

**Organização dos Cuidados de Saúde Primários
em Portugal:
Uma revisão sistemática da literatura**
(Versão Final Após Defesa)

Marcos António Freitas Gonçalves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Anabela Antunes de Almeida

julho de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Marcos António Freitas Gonçalves, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 40070 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /04 /2023



Dedicatória

A ti mãe, por saber o quanto tu te orgulhavas disto.

Agradecimentos

A dissertação é um dos marcos mais importantes do percurso académico, sendo o culminar do que foram 6 anos incríveis de enorme crescimento pessoal e académico. Nada disto teria sido possível se estes momentos não tivessem acontecido ao lado de excelentes colegas, professores e tutores. Um muito obrigado.

Quero desde já agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Anabela Almeida, à qual expresso minha gratidão pela disponibilidade demonstrada e pelos valiosos conselhos e críticas construtivas fornecidas, fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos meus grupos de amigos, PCPraxis e CentralDA, por tudo aquilo que passamos juntos durante estes 6 anos. Desde saídas à noite, a noitadas de estudo, a estágios, às discussões e aos abraços. São sem dúvida, a minha segunda família.

Agradeço à Tuna-MUs, Tuna Médica da Universidade da Beira Interior, por todas as aventuras, todos os locais visitados, todos os festivais ganhos e não ganhos e por todos momentos passados. Todos aqueles que por cá passaram, um enorme obrigado, sei que são amigos que irei levar para a vida.

À Rafa, a minha companheira de todas as horas, obrigado por toda a paciência, carinho e apoio demonstrados. Foste completamente um pilar nestes 6 anos e sei que sem ti teria sido tudo muito mais difícil.

Por último e o mais importante, um grande obrigado à minha família, em especial ao meu pai e à minha mãe. Mesmo estando a 1500km e só vos vendo de muito em muito tempo, foram sempre incansáveis nos ensinamentos, no apoio e na coragem transmitida. Sei que é um orgulho enorme para vocês o fim deste percurso académico, especialmente para ti mãe, que apesar de não poderes assistir isto ao vivo, sei que estás muito orgulhosa, onde quer que estejas. Para vocês um obrigado não chega, estou agradecidíssimo para a vida.

Resumo

Introdução: Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o primeiro contacto de pessoas, famílias e comunidades com o Serviço Nacional de Saúde (SNS), garantindo acesso livre e gratuito aos utentes e tratando de todas as suas questões de saúde, independentemente da idade, género ou outras características pessoais em causa. Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários estão associados às Unidades Locais de Saúde (ULS) e aos Agrupamentos de Centro de Saúde (ACeS). Estes últimos são serviços de saúde com autonomia administrativa que são compostos por várias unidades funcionais: as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Saúde Pública (USP). Destas unidades, as mais dirigidas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem são as USF e as UCSP, no entanto, com várias disparidades, quer ao nível da autonomia, hierarquia, contratualização, incentivos, entre outros.

Objetivo: Identificar e descrever a organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, assim como reconhecer as práticas de organização que contribuam para a eficácia e para a eficiência na prestação de cuidados de saúde e na satisfação dos utentes e profissionais.

Métodos: Esta revisão sistemática foi realizada com base nas linhas orientadoras do PRISMA. A pesquisa foi realizada através da *PubMed*, *EBSCO*, *SCOPUS* e *Web of Science*, limitada a artigos escritos em espanhol, inglês e português e publicados entre os anos de 2005 e 2022. A data da última pesquisa foi dia 17 de janeiro de 2023. A avaliação dos artigos foi realizada através da “*Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale*”.

Resultados: Nos dezassete estudos foram avaliados os modelos organizativos dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, particularmente as ACeS, as UCSP e as USF. Dos estudos considerados, sete assentavam sobre a avaliação da implementação das USF e/ou ACeS, quatro acerca dos indicadores de desempenho contratualizados, três estudos sobre a satisfação dos utentes e outros três sobre a satisfação dos profissionais de saúde. Quanto à satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde podemos observar que esta é satisfatória, sendo que as USF obtêm melhores percentagens de satisfação quando comparadas com as UCSP. Entre as USF, as do modelo B são as mais satisfatórias e com profissionais de saúde

mais comprometidos, onde a classe médica é aquela que está mais comprometida. No que se refere aos indicadores de contratualização podemos observar que a sua introdução foi benéfica, levando a uma melhor prestação de cuidados de saúde. Relativamente à avaliação da implementação das USF e ACeS conclui-se que desta resultaram cuidados mais eficientes, acessíveis, equitativos, com equipas prontas para trabalhar em equipa e prestar os melhores cuidados de saúde aos utentes.

Conclusão: Nesta revisão constatou-se que a organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal evolui cada vez mais para uma prestação de cuidados mais eficazes e eficientes. Desde a criação das USF, em especial as do modelo B, que estas unidades funcionais permitem uma maior qualidade, continuidade, acessibilidade e satisfação para os doentes e para os profissionais de saúde. Isto só é alcançado com profissionais de saúde motivados e realizados, com condições laborais favoráveis e equipas multidisciplinares, melhorando a organização e recompensando as boas práticas de prestação de saúde.

Palavras-chave

Cuidados de Saúde Primários; Organização; Unidade de Saúde Familiar; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Abstract

Introduction: Primary Health Care (PHC) are the first point of contact for persons, families and communities with the National Health Service (NHS), ensuring free access to patients and addressing all their health issues regardless of age, gender or other personal characteristics. In Portugal, primary health care is associated with Health Local Units (ULS) and Clusters of Health Centers (ACeS). These last ones are health services with administrative autonomy that are composed of several functional units: Community Care Units (UCC), Personalized Health Care Units (UCSP), Shared Assistance Resource Units (URAP), Family Health Units (USF), and Public Health Units (USP). Among these units, the ones focused on personalized medical and nursing care are USF and UCSP, but with numerous differences in terms of autonomy, hierarchy, contracting, incentives, and others.

Objective: Identify and describe the organization of Primary Health Care in Portugal, as well as recognize organizational practices that contribute to effectiveness and efficiency in providing health care and satisfaction for users and professionals.

Methods: This systematic review was based on the PRISMA guidelines. The search was conducted through PubMed, EBSCO, SCOPUS, and Web of Science, limited to articles written in Spanish, English, and Portuguese and published between 2005 and 2022. The last search was conducted on January 17, 2023. The assessment of the articles was performed by using the "Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale".

Results: The seventeen studies analysed the organizational models associated with Primary Health Care in Portugal particularly ACeS, UCSP, and USF. From the studies considered, seven were based on the assessment of the implementation of USF and/or ACeS, four on contracted performance indicators, three on user's satisfaction and other three on health professionals' satisfaction. Regarding user and healthcare professionals' satisfaction, it can be observed that it is satisfactory, with USF obtaining higher satisfaction percentages when compared to UCSP. Among USF, those with model B are the most satisfactory, with more committed healthcare professionals, with the medical class being the most committed ones. About the contracted performance indicators, their introduction was beneficial, leading to better health care delivery. Concerning the assessment of the implementation of USF and ACeS, it is concluded that this resulted in more efficient,

accessible, equitable care, with health professionals ready to work as a team and provide the best healthcare to users.

Conclusion: This systematic review found that the organization of Health Care in Portugal are evolving towards providing increasingly effective and efficient health care. Since the creation of USF, especially model B units, these functional units have allowed for greater quality, continuity, accessibility and satisfaction for patients and health professionals. This is only achieved with motivated and fulfilled health professionals, with good working conditions and multidisciplinary teams, improving organization and rewarding good health care provision practices.

Keywords

Primary Health Care; Organization; Family Health Units; Personalized Health Care Units

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
1. Introdução.....	1
1.1 Contextualização histórica	1
1.2 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005	3
1.3 A organização dos CSP na atualidade.....	3
1.4 Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	5
2. Metodologia.....	7
2.1 Critérios de elegibilidade e de exclusão.....	7
2.2 Pesquisa de Artigos	7
2.3 Seleção dos Artigos.....	8
2.4 Avaliação da Qualidade dos Estudos	8
2.5 Recolha de dados.....	9
3. Resultados	11
3.1 Seleção dos artigos.....	11
3.2 Características dos Estudos	12
3.3 Avaliação da Qualidade dos Estudos	13
3.4 Medidas de <i>Outcome</i>	15
3.5 Análise dos Resultados.....	20
3.5.1 Satisfação de Utentes	20
3.5.2 Satisfação dos Profissionais de Saúde	21
3.5.3 Desempenho de Indicadores de Contratualização	22

3.5.4 Avaliação da Implementação e Evolução das USF e ACeS.....	23
4. Discussão.....	27
5. Conclusão	31
6. Bibliografia	33
Apêndices	37
Apêndice 1 - Tabela resumo das características dos estudos incluídos.....	37
Apêndice 2 - Tabela resumo dos resultados dos estudos incluídos.....	39

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos12

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Avaliação da qualidade dos estudos não randomizados.....	14
Tabela 2 – Avaliação da qualidade dos estudos não randomizados (continuação).....	15

Lista de Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centro de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DEA	<i>Data envelopment analysis</i>
JSS	<i>Job Satisfaction Survey</i>
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MGF	Medicina Geral e Familiar
NHS	<i>National Health Service</i>
OCAI	<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis</i>
QSU	Questionário de Satisfação dos Utentes
SIARS	Sistema de Informação das ARS
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SU	Serviços de Urgência
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats</i>
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidades Funcionais
ULS	Unidade Local de Saúde
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USF-A	Unidade de Saúde Familiar – Modelo A
USF-B	Unidade de Saúde Familiar – Modelo B
USF-C	Unidade de Saúde Familiar – Modelo C
USP	Unidades de Saúde Pública
WONCA	<i>World Organization of Family Doctors</i>

1. Introdução

A *World Organization of Family Doctors* (WONCA) define Medicina Geral e Familiar como “uma disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários” (1), especialidade esta que atua na vanguarda da promoção de saúde (2).

