizacional", que apresentem um nível de desempenho mais exigente. Aplica-se-lhes um regime retributivo para todos os profissionais, que integra a remuneração base e um sistema de suplementos e compensações (Despacho nº 24100/2007, de 22 de Outubro), baseado num sistema de contratualização que avalia e diferencia os trabalhadores em função do desempenho. O modelo C destina-se ao sector social é considerado um modelo experimental e destina-se ao sector social, corporativo e privado.

Durante os anos de 2006, 2007 e 2008 a concretização da reforma resumiu-se à USF. No entanto, a reestruturação dos CSP compreendia uma profunda reconfiguração do sector, desenhada a partir da aglutinação de centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e da criação de novas unidades prestadoras de cuidados e serviços. Estas novas estruturas de gestão – os ACES – implicariam a extinção das Sub-Regiões de Saúde, o que veio a acontecer em 2008, com a publicação do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. São definidos 74 ACES em todo o país, segundo os seguintes critérios geodemográficos: acessibilidade geográfica; densidade populacional; índice de concentração urbana; índice de envelhecimento; acessibilidade a cuidados hospitalares e divisão administrativa do território. Mas, na realidade, existem apenas 68, que só viriam a ser criados no terreno ao longo ano de 2009.

Os ACES procedem, efectivamente, à maior reconfiguração do sector dos CSP até hoje levada a cabo. Para além desta célula de gestão, são criadas mais cinco novas unidades:

- A Unidade de Saúde Familiar (USF), que já caracterizámos anteriormente;
- A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), corresponde à transformação dos antigos CS, tem uma estrutura idêntica à da USF, presta cuidados de saúde personalizados, garantido a sua acessibilidade, a continuidade, e globalidade.
- A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), presta cuidados de saúde e apoio psicológico, mas de âmbito domiciliário e comunitário, a grupos sociais mais vulneráveis, ou em situação de risco de dependência física e funcional.
- A Unidade de Saúde Pública (USP), um observatório de saúde da área geodemográfica do ACES. Tem como principais funções elaborar informação e planos no domínio da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de prevenção e promoção, entre outras.
- A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) presta serviços de consultoria e

assistência às restantes unidades, com as quais estabelece uma lógica de actividade em rede e estabelece ligações "funcionais" com os serviços hospitalares.

Estava assim desenhada uma estrutura institucional de cuidados primários que teve como efeito a multiplicação das unidades prestadoras de serviços (enxameando o sector com siglas e nomenclaturas de difícil descodificação) e a rebaptização do CS em UCSP. Ora, a denominação *Centro de Saúde*, durante décadas associado aos serviços das Caixa de Previdência, tinha já integrado a linguagem comum e o uso corrente das populações. De tal forma, que ainda hoje, o nome *Centro de Saúde* continua a ser comumente usado por profissionais, meios de comunicação social, políticos e cidadãos.

2. Quando a unidade se divide: efeitos de uma reforma

Apresentamos agora os resultados de um vector de um estudo realizado no âmbito de uma tese de doutoramento, cuja pesquisa de terreno decorreu em simultâneo com a implementação da reforma que, sumariamente, acabámos de descrever. Trata-se de uma investigação de metodologia qualitativa, do tipo estudo de caso, sobre o CS, a USF e a reforma. Um dos principais objectivos consistia em confrontar o CS tradicional, temporal e juridicamente inscrito na fase *antes* da reforma, com a USF, a primeira unidade a ser constituída e a célula representativa da fase *durante* e *depois* da reforma.

O CS e a USF em estudo personificam, assim, uma cronologia onde se distinguem diferentes temporalidades políticas e organizacionais. Para tal, escolheu-se um CS da área metropolitana do Porto e uma das duas USF que já o integravam.

Em 2008, quando se iniciou a pesquisa de terreno, o CS era mais um entre todos os outros que existiam no país. Contudo, a reforma gerou efeitos (não previstos ou não acautelados) que acabariam por fazer sucumbir este CS para dar lugar a uma outra USF. É esse processo de transição e transformação da unidade tradicional dos CSP para o novo modelo USF que agora colocamos em discussão.