A MGF é praticada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), os velhos centros de saúde, que são, nada mais, nada menos, do que o primeiro contacto de pessoas, famílias e comunidades com os sistemas de saúde, no qual, o nosso também não é exceção (1). Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é então responsável pela prestação de cuidados primários de qualidade, eficientes e equitativos, garantindo acesso livre e gratuito aos utentes e tratando de todas as suas questões de saúde independentemente da idade, género ou outras características pessoais em causa (1) (3).

Para que todas as responsabilidades sejam conseguidas, os cuidados de saúde primários estão organizados tanto pelas Unidades Locais de Saúde (ULS), como pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). Estes últimos são serviços de saúde com autonomia administrativa, composta por unidades funcionais, que asseguram o fornecimento de cuidados de saúde para determinada área geográfica (4).

Esta revisão sistemática da literatura, apresenta-se, com esse mesmo objetivo: identificar e descrever a organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, assim como reconhecer as práticas de organização que contribuam para a eficácia e para a eficiência na prestação de cuidados de saúde e na satisfação dos utentes e profissionais.

1.1 Contextualização histórica

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, que visava propor a meta “Saúde para Todos no ano 2000” (5). A Alma-Ata propôs um conjunto de metas e medidas que, apesar de não terem sido implementadas e atingidas como era pretendido pela OMS, foram impulsionadoras na política global de

saúde e levaram ao desenvolvimento de programas de cuidados primários de saúde em muitos países (6).

Portugal não foi exceção na remodelação dos seus cuidados de saúde primários. A primeira grande reforma dos CSP em Portugal ocorreu ainda antes da Alma-Ata, em 1971, com a criação dos centros de saúde de “primeira geração”, publicada no Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro (7). Estes centros de saúde eram predominantemente espaços de saúde pública, direcionados à promoção de saúde, com implementação de programas de vacinação e ao acompanhamento de alguns grupos de risco, como crianças e grávidas, sendo que os cuidados curativos extra-hospitalares ficavam reservados aos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência (8). Em 1979 é então criado o SNS, que defendia o direito à proteção da saúde, num sistema caracterizado pela universalidade, globalidade e gratuidade, cujo o acesso deveria ser garantido pelo Estado (6).

Em 1983, ocorre a fusão dos Centros de Saúde já existentes com os Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência, juntamente com a conceção da carreira médica de Clínica Geral, originando-se, então, a chamada “segunda geração” dos centros de saúde, com o Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril (8) (9). Esta unificação, apesar de tentar racionalizar e aprimorar a prestação de cuidados, não foi uma grande modificação ao mesmo, contribuindo até para um modelo organizativo exaustivo e insatisfatório para os profissionais de saúde (8). Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde, em que a saúde passa a ver vista não só como um direito, mas acima de tudo como uma responsabilidade, quer do Estado, quer dos cidadãos (10).

Nos seguintes anos, surgiram várias tentativas de reformas de gestão e organização dos CSP, através de projetos experimentais. Em 1996-1997, ocorreu a primeira tentativa, apelidada de “Projetos Alfa”, na Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que testou um inovador modelo de trabalho em pequenas equipas com uma melhoria na acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados (8) (11). No seguinte ano, foi aprovado o “Regime Remuneratório Experimental”, graças a uma avaliação positiva do projeto anterior. Este modelo caracterizou-se não só pela organização de trabalho em equipa semelhante ao “Projeto Alfa”, mas também por implementar uma modalidade de remuneração a médicos com base na quantidade e qualidade do seu trabalho (6). Este modelo organizativo foi visto com maior satisfação pelos utentes e pelos profissionais de saúde (12). Em 1999, formou-se o “Projeto Tubo de Ensaio”, um Protocolo de entre a Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e a Faculdade de Medicina do Porto. Através deste projeto, ocorre a criação de um novo centro de saúde (CS), o CS São João. O protocolo pretendia a prestação de CSP a

uma população de 25000 utentes, com inovação administrativa e organizacional e formação pré e pós-graduada de profissionais dos CSP (13).

Estes últimos 3 projetos experimentais de organização, foram essenciais para a “reinvenção dos CSP” (14), como base para a reforma dos cuidados de saúde primários em 2005.

1.2 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005

A Reorganização dos Cuidados de Saúde Primários de 2005 foi uma das reformas mais bem-sucedidas dos serviços públicos (15). O programa do XVII Governo Constitucional deu uma especial importância aos CSP, com uma maior aproximação do utente, por este ser o primeiro contato destes com cuidados de saúde. Como tal, foi criado para a condução desta reforma a “Missão para os Cuidados de Saúde Primários” (MCSP) que implementou tendências inovadoras em termos de organização e remuneração, com base ao que já havida sido testado nos projetos experimentais anteriormente referidos (16). A MCSP, em 2006, estabelece então, como principais objetivos a obtenção de melhor prestações de saúde para os utentes, o aumento da acessibilidade e satisfação dos utentes e dos profissionais, através de melhorias nas condições e compensação de boas praticas de saúde (17).

Estes objetivos tiveram por base dois grandes marcos que até aos dias de hoje se encontram presentes: a implementação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e a reestruturação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) que substituem as Sub-Regiões de Saúde (18). O projeto USF incluía: unidades funcionais, com equipas multiprofissionais, compostas por médicos, enfermeiros e administrativos clínicos. Possuía autonomia organizacional, funcional e técnica, na prestação de saúde individual e familiar, integrando uma rede com outras unidades funcionais, que por sua vez está agrupada em ACeS (16).

1.3 A organização dos CSP na atualidade

O Ministério da Saúde é o órgão responsável por exercer, em relação ao SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção. O SNS, constituído por um conjunto de entidade e serviços públicos,

tem como missão assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde. As instituições e serviços públicos que fazem parte do SNS são: os ACeS, os estabelecimentos hospitalares e as ULS (19).

Os ACeS são serviços públicos de saúde, com autonomia gestonária, constituídos por um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde. São descentralizados da respetiva ARS, no entanto, estão sujeitos ao poder da direção da mesma. O seu objetivo é assegurar a prestação de cuidados, proporcionando atividades de promoção de saúde, prevenção da doença e ligação com outros serviços para garantir continuidade dos cuidados da população de determinada área geográfica. Para além disso, os ACeS estabelecem atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde e formação pré-graduada, pós-graduada e contínua (4).

Como referido anteriormente, os ACeS são constituídos por várias unidades funcionais, sendo elas: Unidades de Saúde Familiares (USF), uma unidade inovadora dos CSP, que promove a prestação de cuidados de saúde em equipas multidisciplinares, agrupadas voluntariamente, com autogestão organizativa, funcional e técnica, associada a um sistema retributivo misto de acordo com os indicadores de desempenho; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), equipas idênticas à das USF, no entanto, funcionando num regime organizativo já pré-existente, sem autosseleção dos membros e sem autonomia organizativa, dependendo hierarquicamente do diretor executivo; Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), equipas multidisciplinares que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social para grupos e ambientes específicos, especialmente a indivíduos e famílias de maior risco e dependência; Unidades de Saúde Pública (USP), coordenam os domínios da saúde pública da área demográfica correspondente, intervindo para assegurar o bem comum, sendo responsável também pela vigilância epidemiológica e por intervir na prevenção, promoção e proteção da saúde da população e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), unidade responsável por fornecer meios e recursos às unidades funcionais anteriores, através de, por exemplo, assistência social, saúde oral, fisioterapia, nutrição, psicologia e outros profissionais não ligados completamente a outras unidades funcionais (4) (16).

Através da plataforma digital do SNS, atualizada em fevereiro de 2023, é possível observar que de momento, em Portugal, a distribuição quantitativa das unidades funcionais (UF) é a seguinte: 337 USF-B, 310 UCSP, 270 USF-A, 269 UCC, 55 USP e 55 URAP. A ARS Norte é a que contem mais UF com 514, seguida da ARS Lisboa e Vale do Tejo com 366, ARS Centro com 254, ARS Alentejo com 103 e por último a ARS Algarve com 59 (20).

1.4 Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

Dentro das cinco unidades funcionais que compõem os ACeS, as USF e as UCSP são as mais dirigidas para os cuidados personalizados médicos e de enfermagem, no entanto, estas apresentam algumas disparidades.

As USF, como referido anteriormente, são caracterizadas por equipas multidisciplinares (onde constam médicos de família, enfermeiros e administrativos clínicos), de inscrição voluntária dos profissionais, com autonomia funcional, organizacional e técnica, com objetivo de alcançar as metas de qualidade e resultados em saúde contratualizados. Os profissionais têm direito a um sistema de incentivos, mediante objetivos e indicadores (acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos usuários e eficiência) de forma a promover a *performance* coletiva dos profissionais e o reinvestimento na própria USF. Nesta unidade, os profissionais transportam consigo a lista de utentes já existente, garantindo o atendimento aos utentes inscritos, através de consultas de intersubstituição (15). Nas USF, o acesso a estas unidades é exclusivo a utentes inscritos com médico de família (21).

As USF estão descritas em três modelos diferentes de organização, diferenciados no grau da autonomia, no modelo retributivo e de incentivos e no modelo de financiamento e estatuto jurídico, estando divididos em: Unidade de Saúde Familiar – Modelo A (USF-A), Unidade de Saúde Familiar – Modelo B (USF-B) e Unidade de Saúde Familiar – Modelo C (USF-C). Apesar da USF-C estar documentada, esta é um método experimental que nunca saiu do papel (15). A USF-A é caracterizada por ser a fase inicial da USF, correspondente a uma fase de aprendizagem do trabalho em equipa característico das USF. Ao mesmo tempo, treinam a prática da contratualização, onde há acesso a incentivos financeiros institucionais para o desenvolvimento e inovação da USF, não havendo direito a incentivos para os profissionais de saúde. Todas as USF começam com este modelo podendo depois transitar para as USF-B. Estas últimas são caracterizadas por serem organizacionalmente mais desenvolvidas, onde o trabalho em equipa e as metas de contratualizadas são mais rigorosas. Ao atingir as metas acordadas, para além do salário base, os profissionais de saúde têm direito a suplementos, pelo aumento da lista de utentes, e compensações, pelo seu desempenho (21) (22).

Paralelamente às USF e também dirigida a cuidados médicos e de enfermagem, temos as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Esta unidade funcional é semelhante às USF, com o objetivo cumprir cuidados em saúde acessíveis, contínuos e globais. No entanto, apesar dos seus objetivos serem semelhantes, apresentam algumas diferenças. As UCSP são muito menos autónomas quer a nível funcional, como organizacional e técnica, com médicos de família a assistirem utentes da sua lista de utente e fora dela. A intersubstituição dos profissionais de saúde é inexistente e os mesmos não recebem incentivos pelo aumento da lista de utentes, nem pelos melhoramentos da própria prestação (4) (21).

2. Metodologia

No atual capítulo irá ser apresentada toda a metodologia empregue para a preparação desta dissertação. Foram seguidos critérios PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*) (23) (24), de forma a apresentar mais objetivamente a metodologia da revisão sistemática.

2.1 Critérios de elegibilidade e de exclusão

Para inclusão dos artigos foram usados como critérios artigos que descrevam a organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, assim como, práticas organizacionais que contribuam para tornar as unidades de cuidados de saúde primários mais eficientes e eficazes. Além disso, foram escolhidos artigos escritos em português, inglês ou espanhol e que tenham sido publicados entre 2005 e 2022.

São excluídos artigos que sejam focados em outros setores da saúde que não os Cuidados de Saúde Primários, que não representem a realidade portuguesa, que sejam escritos em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol e que tenham sido publicados em 2004 ou data anterior.

2.2 Pesquisa de Artigos

A presente revisão sistemática da literatura foi concretizada através da pesquisa nas seguintes bases de dados: *PubMed*, *EBSCO (Elton B. Stephens Company)*, *SCOPUS* e *Web of Science*, eleitas por serem as bases de dados com maior possibilidade de melhorar a investigação.

Foram efetuadas diferentes pesquisas, de forma a verificar quais eram os termos mais adequados a utilizar, criando assim, equações de pesquisa apropriadas a cada base de dados utilizada. Na *PubMed* foi utilizada a seguinte equação de pesquisa: (primary health care[Title/Abstract] OR Primary HealthCare[Title/Abstract] OR primary care[Title/Abstract]) AND (organization[Title/Abstract] OR administration[Title/Abstract]) AND (portugal[Title/Abstract] OR portuguese

[Title/Abstract]), na *EBSCO*: SU (primary health care or Primary HealthCare or primary care) AND SU (organization or administration) AND SU (portugal or portuguese), e nas restantes bases de dados: (primary health care or Primary HealthCare or primary care) AND (organization or administration) AND (portugal or portuguese). Também se recorreu, de igual forma em todas as bases de dados, às seguintes equações de pesquisa: "unidade* de saude familiar", e "Family health unit*" AND (Portugal OR Portuguese). A data da última pesquisa foi dia 17 de janeiro de 2023.

2.3 Seleção dos Artigos

Numa primeira fase de análise, foram extraídos os artigos resultantes das diferentes bases de dados, para cada equação. Após isso, adicionou-se os artigos das 3 equações e retirou-se os duplicados entre elas. De seguida, foram excluídos os artigos que, após análise do título e resumo, não iam de encontro aos critérios de inclusão. Seguidamente, foi realizada uma leitura completa dos estudos, de forma a investigar se os mesmos respeitavam os critérios de inclusão e exclusão.

2.4 Avaliação da Qualidade dos Estudos

A avaliação da qualidade dos estudos é fundamental para uma perceção adequada dos estudos não randomizados, como tal, nesta revisão sistemática, os estudos foram avaliada utilizando a "*Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale*" (25).

A avaliação dos estudos foi realizada através de três categorias: seleção (onde é avaliada a representatividade dos grupos, a seleção do grupo não exposto, a verificação da exposição e a demonstração que o *outcome* de interesse não estava presente no início do estudo), comparabilidade (onde se avalia o controlo do fator principal e outros que possam estar associados) e resultado (onde se verifica a ocorrência do resultado, se o tempo de seguimento tem duração suficiente para ocorrer o resultado que se pretende avaliar e se o seguimento dos grupos é o adequado) (25).

2.5 Recolha de dados

De forma a metodizar a colheita de dados, foi criada uma tabela com as principais características de cada estudo, incluindo o autor, o ano de publicação, a região do estudo, o tipo de desenho do estudo, tempo de seguimento, o tipo de intervenção abordada, o tamanho da amostra e ainda o principal *outcome* de cada estudo.

A tabela com as características dos estudos poderá ser consultada no Apêndice 1.

3. Resultados

No capítulo atual serão apresentados os resultados obtidos nesta revisão sistemática. Será descrita uma lógica explicação de como ocorreu a seleção dos artigos a incluir, as principais características dos estudos incluídos, a avaliação da qualidade de cada estudo e os resultados individuais de cada estudo.

3.1 Seleção dos artigos

Num primeiro momento, foram identificados 1185 resultados das diferentes equações de pesquisas, das diferentes bases de dados. Estes resultados foram inseridos no *software* de referências *Mendeley*, que identificou 82 duplicados. Após uma breve leitura dos títulos e resumos, dos restantes 1103 artigos, foram excluídos 1058, por não se enquadrarem nos critérios de inclusão, ou seja, artigos que eram focados em outros setores da saúde que não os Cuidados de Saúde Primários, que não representem a realidade portuguesa, que sejam escritos em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol e que tenham sido publicados em 2004 ou data anterior. Dos 45 estudos selecionados para verificação de elegibilidade, foram escolhidos 17 artigos para serem incluídos, sendo então excluídos 28 após leitura integral, devido, ao artigo completo não se apresentar disponível (2 estudos), não estudarem a organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal (23 estudos), serem focados no estudo do ensino de cuidados de saúde primários (1 estudo) e pelo estudo estar incompleto (2 estudos). Após a leitura integral dos estudos, foi realizada a avaliação da qualidade dos mesmos, para serem incluídos no trabalho.

Para uma melhor percepção da seleção dos artigos, resume-se na figura 1 o procedimento exposto anteriormente.