Quando iniciámos o trabalho de campo desenvolvemos as actividades de pesquisa no CS e na USF. Mas, quis o acaso, que esse próprio CS se transformasse em USF, facto que produziu consideráveis implicações no processo de investigação já em curso: primeiro, porque o CS iria deixar de existir e, por conseguinte, extinguir-se-ia também o objecto de estudo, e, segundo, em seu lugar iria surgir uma USF, criada em condições e contextos substancialmente diferentes dos das restantes congéneres que já existiam no país.

Se num primeiro momento, este facto parecia fazer perigar a investigação, num segundo momento percebemos que estávamos face a uma oportunidade única de investigação sociológica: a de acompanhar em tempo real a operacionalização concreta da mudança organizacional. E assim foi. Uma parte da pesquisa empírica decorreu em simultâneo com a transformação do CS em USF

Dado este quadro de intensa, profunda e atípica transformação organizacional, torna-se necessário estabelecer categorias conceptuais que sejam capazes de distinguir três temporalidades organizacionais, que são, simultaneamente, representativas do processo de mudança: 1) CS tradicional; 2) o CS em transição; 3) a USF. Embora cronologicamente sequenciado, este não foi um processo linear. Foi, isso sim, um processo complexo de permanências e intermitências, continuamente atravessado por forças de poder e contra-poder, onde se cruzavam interesses múltiplos e se equacionavam variáveis políticas, organizacionais, pessoais e profissionais.

1. O Centro de Saúde tradicional

O centro de saúde em estudo foi criado em 1989 num concelho da área metropolitana do Porto. À semelhança de tantos outros, foi ocupando diferentes espaços em edificios partilhados com outros organismos públicos, sempre sem as condições e as infra-estruturas adequadas às exigências dos serviços. Em 2005 são inauguradas as actuais instalações num edificio novo, construído de raiz para este fim, com amplos espaços e divisões, abundante luz natural, equipamento e mobiliário novo e confortável. O espaço

físico está subaproveitado, com uma generosa sala de reuniões, raramente utilizada, e gabinetes em número excessivo para os profissionais que ali trabalham. Não padece, portanto, de falta de recursos físicos, tantas vezes associada a estas unidades.

Quanto à natureza jurídica³ era constituído por duas USF, uma situada noutra freguesia e uma outra localizada nas suas próprias instalações, no segundo andar, numa evidente proximidade e contiguidade de espaços, mas também de confrontação diária entre dois modelos de organização do trabalho e de remuneração. Esta vizinhança organizativa tornar-se-á uma das principais razões para a transformação do CS em USF, como veremos mais à frente.

O quadro de funcionários é composto por cinco médicos da carreira de Clínica Geral, todos especialistas em medicina geral e familiar, um deles director do CS; oito enfermeiros, um deles enfermeiro-chefe; sete administrativos, um deles chefe de secção; um médico de Saúde Pública; um Técnico de Serviço Social (que também assegura o serviço social nas duas USF do CS), para uma população inscrita de 11746 e uma população residente na área de influência de 14193, com uma taxa de cobertura de 82%, a quem disponibiliza os serviços de medicina geral e familiar (MGF) e enfermagem, dispondo ainda de serviço social e cuidados domiciliários.

Como qualquer outra organização, apresenta um quadro regulador formal, que podemos enquadrar na racionalidade burocrática weberiana, e uma malha informal que denuncia na regularidade quotidiana a existência de alguma autonomia profissional, embora distinta conforme as categorias profissionais. Mais robusta no grupo dos médicos, é menos visível e menos actuante nos enfermeiros e quase ausente nos administrativos (Teixeira, 2012). No cruzamento da estrutura racional-formal com as disposições informais estabelece-se o sistema organizacional de práticas profissionais e rotinas quotidianas onde é possível identificar uma hierarquia simbólica que separa médicos, enfermeiros e administrativos, visível na configuração arquitectónica e funcional do espaço e nas dinâmicas de interacção diária.