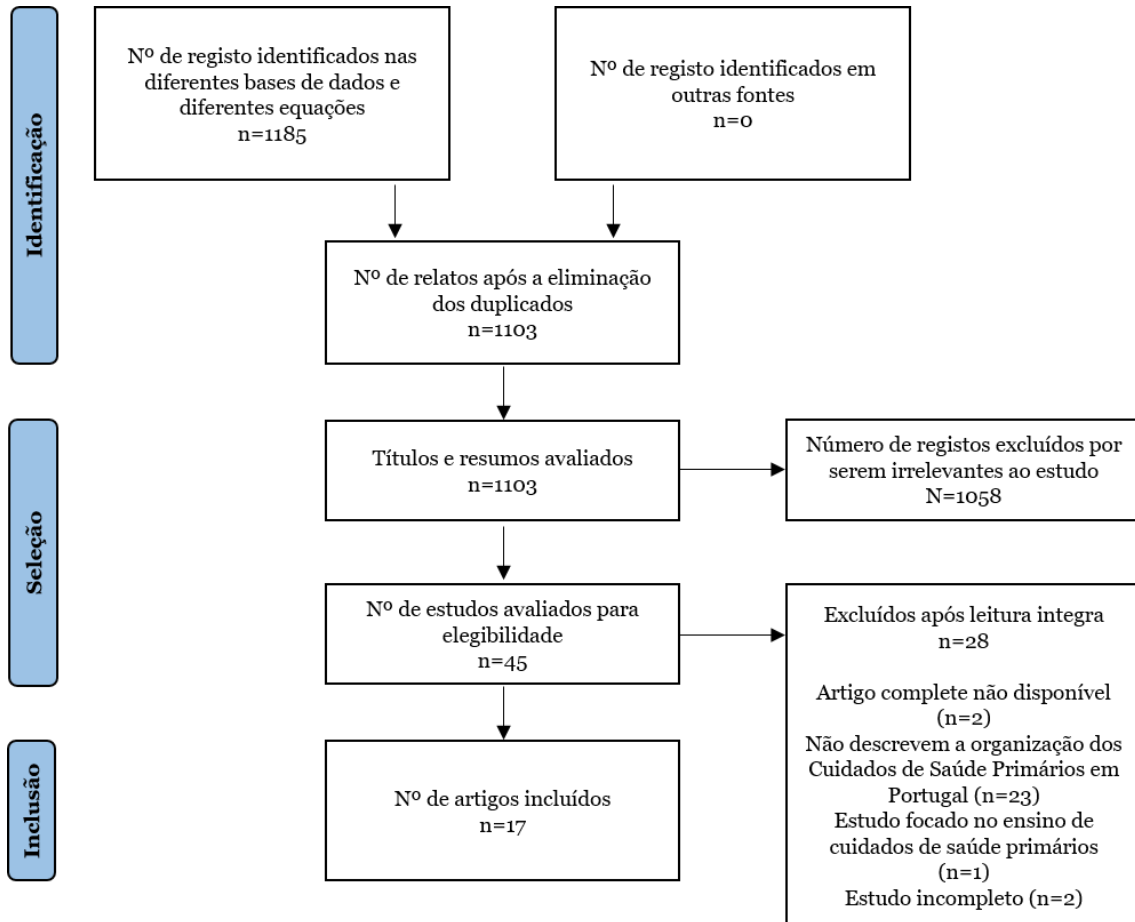


Figura 1 – Diagrama PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos

3.2 Características dos Estudos

As principais características dos estudos incluídos estão expostas no Apêndice 1.

Em relação ao desenho dos dezassete estudos, seis são estudos transversais (26,27,32,35,37,38), seis são estudos de caso (29-31,36,40,41) e cinco são estudos longitudinais (28,33,34,38,42).

Em relação às intervenções estudadas, sete estudos avaliaram exclusivamente as USF (26,27,30,34,37,39,40), sendo que deles um fez a distinção entre as USF-A e USF-B (26). Em relação às ACeS exclusivamente, foram analisados quatro estudos (28,29,32,33). Passando a uma avaliação conjunta das ACeS e das USF, estas foram avaliados por dois

estudos (31,36). Quando comparando as USF com as UCSP, quatro estudos (31,38,41,42) fizeram a sua distinção. Os CSP em geral, foi avaliado por um estudo (35).

Quanto às regiões estudadas, seis estudos analisaram simultaneamente as regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (30,31,35,36,40,42). Exclusivamente à região de Lisboa e Vale do Tejo, foram realizados cinco estudos (28,29,33,38,41), enquanto que referentes à região do Norte foram feitos três estudos (26,27,39). Referente à região Centro do país, foram realizados dois estudos (32,37), havendo ainda um outro estudo que não especificou a região caracterizada (27).

No que concerne ao tempo de seguimento, este foi variado entre os estudos. O estudo com maior tempo foi de treze anos (36), seguido de dois estudos com seis anos (28,29). Um estudo deteve a duração de cinco anos (31) e um com quatro anos (42). Nos restantes estudos, o tempo de seguimento variou entre dois anos (27,41), um ano (33,39), seis meses (34,40), cinco meses (30), quatro meses (26,35), um mês (37,38) e quinze dias (32).

Em relação à amostra dos estudos, esta variou entre utentes (26,35,38,40), profissionais de saúde (27,32,34,37,40), ACeS (28,29,31,33), USF (30,36,41,42), USCP (41,42), visitas ao serviço de urgência (31) e gestores de saúde (40).

Relativamente aos *outcomes*, estes estão divididos entre Satisfação dos Utentes, Satisfação dos Profissionais de Saúde, Avaliação da Implementação das USF e/ou ACeS e Indicadores de Contratualização. O *outcome* com maior número de estudos é a Avaliação da Implementação das USF e/ou ACeS com sete estudos (30,31,33,34,36,39,40), seguido dos Indicadores de Contratualização (28,29,41,42). Com três estudos seguem-se a Satisfação dos utentes (26,35,38) e a Satisfação dos Profissionais de Saúde (27,32,37).

3.3 Avaliação da Qualidade dos Estudos

A qualidade dos estudos não randomizados foi avaliada tendo em conta a “*Newcastle-Ottawa Quality Assessment Scale*”(25).

As tabelas 1.1 e 1.2 apresentam os resultados da avaliação da qualidade dos estudos não randomizados.

Tabela 1 – Avaliação da qualidade dos estudos não randomizados

		Roque et al. 2015 (26)	Pereira et al. 2017 (27)	Monteiro et al. 2017 (28)	Monteiro et al. 2017 (29)	Rocha et al. 2011 (30)	Lapão et al. 2012 (31)	Santana et al. 2011 (32)	Ferreira et al. 2013 (33)	Cruz et al. 2012 (34)
Seleção	Representatividade do grupo exposto	★		★			★			
	Seleção do grupo não exposto						★			
	Verificação da exposição	★	★	★	★	★	★	★	★	★
	Demonstração que o <i>outcome</i> de interesse não estava presente no início do estudo	★		★	★	★	★	★	★	★
Comparabilidade	Comparabilidade dos grupos com base no desenho ou análise	★★	★ ★	★ ★					★ ★	
Resultado	Verificação do Resultado	★	★	★	★	★		★	★	★
	Tempo de seguimento com duração suficiente para o resultado ocorrer			★	★	★	★	★	★	★
	Seguimento adequado dos grupos	★	★	★	★	★	★	★	★	★
Estrelas totais (★)		7/9	5/9	8/9	5/9	5/9	6/9	5/9	7/9	5/9

Tabela 2 – Avaliação da qualidade dos estudos não randomizados (continuação)

		Ferreira et al. 2020 (35)	Lapão et al. 2019 (36)	Passadouro et al. 2016 (37)	Ferreira et al. 2017 (38)	Almeida et al. 2020 (39)	De Souza et al. 2013 (40)	Fialho et al. 2011 (41)	Pereira et al. 2021 (42)
Seleção	Representatividade do grupo exposto	★	★	★	★	★		★	★
	Seleção do grupo não exposto	★	★			★		★	★
	Verificação da exposição	★	★	★	★	★	★	★	★
	Demonstração que o <i>outcome</i> de interesse não estava presente no início do estudo	★	★	★	★	★	★	★	★
Comparabilidade	Comparabilidade dos grupos com base no desenho ou análise	★		★★	★★	★		★	★
Resultado	Verificação do Resultado	★		★	★	★	★	★	★
	Tempo de seguimento com duração suficiente para o resultado ocorrer	★	★	★	★	★	★	★	★
	Seguimento adequado dos grupos	★	★	★	★	★	★	★	★
Estrelas totais (★)		8/9	6/9	8/9	8/9	8/9	5/9	8/9	8/9

3.4 Medidas de *Outcome*

A metodologia utilizada nos dezassete estudos incluídos foi diferente entre eles, pelo que, prontamente, será realizada uma exposição da metodologia de cada estudo.

Roque et al. 2015 (26) avaliou, durante quatro meses (entre outubro de 2013 e janeiro de 2014), a satisfação dos utentes que frequentavam 10 USF-A e 10 USF-B da região Norte de Portugal. A satisfação foi inquirida através do Questionário de Satisfação dos Utentes (QSU) que, através de 35 itens, avaliou a satisfação de 392 utentes em 5 domínios: serviços médicos, serviços de enfermagem, serviços de secretariado clínico, a USF e a acessibilidade. Os itens eram cotados numa escala tipo “*likert*” de 5 pontos (0=mau e 4=excelente). Avalia ainda se os utentes consideram que a USF responde às necessidades dos utentes, se recomendaria a USF e se tem motivos para mudar de USF.

Pereira et al. 2017 (27) analisou, no período de 2 anos, o compromisso organizacional e satisfação laboral de 102 profissionais das unidades de saúde familiar da região Norte do País. Para avaliação do compromisso organizacional, recorreu à versão portuguesa da escala de compromisso de *Meyer & Allen*, através de 19 itens, distribuídos entre 3 subescalas. Os itens foram avaliados numa escala tipo “*Likert*” de 7 pontos (variando entre o 1 – discordo totalmente e 7 – concordo totalmente). Na avaliação da satisfação dos profissionais de saúde, utilizou a versão portuguesa do *Job Satisfaction Survey (JSS)*, constituído por 36 itens, agrupados em nove subescalas. Os itens foram avaliados numa escala tipo “*Likert*” de 6 pontos (1 – discordo fortemente, até 6 – concordo fortemente).

Monteiro et al. 2017 (28) estudou, durante 6 anos, entre 2009 e 2015, o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários de 3 ACeS da ARS Lisboa e Vale do Tejo. As informações relativas aos indicadores de desempenho foram retiradas do Sistema de Informação das ARS (SIARS), através de *softwares* dos CSP, pretendendo refletir várias dimensões de contratualização: o acesso, o desempenho assistencial, a prevenção primária e a eficiência.

Monteiro et al. 2017 (29) observou, durante 6 anos, através de um estudo de caso e recorrendo à revisão bibliográfica e de arquivos, o processo de contratualização obtido no ACeS Oeste Norte, pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo. Recorreu à base de dados do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS). Os indicadores avaliados foram a acessibilidade, o desempenho assistencial, a eficiência, o âmbito local hipertensão e a saúde de adultos.