As preconizações políticas sempre atribuíram ao CS a função de "porta de entrada" do cidadão no SNS, conferindo-lhe uma posição de *centro* de articulação e coordenação com os serviços extra-hospitalares. Na realidade, os sistemas de inter-articulação institucional raramente funcionam e os CS são sobretudo "estruturas físicas, «casas» ocupadas por médicos, enfermeiros e funcionários administrativos" (Sakellarides, 2006, 63). Como referem estas enfermeiras, os cuidados são prestados ao doente no hospital e no CS sem que exista um sistema de actuação conjugada e coordenada:

"...e nem sequer a nossa vertente curativa dá seguimento à do hospital. Eles vêm dos hospitais... muitas vezes os doentes vêm do hospital não têm uma carta de alta, não têm uma carta de referências, é muito raro o hospital que mande informação para o enfermeiro do CS para dar continuidade. Quando sai daqui para o hospital, é referenciado pelo médico. O doente é raro ser referenciado por nós, mas quando vai, vai referenciado por nós vai com uma carta, não é carta de alta, mas é uma carta de informação sobre o que se está a passar" (E2 – CS Enf);

"Os CSP estão à parte dos hospitais. E os hospitais também cultivam uma filosofia à parte. Se não houver um interesse da parte dos CSP em seguir os doentes e observar os doentes e propô-los – com bom diagnóstico – para o hospital, o hospital acaba por deixar de acreditar, porque por ausência de saber, por desinteresse e... depois há muito pouca aposta nos CSP em investigação, isto para não dizer nenhuma, daquela que conheço, como é obvio" (E4 – CS Enf).

Os profissionais que trabalham no CS reconhecem a condição de marginalidade deste em relação ao hospital. Este último é representado como o lugar de ciência e de profissionalismo, características pouco associadas ao CS. A este propósito, são bem ilustrativas as palavras do enfermeiro-chefe:

"...isto está a anos-luz uma coisa da outra. O serviço hospitalar é uma coisa e o serviço de CSP é outra coisa. Não tem nada a ver uma coisa com a outra. Os CSP são uma coisinha à parte. São um... São um... Nem sei muito bem. São um passa-receitas à comunidade. Porque isto aqui é... é um comboio que não anda. Está sempre parado na mesma estação. Não anda para a frente, está muito burocrático, muito inseguro, muito... as pessoas têm projectos baseados no faz-que-se-faz, mas

depois não se faz nada, percebe?" (E4 – CS Enf).

Decorridas quatro décadas, e depois de várias reformas e reestruturações, o CS não foi capaz de conquistar o lugar de centralidade no sistema de saúde que as políticas, repetidamente, lhe atribuem. Mantém-se, estrutural e simbolicamente, nas franjas de um SNS que continua descrito como hospitalcêntrico, curativo e biomédico (Teixeira, 2012; Teixeira, 2011; Carapinheiro, 1993; Carapinheiro, 2006).

2. O Centro de Saúde em transição

Em Setembro de 2008 um grupo de médicos e enfermeiros decide apresentar uma candidatura para a criação de uma USF. Nesta fase, embora o modelo de estruturação do trabalho permaneça igual e, aparentemente, nada se altere até à entrada em funcionamento da USF, é patente um clima de mudança organizacional que conduzirá, inexoravelmente, à extinção do CS enquanto unidade prestadora de cuidados e, em consequência, faz perigar os futuros profissionais dos trabalhadores que não integrarem o projecto. Esta desagregação do CS dará origem a uma cisão entre os trabalhadores *não-USF* e os *pró-USF*. Os primeiros são tomados pela incerteza do futuro profissional; os segundos empenham-se no novo projecto. Os enfermeiros que permanecerão no CS estão apreensivos. Uma enfermeira dizia:

"para o desemprego não vou. Só me preocupa se me mandarem para longe, porque eu saí do hospital para ter mais tempo para as minhas filhas e para estar perto delas, e estou" (dc-cs).