Rocha et al. 2011 (30) analisou, no espaço de 5 meses, através de um estudo de caso, a implementação e desenvolvimento das USF em Portugal, a partir de 2006. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa onde foram estudadas 11 USF das regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Os principais conceitos avaliativos foram: acessibilidade

organizacional, trabalho em equipa e a qualidade, através da satisfação de profissionais e usuários. Num primeiro momento da pesquisa, realizaram entrevistas semiestruturadas com gestores das ARS, coordenadores das USF e profissionais e utentes das equipas de Saúde Familiar, observou-se diretamente a USF e procedeu-se à análise documental. A seleção das USF foi feita pela secretaria da MCSP e coordenação das ARS com base no tempo de implantação das equipas e localização geográfica (litoral e interior). Para os profissionais utilizaram um médico, um enfermeiro, um administrativo, das 11 USF selecionadas, o que totalizou 33 entrevistas. Em relação aos usuários, utilizaram dois usuários por USF, o que totalizou 22 entrevistas.

Lapão et al. 2012 (31) realizou um *focus group* com membros dos Conselhos Clínicos de 73 ACES do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, para avaliar a implementação das novas políticas das USF. As discussões foram convocadas para coincidir com sessões de treinamento programadas nas quais os autores participaram, estruturada através de um exercício *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT). A discussão foi estruturada em torno de quatro dimensões da situação da força de trabalho de saúde: cobertura, produtividade, qualidade técnica e qualidade do serviço.

Santana et al. 2011 (32) estudou, durante 15 dias, a satisfação de 204 profissionais de saúde nos centros de saúde do ACeS Baixo Vouga II, pertencentes à ARS Centro. Através de um questionário aplicado a todos os profissionais que trabalham nos centros de saúde, foram analisados itens relacionados com liderança e supervisão, características das tarefas e autonomia, remuneração, desenvolvimento pessoal e profissional e promoção, colegas de trabalho e relações dentro da organização e ambiente de trabalho. Utilizou uma escala de *Likert* de 5 níveis, em que o 1 corresponde ao valor mais baixo e 5 ao valor mais alto.

Ferreira et al. 2013 (33) analisou, durante 1 ano, a atividade de 22 ACeS que pertencem a Lisboa e Vale do Tejo, observando parâmetros relacionados com a eficiência, equidade e qualidade. As informações retiradas foram obtidas através da ARS Lisboa e Vale do Tejo e do Project SimCidadão. De forma analisar a eficiência, utilizou “*Data envelopment analysis*” (DEA), estudando a combinação ideal entre os *inputs* e *outputs*, através de 4 modelos: Modelo I, que são os serviços médicos das ACeS; Modelo II, são os serviços de enfermagem da ACeS; Modelo III, referente a todos os serviços da ACeS e o Modelo IV, semelhante ao III, mas com a introdução do fator custos. A equidade dos serviços prestados foi estudada através de um teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, comparando a relação entre os NUTS III e a eficiência e entre os NUTS III e a percentagem de utentes sem médico

de família atribuído. Para além disso, a qualidade foi observada através do rácio entre as reclamações e a atividade dos ACeS

Cruz et al. 2012 (34) estudou, durante 6 meses, o tipo de cultura organizacional que prevalece entre diferentes instituições públicas, sendo que um modos modelos de gestão estudado foi o modelo USF. O estudo utilizou um questionário baseado no instrumento *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI), com critério de resposta tipo *Likert*, onde a resposta variava entre 1 (discordo em absoluto) e 5 (concordo em absoluto). A amostra das pessoas que responderam ao questionário é de 37 profissionais de saúde das USF. Os tipos de cultura presentes foram: cultura de clã, cultura de adocracia, cultura de mercado e cultura hierárquica.

Ferreira et al. 2020 (35) observou, durante 4 meses, a satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários das regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. O estudo envolveu 52 463 respostas válidas de 858 unidades diferentes, utilizando questionários que foram distribuídos pelos diferentes centros de saúde. Os bancos de dados utilizados foram: Instituto Nacional de Estatística, Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Correios de Portugal. Foram testadas dimensões de importância para a satisfação dos utentes, tais como, cuidados médicos, cuidados de enfermagem, desempenho administrativo, a organização e o acesso. Os determinantes foram estimados através de uma regressão *Tobit*, com resultados entre 0 a 100.

Lapão et al. 2019 (36) realizou um estudo de caso sobre a avaliação da implementação e desenvolvimento dos cuidados de saúde primários do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve no decorrer de 13 anos, que abrangeu 532 USF. O estudo baseou-se em material publicado, nacional e internacionalmente sobre CSP em Portugal, de forma a compreender a evolução da reforma. Além do mais, o estudo desenvolveu as três fases da reforma, entre 2005 e 2018, de acordo com as características das políticas e do ambiente económico, utilizando o modelo de fluxos múltiplos de *Kingdon*, de forma a expor o desenvolvimento concreto e contextual das políticas.

Passadouro et al. 2016 (37) estudou, através de um questionário, a satisfação dos profissionais de saúde nas USF da Região Centro. Utilizou o questionário IASP, constituído por 27 perguntas, divididas por 7 grupos, incidindo sobre fatores organizacionais, qualidade do local de trabalho, qualidade na prestação de cuidados, melhoria contínua da qualidade, satisfação global, fatores socio-biográficos e propostas para melhorar os serviços prestados pela USF. A população do estudo foi de 514 profissionais.

Ferreira et al. 2017 (38) observou através de um questionário o grau de satisfação de 16 965 utentes dos CSP de Lisboa e Vale do Tejo. O questionário utilizado foi o *Europep*, que mediu a satisfação dos utentes em quatro dimensões dos CSP: cuidados médicos, cuidados não médicos, a organização dos cuidados e qualidade das instalações. Cada pergunta do questionário era respondida tendo em conta a escala de *Likert* de 5 pontos, onde 1 é má e 5 é excelente. Foram realizadas análises comparativas entre os mesmos modelos organizacionais e entre diferentes, nomeadamente USF e UCSP.

Almeida et al. 2020 (39) analisou o impacto da implementação das USF na superlotação dos serviços de urgência (SU) de dois hospitais da região Norte, no decorrer de 1 ano, relacionando a adequação dessas visitas ao modelo organizativo utilizado pelo utente. Os utentes da amostra tinham quatro tipos diferentes de modelo: USF-A, USF-B, USCP com e sem médico de família atribuído. Como tal, foi estudado uma amostra de 117 391 visitas aos SU de dois hospitais não urbanos. Ambos os hospitais utilizam o sistema de triagem de *Manchester*, em que são atribuídas cores de acordo com o grau de urgência, sendo então “vermelho” (emergente), “laranja” (muito urgente), “amarelo” (urgente), “verde” (pouco urgente) ou “azul” (não urgente). Visitas apropriadas são aquelas que foram triadas com amarelo, laranja ou vermelho, enquanto que visitas não apropriadas são triadas com verde ou azul. Os dados dos serviços de urgência foram retirados dos sistemas informáticos do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, enquanto que os dados referente às USF, foi retirada da ACSS.

De Souza et al. 2013 (40) analisou, através de um estudo de caso, durante 6 meses, o trabalho em equipe nos cuidados de saúde primários, mais propriamente nas USF, nas regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Realizaram entrevistas semiestruturadas com 16 gestores dos conselhos diretivos das ARS e coordenadores das USF, 33 profissionais e 22 usuários das equipas de saúde familiar, de 11 USF, com um total de 71 participantes. Além disso, observaram diretamente as USF e procederam a análise de documentos.

Fialho et al. 2011 (41) simulou, utilizando o *software Simul8*, modelos estocásticos de simulação de eventos discretos (DES), de forma a comparar a prestação de serviços de saúde entre as USF e as UCSP da área da Grande Lisboa. Estes modelos foram posteriormente aplicados a um estudo de caso que incluiu uma amostra de 19 unidades (13 UCSP e 6 USF). As UCSP e as USF foram comparadas através da avaliação dos indicadores de desempenho e, posteriormente, as UCSP virtualmente modeladas em USF. Nesse

momento voltaram a analisar os indicadores de desempenho com o objetivo de entender melhor as implicações dessa mudança na estrutura.

Pereira et al. 2021 (42) estudou, entre 2013 e 2016, os indicadores de desempenho de 726 diferentes unidades de CSP (UCSP, USF-A e USF-B) pertencentes a Portugal Continental, de forma a clarificar os efeitos do comissionamento na prestação de cuidados em saúde. Os indicadores foram categorizados por unidade e por terem sido comissionados ou não. O valor de cada indicador foi calculado de acordo com o modelo organizativo e o estado de comissionamento, comparando posteriormente entre os 3 modelos organizativos: UCSP, USF-A e USF-B.

3.5 Análise dos Resultados

De forma a clarificar a avaliação dos resultados, os *outcomes* dos estudos foram divididos em quatro categorias: Satisfação do Utente, Satisfação dos Profissionais de Saúde, Desempenho de indicadores de Contratualização e a Avaliação da Implementação das USF e/ou ACeS.

O resultado obtido de cada estudo encontra-se resumido no Apêndice 2.

3.5.1 Satisfação de Utentes

No estudo de Roque et al. 2015 (26) verificou-se que, de forma geral, os 392 utentes inquiridos das USF da região Norte encontram-se satisfeitos com os cuidados apresentados (média de 3,02), sendo os serviços de enfermagem o aspeto mais satisfatório (média de 3,28). Constatou-se também que entre os modelos das USF, as USF-B apresentam-se com maiores níveis de satisfação dos utentes ($Z = -1.97$, $p = .04$).

Ferreira et al. 2020 (35) observou a satisfação de 52 463 utentes dos cuidados de saúde primários do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Em média, o índice de satisfação dos utentes foi positivo, no entanto, ligeiramente diferente entre zonas rurais (61,2) e zonas urbanas (61,9). Em relação aos determinantes de importância, o mais relevante foram os cuidados médicos, enquanto que o menos relevantes foram relativos ao acesso.

Ferreira et al. 2017 (38) estudou o grau de satisfação de 16 965 utentes dos CSP de Lisboa e Vale do Tejo. O índice de satisfação das USF e UCSP obteve um valor positivo, de 77,1%. Em relação às dimensões estudadas, os cuidados médicos e não médicos, foram os que alcançaram os maiores níveis de satisfação, com 80,8% e 78,8% nomeadamente. Relativamente à organização dos cuidados, esta foi a que obteve um grau de satisfação mais baixa, com 69,6%. Quanto à qualidade das instalações, alcançou 74,8% de satisfação média. Quando compararam os diferentes tipos de unidade funcional, verificaram que a satisfação é sensível ao modelo de organização. As USF-B são que têm maior percentagem de satisfação, seguida das USF-A e com pior índice, as UCSP.

3.5.2 Satisfação dos Profissionais de Saúde

Pereira et al. 2017 (27) indicou que, em média, os 102 profissionais de saúde das USF da região Norte encontram-se ligeiramente satisfeitos (3,83), sendo que os maiores níveis de satisfação são registados na “natureza do trabalho” (5,42) e menor níveis na “promoção” (2,58). Os médicos, em comparação com os demais profissionais inquiridos, são os que apresentam maior satisfação laboral, com apenas duas exceções, nas “recompensas” e na “comunicação”, que são maiores nos secretários clínicos e nos enfermeiros, nomeadamente. Em relação à satisfação com a “promoção”, as maiores diferenças são maiores entre médicos e enfermeiros ($U = 378,50$, $p < 0,017$), sendo que os médicos apresentam maiores níveis. Demonstrou também que os profissionais de saúde estão ligeiramente comprometidos com as USF onde trabalham (5,47), onde a “componente afetiva” teve o valor médio mais alto (6,14) e a “componente calculativa” ficou com o valor médio mais baixo (4,87). O grupo dos médicos é o que apresenta valores mais altos de compromisso organizacional, com exceção do compromisso calculativo. Em relação ao “compromisso calculativo”, as maiores diferenças estão entre os médicos e os secretários clínicos ($U = 361,00$, $p < 0,017$), sendo que os secretários têm níveis maiores.

Santana et al. 2011 (32) assinala que, em média, os 204 profissionais de saúde da ACeS Baixo Vouga II encontram-se satisfeitos com o seu trabalho (media de 3,43), sendo que os mais satisfeitos são os técnicos superiores (3,68) e os menos satisfeitos os assistentes técnico (3,20). Quanto aos fatores que aumentam a satisfação no trabalho, é de destacar a liderança e supervisão (3,70) e as características das tarefas e autonomia (3,60). Quanto aos fatores que diminuem a satisfação dos profissionais, é de sublinhar a remuneração (2,02) e o desenvolvimento e promoção (2,73).

Passadouro et al. 2016 (37) avaliou a satisfação dos profissionais de saúde nas USF da Região Centro. Dos 514 profissionais questionados, a maioria pertencia a USF-A (64,8%). Numa escala de 0 a 100, o nível de satisfação com as USF foi considerado bom, com $71,5 \pm 12,1$. No entanto, quando questionados os recursos tecnológicos e financeiros, o nível de satisfação dos profissionais de saúde foi negativo ($47,1 \pm 19,7$). Neste parâmetro está incluído a satisfação com o vencimento (39,0%), onde é mais elevado em USF-B (58,4%), comparativamente ao modelo A (28,2%). Neste parâmetro, os profissionais de saúde mais descontentes são os enfermeiros. De forma geral, o Modelo B apresenta maior nível de satisfação entre os profissionais de saúde. Em relação à satisfação global constataram que toda ela é muito positiva, sendo a formação profissional e académica a mais elevada (96,4%) e a mais baixa a questão se escolheriam de novo a mesma USF para trabalhar (76,4%).

3.5.3 Desempenho de Indicadores de Contratualização

Monteiro et al. 2017 (28) verificou que, de 2009 a 2015, todos os indicadores contratualizados pelo ARS Lisboa e Vale do Tejo melhoraram nas 3 ACeS estudadas. Referentemente aos acessos, houve um acréscimo na taxa de utilização global de consultas médicas. Quanto ao desempenho assistencial, ocorreu uma ampliação na taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar, assim como, percentagem de primeiras consultas na vida. A nível de prevenção primária, ocorreu um aumento da percentagem de rastreios de doenças oncológicas para população alvo, nomeadamente, cancro do colorretal, cancro da mama e cancro do colo do útero. Por fim, observou-se uma evolução na eficiência das ACeS, com melhores percentagens de consumo de medicamentos genéricos e com a decrescimento no custo médio de medicamentos e meios complementares de diagnóstico faturados por utilizador.

Monteiro et al. 2017 (29) analisou os indicadores de contratualização da ACeS Oeste Norte, pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo e verificou-se que, a nível do acesso, manteve-se constante na taxa de utilização de consultas médicas, havendo um ligeiro aumento na taxa de domicílios. Em relação ao desempenho assistencial, houve uma melhoria em todos os indicadores avaliados, desde o início do estudo, sendo importante destacar a incidência de amputações major do membro inferior, em residentes, que era de 0,9% em 2012 e registou 0,3% em 2015. Relativamente à eficiência, observou-se uma diminuição na despesa de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico

faturados por utilizador. Por fim, em relação à saúde de adultos, relatou-se um aumento na proporção hipocoagulados controlados na unidade.

Fialho et al. 2011 (41) ao comparar a avaliação dos indicadores de desempenho, entre as USF e as UCSP, reparou que as USF apresentam cuidados mais eficientes e acessíveis. Os dias de espera médios por uma consulta eram 54% menor numa USF do que numa UCSP. Ocorreu também um aumento de 6% no número de consultas nas USF, com menor tempo gasto na sala de espera (-48%). O número anual de consultas de emergência/agudas por médico e de consultas de enfermagem foram praticamente idênticas, no entanto, com menor tempo de espera nas USF (-21% e -50%, respetivamente). Quando as UCSP foram convertidas em USF, ocorreu uma diminuição de 45% nos dias de espera por uma consulta, uma redução de 36% tempo gasto na sala de espera para consultas médicas, assim como, um aumento de 7% no número de consultas médicas e 9% em consultas de enfermagem. Tudo isto, desencadeou uma diminuição nos custos dos meios de diagnósticos e medicamentos (-16%), no entanto, aumento de custos com os profissionais (25%) e dos custos totais (5%).

Pereira et al. 2021 (42) estudou os indicadores de desempenho de 726 unidades de CSP pertencentes a Portugal Continental, entre 2013 e 2016, categorizando por unidade e por terem sido ou não comissionados. Quando foram avaliadas unidades sem comissionamento, houve uma melhoria média de 10 indicadores em 13, sendo que a melhoria foi maior nas USF-A (Com 11 de 13), seguido das USF-B (10 de 13) e por fim as UCSP (8 em 13). Quando avaliadas unidades com comissionamento, ocorreu uma melhoria média de 12 indicadores em 13, sendo que a USF-B em que houve mais melhorias (13 de 13), seguida das UCSP (12 de 13) e por fim as USF-A (11 de 13). Podemos ver que os indicadores de desempenho aumentaram em todas as unidades, sendo as USF-B que obteve o maior valor absoluto do indicador, seguida das USF-A e por último, a UCSP.

3.5.4 Avaliação da Implementação e Evolução das USF e ACeS

Rocha et al. 2011 (30) avaliou a implementação e desenvolvimento das USF nas regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Descreveu os resultados com uma descrição dicotómica, onde avaliou paralelamente os avanços e os desafios. Quanto aos principais avanços é desde logo destacado pelos usuários e profissionais de saúde, a acessibilidade organizacional como umas principais mudanças, muito graças aos horários alargados e ao mecanismo de consultas de intersubstituição. O trabalho em equipa

também foi destacado pela possibilidade de autonomia na formação de equipa e para decisões técnico-operacionais, reuniões periódicas para discussões e possuírem plano de trabalho. Melhorias na qualidade (técnico-científica) de prestação de cuidados de saúde com “maior cumprimento dos padrões/normas técnicas” e utilização dos protocolos técnico-assistenciais nos diversos programas de saúde. Quanto às inovações nas práticas de gestão, possibilitaram maior facilidade na utilização de mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação do desempenho, através de indicadores, das USF. Quanto aos desafios, é de destacar as indefinições político-institucionais, a insuficiência nos sistemas informatizados, as dificuldades de integração com outras unidades dos CSP e relacionada ao processo de trabalho, em ainda é visível antigas praticas e hábitos que não se adequam às práticas das USF.