Está, assim, produzida uma divisão entre os profissionais *pró-USF* e os *não-USF* e um clima de conflitualidade, raramente manifesta, mas sempre latente e disfarçadamente presente nas relações interprofissionais e no quotidiano do trabalho. Os que não integram a USF experimentam a inevitabilidade da extinção dos postos e dos locais de trabalho, uma ameaça que diariamente vai ganhando forma à medida que o *tempo de vida* do CS se esvai na torrente do tempo. Neste devir parecem lutar duas forças de sentidos opostos: à medida que a organização CS se desmaterializa pela passagem do tempo, ganha forma e materialidade a nova USF. Neste inelutável trânsito temporal, os profissionais *não-USF*, tomados pela insegurança e pelo receio, silenciam a angústia da incerteza e adoptam a mudez como padrão de comportamento. Forçados à condição de excluídos, esta conduta tem tanto de subserviência quando de falta de confiança em relação aos seus futuros e aos seus lugares profissionais no ordenamento institucional. Como diz Bauman (2001), a confiança em si mesmo, nos outros e nas instituições é a característica mais importante, e mesmo constitutiva da sociedade moderna. Mas hoje é muito difícil construir confiança em organizações que estão a ser ao mesmo tempo "desmontadas, reduzidas e reengenheirizadas" (Bauman, 2001, 189), como era o caso deste CS.

A entrada em funcionamento da USF concretiza a ruptura institucional remetendo definitivamente estes trabalhadores para o vazio existencial. Fechados nos seus gabinetes, onde nada fazem e nada têm para fazer, permanecem nos seus postos de trabalho, dias e semanas, cumprindo horários administrativos, *agarrados* aos lugares que outrora foram profissionais e que agora são transitórios até que os órgãos directivos lhes destinem novas funções e novas instituições.

As palavras de uma enfermeira reflectem bem esta condição de transitoriedade indefinida:

"(...) não aguento mais. Segunda-feira vou pedir para me porem a fazer qualquer coisa. Nem que seja para as falhas, mas assim é que não aguento. Não tenho nada para fazer, hoje de manhã fui para a saúde escolar com os estagiários, à tarde vou tomar posse na Comissão de Ética. Mas não tenho nada para fazer. É horrível! Já vii, estão-me a pagar o meu ordenado, eu venho para aqui às 8, às 8 não, agora venho às 9, é que o tempo custa muito a passar, e vou-me embora às 4, sem fazer nada. Eu fico maluca. Que me ponham nas falhas, que ponham onde quiserem, mas aqui não aguento mais. Estou assim desde o dia 22 de Dezembro [hoje são 16 de Janeiro de 2009], desde o dia em que a USF foi inaugurada. E agora parece que ainda vou ficar mais 15 dias, dizem que o Agrupamento só começa a 2 de Fevereiro. Eu não aguento! segunda-feira [hoje é sexta] vou ter com a directora do agrupamento e pedir-lhe para me pôr nalgum sítio" (dc-cs).

Mais de um mês depois, continuava a afirmar:

“Não! Não tenho nada para fazer. Estava aqui a responder a uns mails, mas não tenho nada para fazer” (E2 – CS Enf.).

A ausência de funções estende-se aos restantes funcionários que não integraram a USF. A administrativa (com o cargo de chefe de secção), lamentava-se do isolamento espacial e social a que tinha sido votada e deixa transparecer uma profunda insegurança ontológica, como se pode ver abaixo:

“Hoje sinto-me um bocadinho mais em baixo (...) e até tenho medo que me dê aqui qualquer coisa e ninguém dá conta, ninguém me vem socorrer». Digo-lhe: «não está assim tão sozinha, estão todos lá em baixo». «Oh senhora doutora, estão lá em baixo, mas ninguém sabe o que se passa aqui!» E continua «vou-me embora, já não estou p’ra isto. Então já viu? Agora com esta idade (...) não sei para onde vou, nem o que me vai acontecer! Vou meter a reforma!»” (dc-cs).

A USF é um novo modelo de organização do trabalho e de produção do cuidado que tem vantagens em relação ao CS: melhora a acessibilidade do doente, assegura um médico e enfermeiro para cada utente, reduz os tempos de espera. Não discutindo agora os efeitos perversos que estas melhorias também comportam (refira-se apenas que os actos clínicos são parametrizados em função do cumprimento e da obediência a um conjunto de indicadores de desempenho, desenhados para a eficiência organizacional e segundo lógicas da racionalidade económica, não contemplando os princípios e preconizações da medicina holística e biográfica), importa referir que o *entusiasmo* dos órgãos tutelares com as USF votou ao abandono o resto das unidades de saúde (Cortez, 2010). Neste caso e neste CS, os profissionais foram (e sentiram-se) abandonados. Remetidos para uma não-existência, escondidos em gabinetes desertos de doentes e de colegas, cumpriam diariamente um horário de serviço, sem serviço, e experimentavam a angústia de um futuro profissional desconhecido e ameaçado.