Lapão et al. 2012 (31) analisou a implementação das medidas das USF nas regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, através do método SWOT. Em relação aos pontos fortes, foi unanime de que aproximaram a gestão da realidade, tornando-se mais eficazes. A conceção da USF é razão de agrado porque indica que o ACeS conseguiu descentralizar os serviços e aproximar os serviços de CSP do cidadão. Outra força mencionada é a grande mudança cultural no nível dos serviços e a possibilidade de formação de futuros médicos de família. Quanto às fraquezas há dois itens unanimes, a escassez de profissionais de saúde e a alta percentagem de pessoas sem médico de família. Outros itens referidos foram uma norma que limita a sua autonomia no recrutamento, a falta de sistemas de informação e de dados para a gestão e profissionais com maus hábitos.

Ferreira et al. 2013 (33) estudou a evolução da eficiência, equidade e qualidade das 22 ACeS de Lisboa e Vale do Tejo, entre os anos de 2009 e 2010. Quanto à eficiência, é observado uma evolução geral da mesma, relacionando o mesmo com a criação de dez novas USF. O modelo que é menos eficiente é o Modelo II (Enfermagem). Em relação à equidade, a análise dos dados não observou disparidades entre os NUTS III. Apesar de ligeiras discrepâncias geográficas, todos os municípios possuem unidades de saúde. Por fim, em relação à qualidade dos serviços de saúde, é possível observar uma redução do número de reclamações, com o aumento da eficiência, o que demonstra que os ACeS, em média, estão a aumentar a sua qualidade.

Cruz et al. 2012 (34) estudou a perceção cultural das USF, sendo que, os 37 profissionais questionados destacam a cultura de clã (média=4,37), ou seja, locais muito familiares para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias. Para além disso, os resultados refletem uma orientação para a cultura de adocracia (média=4,32), uma

ideologia que parece trazer impactos a vários níveis, nomeadamente nos custos, na qualidade, na satisfação e no acesso.

Lapão et al. 2019 (36) avaliou a implementação e desenvolvimento dos cuidados de saúde primários das regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, de acordo com as três fases. Na fase 1, entre 2005-2010, ocorreram ganhos na acessibilidade através de instalações e equipamentos mais adequados, qualidade assistencial, satisfação dos prestadores e dos usuários. Os ganhos na eficiência foram grande parte devido à implementação das USF, ao processo de contratação dos serviços e as metas relacionadas com indicadores. Durante a fase 2, entre 2010-2015, ocorreu um problema com a implementação dos ACeS, muito devido à falta de recursos humano capacitados na área da gestão, assim como a ausência de maior autonomia financeira. Aliado a isso, ocorreu ainda uma discrepância entre o desempenho das UCSP e as USF a nível dos principais indicadores de qualidade, no entanto, os cuidados prestados são de alta qualidade e baixo custo. Por fim, na fase 3, entre 2015-2020, o Ministério da Saúde teve como objetivo garantir um Médico de Família a todos os cidadãos do SNS, objetivo difícil de ser alcançado devido à demanda de novos modelos de organização de forma a dar resposta às necessidades. Ocorreu um ajuste nas metas para que os que tenham melhor desempenho não sejam prejudicados por terem melhores indicadores.

Almeida et al. (39) relacionou as 117 391 visitas aos serviços de urgências de dois hospitais não urbanos da zona norte com os modelos organizativos de CSP utilizados pelos utentes. Os resultados demonstraram que o modelo organizativo dos CSP tem uma considerável influência no uso apropriado dos SU. A probabilidade de um utente inscrito numa USF realizar uma visita apropriada ao SU é significativamente maior do que em utentes inscritos em UCSP. A percentagem de idas não urgentes ao SU é 2% menor em utentes inscritos em USF-B e 0,8% menor em utentes inscritos em USF-A, quando comparados com utentes inscritos em UCSP. Para além disso, o facto de ter médico de família atribuído também aumenta 1% uso apropriado dos SU.

De Souza et al. 2013 (40) estudo o trabalho em equipe após a implementação das USF nas regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Nas 71 entrevistas, constatou-se que há uma visão positiva no trabalho em equipe, com a presença de integração e cooperação entre os membros da equipe, com maior socialização das informações, um plano de trabalho comum, existência de reuniões para decisões coletivas e planeamento participativo. Essas características também foram reparadas na observação direta. Identificaram que o trabalho em equipe exponenciava outros aspetos das atividades

nas USF, nomeadamente, a motivação, a maior responsabilidade nos cuidados e a melhoria na satisfação dos mesmos. Para mais, os entrevistados relatam que a implementação das USF trouxe uma maior acessibilidade aos utentes, com maior qualidade dos cuidados e trabalho em equipe com objetivos e metas.

4. Discussão

Através da análise dos resultados obtidos dos estudos é possível constatar factos em relação à organização dos cuidados primários em Portugal. Ademais, somos capazes de comparar internamente a sua organização, quais medidas foram tomadas para que os cuidados fossem mais eficazes, eficientes, satisfatórios e com maior qualidade no momento da sua prestação.

A Implementação das USF e das ACeS permitiram então, não só um aumento na acessibilidade organizacional, mas também um maior trabalho em equipe, melhorias na qualidade da prestação de saúde e inovações nas práticas de gestão (30,40).

Um das melhorias destacadas por utentes e pelos profissionais de saúde, são as melhorias na acessibilidade aos CSP transversal a todas as regiões de Portugal Continental (28,29,30,34,36,41). Apesar de ainda haverem alguns descontentamentos com os acessos (35), os horários alargados e o mecanismo de consultas de intersubstituição (30), inexistentes nos UCSP e presentes USF, criaram um aumento na acessibilidade organizacional destas unidades funcionais. Estas melhorias vão de encontro ao que o Ministério da Saúde (17), em 2006, afirmou como um dos focos principais da criação destas organizações, a acessibilidade dos utentes, assumindo acordos de intersubstituição entre os profissionais para o atendimento dos utentes.

Biscaia et al. (15) referiu o trabalho em equipe como uma das bases da mudança na fundação das USF de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Este trabalho em equipe foi então aperfeiçoado, permitindo às equipas multidisciplinares uma maior autonomia técnica e organizacional (30). Todas estas melhorias foram conseguidas com a presença de integração e cooperação entre os membros da equipe, com maior empatia nas informações, ocorrência de reuniões para decisões conjuntas e planeamento participativo (40). Isto permite um local laboral muito familiar para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias (34). Todos estes fatores permitiram avanços enormes em outros aspetos das atividades nas USF, nomeadamente, a motivação, a maior responsabilidade nos cuidados e a melhoria na satisfação dos mesmos (40), tudo características da base da implementação das USF (15).

Mais um ponto forte das USF e dos ACeS foram as inovações na prática de gestão, que a aproximaram da realidade, tornando-se mais eficazes (35). Uma das inovações nas

práticas de gestão, foram os indicadores de desempenho, que permitiram instituir mecanismos de monitoramento e avaliação do desempenho (30). Estes indicadores podem ajudar a perceber também acerca do acesso, do desempenho assistencial, da prevenção primária, eficiência, entre outros (28,29). Estas inovações verificam o que Biscaia et al. (15) afirma como uma das principais características na instituição deste modelo inovador, que permite a avaliação da acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos usuários e eficiência.

Todas estas melhorias abordadas anteriormente, levam que ocorra um aumento enorme da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, que podem ser observadas através dos indicadores de desempenho (28,29,41,42) e da satisfação dos utentes (26,35,38) e dos profissionais de saúde (27,32,37).

Relativamente aos indicadores de desempenho é importante salientar que, mesmo sendo isto uma medida que deriva da implementação das USF e dos ACeS (4,15,16,17), elas também podem ser comparadas com as UCSP, pelo que podemos aferir que é sensível ao modelo organizativo que o utente frequenta (41,42). Quando analisamos os indicadores, comparativamente às UCSP, observamos que as USF tiveram a capacidade de melhorar a taxa de utilização global de consultas médicas, melhorar a taxa de utilização de consultas médicas de planeamento familiar e aumentar percentagem de rastreios de doenças oncológicas para população alvo (28,29). Para além de maior número de consultas, observou-se uma diminuição do tempo de espera dos utentes por uma consulta, assim como, uma diminuição do tempo na sala de espera, quer para consultas médicas, quer não médicas (41). Ainda mais, as USF conseguiram melhores percentagens de consumo de medicamentos genéricos e com redução no custo médio de medicamentos e meios complementares de diagnóstico (28,29,41). Resumidamente, Pereira et al. 2021 (42) diz-nos que apesar de nas UCSP ocorrerem melhorias na avaliação dos indicadores, comparativamente as USF e particularmente as USF-B, têm um maior valor absoluto do indicador, valor ainda maior quando são comissionados. Estas avaliações dos indicadores de desempenho remetem, na grande parte, à realidade de Lisboa e Vale do Tejo (28,29,41), com amostras mais pequenas. No entanto, Pereira et al. 2021 (42) realizou um estudo mais abrangente, onde estudou a região do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve com uma amostra mais significativa que nos permite tirar conclusões mais abrangentes sobre as melhorias dos indicadores de desempenho. Estas avaliações positivas dos indicadores permitem entender que a sua implementação na reforma dos CSP (4,15,16,17) está a gerar os resultados desejados, reforçando a boa *performance* dos profissionais e das competências dos ACeS.