3. A USF

Concluído o processo de candidatura, a USF entra em funcionamento no dia 22 de Dezembro de 2008. É uma USF em modelo A, não possui carteira adicional de serviços, e, portanto, não contempla compensação remuneratória para os profissionais. A equipa inicial foi constituída por quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro administrativos. Em Abril de 2010 virá a integrar a equipa clínica mais um médico, o ex-director do CS, em regime de tempo de trabalho reduzido. Que razões estiveram na origem da sua criação?

A introdução de um novo modelo organizativo no sistema de CSP originou uma categorização espontânea de doentes e profissionais: os de “primeira”, os da USF, e os de “segunda”, os do CS. Esta designação está fundada em razões objectivas: os profissionais de “primeira” encontram na USF melhores condições de trabalho, instalações novas ou remodeladas, mobiliário e equipamentos novos, e compensações remuneratórias; os doentes de “primeira” dispõem de maior acessibilidade, ao profissional e ao serviço, vias de contacto mais facilitadas (através do telefone ou do e-mail), menores tempos de espera e um médico e enfermeiro de família atribuídos. Estas regalias não são, contudo, extensíveis aos doentes e profissionais do CS. Nesta diferenciação entre os de “primeira” e de “segunda” ganha forma, e robustece-se diariamente, um sistema de distinção entre uns e outros, gerador de importantes desigualdades em saúde.

No caso em estudo, os profissionais do CS co-existiam em grande proximidade física com os da USF, num confronto diário com as condições e os novos modelos de trabalho e as instalações remodeladas dos colegas da USF. Os funcionários do CS no primeiro andar, vulgarmente designados por “os de baixo” e os da USF, no segundo andar, “os de cima”. Esta denominação, instrumental na linguagem diária, não está isenta de conotações simbolicamente hierarquizantes.

Como já foi referido, a USF assenta num sistema de contratualização de uma carteira básica de serviços a uma população de fixa. Cada médico tem uma lista de doentes, um sistema vulgarmente designado por “lista fechada”. No CS, embora havendo igualmente “lista” de doentes (em média, em número semelhante ao da USF) para cada médico, são considerados utentes desta instituição “todos os cidadãos que nele se queiram

livremente inscrever" (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio), impondo-se, assim, ao CS a obrigatoriedade de dar resposta a todas as solicitações de cuidados dos doentes inscritos. É nesta circunstância de imposição legal de "atender a todos" que se encontra uma das principais razões para os médicos do CS decidirem propor a candidatura a USF. Acresce ainda que uma médica da equipa do CS optou por integrar uma outra USF, *levando* consigo alguns dos doentes da sua lista do CS, mas deixando outros no CS a sobrecarregar os colegas.

Como diz o coordenador da USF:

"tinha que ser, porque chegamos a uma situação que era insustentável. Quando a Dr^a N. foi embora, deixou 1000 doentes a descoberto e se não fôssemos para USF tínhamos que ficar com eles todos." (dc-cs)

De igual modo, também os enfermeiros são motivados mais por razões de ordem prática, da quotidianidade do trabalho, do que por motivações ou escolha de um novo modelo organizativo. Cada um equacionava factores como proximidade do local de residência; probabilidade de renovação contratual; ou mesmo a indefinição do futuro profissional no CS, como se pode constatar nos seguintes depoimentos:

"Ora bem, não sei, não tenho assim muita motivação para nada. Porque, realmente, eu estou aqui na unidade porque estou perto de casa, mais nada. Se não, não estava aqui!" (E6 - Enf USF)

A perspectiva de renovação do contrato foi razão para uma decisão :

"Olhe, vou-lhe já explicar: os colegas que estão aí a contrato, a motivação deles é conseguir estar mais ou menos seguros, os contratos são diferentes – a motivação deles é essa. Isto como é uma iniciativa médica, o que tem por trás é ganhar dinheiro" [Risos] (E6 - Enf USF).

Uma enfermeira confessa a falta de entusiasmo, mas, interroga-se:

"se não for, para onde vou? Não é porque esteja muito entusiasmada, vá lá que me deixam integrar a equipa. Sabe como é que eu soube [que iam candidatar-se a USF]? Foi uma administrativa que me disse. Acredita? Com estes médicos não se pode trabalhar e isso assusta-me. Porque eles acham que nós somos os criados deles. Acham que o enfermeiro está aqui para trabalhar para o médico" (dc-cs).

Contrariamente ao discurso ideológica e politicamente difundido de que a USF é a materialização da vontade dos profissionais, um projecto verdadeiramente enformado pela autonomia, iniciativa e empenho dos profissionais, neste caso, a USF surge mais como fuga a um modelo (o do CS) que diariamente distingue negativamente os que nele trabalham. Correia de Campos sublinha que as USF nunca são impostas pelo governo ou pelas administrações regionais, devem surgir de candidaturas espontâneas geradas por grupos de médicos, enfermeiros e administrativos (Campos, 2008, 93). Neste caso, a USF não surge espontaneamente. Resulta de uma equação de consideração racional de factores de interesse pessoal e estratégias profissionais, de distâncias geográficas e da ponderação contabilística de doentes em "lista" e doentes a "descoberto". Implementada e em pelo funcionamento, o que trouxe de novo para profissionais e doentes esta USF? O que mudou?

Com um novo modelo de estruturação e gestão das actividades diárias passou a existir uma nova programação semanal de todos os actos médicos e de enfermagem. Mudou igualmente, ainda que tenuemente, a relação interprofissional enfermeiro/médico, agora menos marcada pela assimetria e incomunicabilidade que a caracterizava no CS.

Fruto de uma nova forma de agendamento dos actos clínicos, a resposta às solicitações da população é mais rápida e a acessibilidade dos doentes ao serviço e ao profissional melhorou. Estas mudanças, fundamentalmente organizativas, não produziram, contudo, alterações tão profundas quanto se esperava: mudou a maneira de fazer, manteve-se grande parte do que se faz. Ou seja, mudou a forma, manteve-se o conteúdo das tarefas. Esta visão dicotómica atravessa os discursos dos profissionais que simultaneamente afirmam a mudança e a continuidade, sublinhando mesmo que os cuidados prestados são os mesmos, reconhecendo apenas frágeis rupturas com o *modus operandi* do trabalho no CS.

3. NOTAS FINAIS

A reforma dos CSP foi (e é) um processo complexo. Sujeita a variações políticas e ideológicas e exposta aos ciclos de mudança ministerial e governativa, padeceu de uma ciclicidade de maior e menor intensidade na implementação das medidas preconizadas. Iniciou-se no terreno em 2006 com todos os actores políticos focados no crescimento do número de USF mas atrasou-se na concretização dos ACES, o órgão que produz a reestruturação mais profunda do CS. Cruzaram-se os tempos políticos com os tempos reformativos, subjugando-se os segundos aos primeiros. Ora, processos de mudança organizacional desta complexidade não podem, nem devem, estar sujeitos aos ritmos da oscilação político-partidária. Este desfazamento entre o momento em que se inicia a reforma e a reformulação de todo o modelo de prestação de cuidados originou efeitos como os que acabámos de descrever: um CS de saúde que se extingue enquanto unidade prestadora de cuidados, mas que permanece enquanto órgão institucional; funcionários que ocupam cargos mas não têm funções; directores que dirigem, sem, contudo, terem a quem dirigir.

O atraso na implementação efectiva dos ACES tem sido apontado por vários actores sociais como a maior lacuna na reforma dos cuidados primários" (OPSS, 2009, 49). Esta demora gerou uma ausência de cadeia hierárquica, identificada como um dos principais problemas da reforma.

Além destas consequências, não previstas nem prevenidas, a coexistência no sistema de cuidados primários de dois modelos organizacionais diferentes produz um efeito discriminatório, que foi visível e experimentado logo no primeiro ano de funcionamento das USF, dando origem aos chamados "doentes de primeira e de segunda" e aos "profissionais de primeira e de segunda". Duas categorias sociais de doentes e profissionais, hierarquizados e qualificados como os "melhores" e os "piores", os "escolhidos" e os "restos", e rapidamente transformados em elementos estruturantes da diferenciação USF/CS.

Actualmente a reestruturação administrativa do sistema de cuidados primários estará concluída, mas mantém-se a criação de novas unidades, particularmente com a fundação de novas USF e UCC. Efeitos de uma divisão da unidade em vários fragmentos, por enquanto incapazes de eliminar a designação Centro de Saúde do sistema de disposições linguísticas dos portugueses.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Zygmunt (2001). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Bernoux, Philippe (2009). *La Sociologie des organisations*. Paris: Éditions du Seuil.
- Biscaia, André Rosa *et al* (2008), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos*. Lisboa: Padrões culturais editora.
- Calnan, Michael e Jonathan Gabe (2009). The reestratification of primary care in England? A sociological analysis (56-78). In Jonathan Gabe e Michael Calnan, *The New Sociology of Health Serve*. Londres: Routledge.
- Campos, António Correia de (2008). *Reformas da Saúde – o fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Carapinheiro, Graça (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: para uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça (2006). A saúde enquanto matéria política. In Graça Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas* (pp. 137 – 164). Coimbra: Pé de Página Editores.
- Cortez, Isabel (2010). Desigualdades no acesso aos cuidados de saúde primários – a outra face das USF. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 189 – 194.
- Miguel, Luís Silva (2010). Modelo de gestão nos cuidados de saúde primários, in Jorge Simões, *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.

OPSS – Observatório Português para os Sistemas de Saúde (2009), *10/30 Anos: Razões para Continuar*, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora.

Sakellarides, Constantino (2006). *De Alma a Harry – crónica da democratização da saúde*. Coimbra: Almedina.

Teixeira, Lurdes (2011). *Do Centro de Saúde à USF: percursos, discursos e práticas*, ISCTE – IUL, Tese de Doutoramento.

Teixeira, Lurdes (2012). *A Reforma do Centro de Saúde: percursos e discursos*. Lisboa: Mundos Sociais.

¹ Para além do RRE, foram ainda criados, ao longo da década de noventa: os “Projectos Alfa”, em 1996, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tinham por principal objectivo incentivar os profissionais a criar iniciativas que promovessem formas organizativas que melhor aproveitassem e rentabilizassem os recursos existentes; o projecto “tubo de ensaio”, também em 1998, no Porto, resultou de um protocolo entre o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto e a Administração Regional de Saúde do Norte, e pretendia assegurar cuidados para 20 mil utentes, servindo também para o ensino de estudantes internos de Medicina Geral e Familiar. Para um aprofundamento destes modelos, cfr Teixeira (2012).

² A MCSP verá os mandatos sucessivamente renovados (primeiro pela Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007, de 12 de Abril e, posteriormente pela Resolução do Conselho de Ministros nº 45/2009, de 29 de Maio), terminando funções em 13 de Abril de 2010. A partir desta data, a tutela considerou que se entrara numa segunda etapa da reforma, para a qual foram criadas as seguintes estruturas: coordenação nacional; coordenação estratégica; conselho consultivo, com funções discriminadas na Nota Informativa sobre o Novo Modelo de governação (Ministério da saúde, s/d).

³ Quanto à natureza jurídica, os CS “são pessoas colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde”. Estruturam-se em unidades funcionalmente autónomas, tendo em conta o conjunto de recursos e critérios geodemográficos consoante a população residente, a densidade populacional, o índice de concentração urbana, o índice de envelhecimento, a relação de dependência total e de idosos e acessibilidade geográfica ao hospital de apoio (Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio). Correntemente, fazemos uma utilização da designação CS para nos reportarmos exclusivamente ao CS enquanto unidade patrimonial e funcional, na sua acepção “tradicional”, diferenciando-o assim da USF.