Apesar de não ser um indicador direto da qualidade das USF, Almeida et al. (39) constatou que o modelo organizativo dos CSP tem uma considerável influência no uso apropriado dos serviços de urgência. Utentes das USF têm uma maior probabilidade fazer um uso apropriado dos serviços de urgência significativamente maior do que em utentes inscritos em UCSP, especialmente aqueles que são utentes do Modelo B.

Paralelamente aos indicadores de desempenho podemos observar que os utentes que frequentam estas unidades funcionais se apresentam satisfeitos, de forma geral, com os cuidados que são lhes fornecidos (26,35,38), especialmente com os cuidados médicos e de enfermagem (26,38). Quando comparados com outro método organizativo, as UCSP, verificamos que os índices de satisfação são superiores nas USF, sendo ainda maiores quando falamos de USF-B (26,38). Estas avaliações são amplas, porque conseguem representar a realidade dos cuidados do Norte do país (26), de Lisboa e Vale do Tejo (38) e simultaneamente das regiões do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (35), com uma amostra maior de utentes. Observar que os utentes dos CSP se encontram satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados é coerente com uma das principais metas da criação deste modelo, que é a satisfação dos utentes (15,17). O cumprir deste objetivo delineado pela MCSP, em 2006 (17), é entusiasmante porque, após mais de uma década, os estudos em questão (26,35,38) demonstram que o objetivo está a ser atingido.

Assim como os utentes, os profissionais de saúde também se encontram satisfeitos com o modelo organizativo das USF (27,32,37). Os profissionais mais satisfeitos com o trabalho são os técnicos superiores (32), e os fatores que mais contribuem para a satisfação são a natureza do trabalho (27,32), a liderança, supervisão e autonomia (32). Pelo qual, os profissionais de saúde têm uma satisfação sensível ao tipo de organização que trabalham, sendo que, as USF-B apresenta maior nível de satisfação comparativamente às USF-A (37). Para mais, de forma geral, os profissionais estão ligeiramente comprometidos com as USF onde trabalham (27). No entanto, estes estudos analisaram uma satisfação mais geograficamente concentrada dos profissionais, focando-se nas regiões do Norte (27) e Centro (32,37) e com amostras pequenas, criando a necessidade de estudos mais abrangentes em relação ao território nacional. Ainda assim, é importante realçar que a satisfação dos profissionais era um dos grandes objetivos da implementação destes novos modelos organizativos (15,17) e reparar que existe satisfação nas USF, observamos que há uma progressão na direção correta.

Apesar de todas estas características animadoras das USF e dos cuidados que estas prestam, existem a fatores passíveis de mudança e que ainda se apresentam como fraquezas deste sistema organizativo. Ainda existem algumas insatisfações por parte dos profissionais de saúde em aspetos como a promoção, o vencimento, as recompensas e a comunicação, sendo os enfermeiros os mais descontentes com estes fatores (27,32,37). A nível organizacional, ainda é possível observar, algumas indefinições político-institucionais, insuficiências nos sistemas informatizados e dificuldades de integração com outras unidades dos CSP (30). Adicionalmente, constatou-se uma a escassez de profissionais de saúde, uma alta percentagem de pessoas sem médico de família, assim como, “velhos hábitos” e praticas mais antigas que não se adequam ao modo de trabalho de uma USF (30,31). Aliado a isto, ocorrem ainda discrepâncias no desempenho das UCSP e das USF a nível dos principais indicadores de qualidade, da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde (36-38,41,42), que ainda comprometem ligeiramente a prestação CSP em Portugal. Este pior desempenho das UCSP está de acordo com o que Teixeira (21) refere, que nas UCSP parece haver ausência de senso de responsabilidade ou motivação para alcançar metas, já que não há nenhuma consequência aparente.

Não obstante das fraquezas, os CSP em Portugal encontram-se num bom caminho. Estão cada vez mais a entregar melhores cuidados de saúde, com uma eficiência, equidade, acesso, satisfação e qualidade maiores na hora da sua prestação (15,16,17,30,33,34,40).

5. Conclusão

Os Cuidados de Saúde Primários são considerados o primeiro contato dos utentes com o Serviço Nacional de Saúde. Como tal, é necessário estarem sempre na vanguarda, com constantes mudanças organizativas, todas elas focadas em evoluir para uma prestação de cuidados em saúde cada vez mais eficaz, eficiente, equitativa e satisfatória.

Dos diferentes estudos analisados observou-se que criação das Unidades de Saúde Familiar e dos Agrupamentos de Centros de Saúde, provenientes da reforma dos CSP em 2005, foi dos maiores passos para conseguir prestar melhores cuidados de saúde. As USF, em especial as USF-B, conseguiram prestar à sua população um conjunto de cuidados com uma maior qualidade, continuidade, acessibilidade e satisfação em comparação aos cuidados prestados nas UCSP.

Este tipo de cuidados de qualidade foi exponenciado muito devido à implementação de um conjunto de medidas como a criação de um conjunto indicadores de desempenho que permitiram instituir mecanismos de monitoramento e avaliação do desempenho. Mas fundamentalmente, é importante haver profissionais de saúde preparados para trabalhar em equipa, que estão satisfeitos, motivados, realizados e a ser recompensados pelas boas condições de trabalho.

As principais limitações do presente trabalho fixam-se na escassez de estudos mais transversais a todo o território português e não só focado numa determinada área geografia e a falta de análises comparativas em equipas que transitaram de um modelo organizacional para outro. Portanto, mais do que sugerir a realização de mais estudos nesta área, recomenda-se também o estudo de novas medidas para conseguir tornar os CSP ainda mais eficazes e eficientes.

6. Bibliografia

1. Allen, Justin; Gay, Bernard; Crebolder, Harry; Heyrman, Jan; Svab, Igor; Ram P. a Definição Europeia De Medicina Geral E Familiar. *WONCA Eur.* 2002;511–6.
2. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? World Health Organization. Regional Office for Europe; 18 p. (Health Evidence Network report;9).
3. SNS. Coordenador Nacional para a Reforma do Primários, área dos Cuidados de Saúde - Relatório Final Dezembro 2015 - Outubro 2019. 2019;1–232. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/10/CNCSP-Relatório-Final-2019.pdf>
4. Assembleia da República. Decreto Lei nº 28/2008. *Diário da República.* 2008;1ª Série(N.º 38 de 22 de Fevereiro de 2008):1182–9.
5. World Health Organization [WHO]. Declaração de alma-ata. *Conf Int Cuid Primarios.* 1978;3.
6. Pisco L, Pinto LF. From Alma-Ata to Astana: the path of Primary Health Care in Portugal, 1978-2018 and the genesis of Family Medicine. *Cien Saude Colet [Internet].* 2020 Mar;25(4):1197–204. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=32267422&lang=pt-pt&site=ehost-live>
7. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro [Internet]. Vol. 228, *Diário da República 1ª série.* 1971. p. 1406–30. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>
8. Branco AG, Ramos V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Port Saúde Pública [Internet].* 2001;2:5–11. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cuidados+de+saude+primarios+em+Portugal#0>
9. Ministério dos Assuntos Sociais - Secretaria de Estado da Saúde. Despacho Normativo Nº 97/1983 - Aprovação do Regulamento de Centros de Saúde [Internet]. Vol. I Série, *Diário da República.* 1983. p. 1439–53. Available from: www.dre.pt
10. História do SNS - SNS [Internet]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
11. Conceição C, Fronteirinha I, Hipólito F, Lerberghe W Van, Ferrinho P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratorio Experimental. 2005;45–59.
12. Magalhães AR dos S. A importância dos ACeS na reforma dos cuidados de saúde primários : estudo de caso do ACeS de Gondomar. 2015; Available from: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/8766/1/MGO-GUS_Relatório de Estágio_Aníbal Magalhães_25120029.pdf
13. Hespagnol A, Malheiro A, Pinto A. O Projecto « Tubo de Ensaio »: breve história do Centro de Saúde S. João. *Rev Port Clínica Geral.* 2002;171–86.
14. Biscaia A. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clínica Geral.* 2006;67–79.

15. Biscaia AR, Heleno LCV. Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese, modern and innovative. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 Mar;22(3):701–12. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28300980&lang=pt-pt&site=ehost-live>
16. Pisco L. [Primary Healthcare Reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of Health Centers]. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2011 Jun;16(6):2841–52. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21709981&lang=pt-pt&site=ehost-live>
17. Ministério da Saúde. Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários. 2006;107. Available from: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1-quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvimentodoscsp_2012.09.30_2.pdf
18. Faria-Vaz A. Um acontecimento extraordinário. *Rev Port Clínica Geral*. 2009;25(2):153–4.
19. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º 126-A/2011 de 29 de Dezembro. *Diário da República*. 2011;(249):5491–8.
20. Serviço Nacional de Saúde - BI-CSP [Internet]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
21. Teixeira C de J. Diferentes modelos organizativos de cuidados de saúde primários apresentam diferenças no desempenho? Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde. Univ do Algarve [Internet]. 2016;49. Available from: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/10106>
22. Ministério da Saúde. Despacho n.º 24101. *Diário da República* [Internet]. 2007;2.ª série(N.º 203):30419. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/1417164>
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* [Internet]. 2021;372. Available from: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
24. Donato H, Donato M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port* [Internet]. 2019 Mar 29;32(3):227–35. Available from: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/11923>
25. Wells, G. A, Shea, B., O'Connell D et al. The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm 2009 Feb 1. 2009;2009.
26. Roque H, Veloso A, Silva I, Costa P. Occupational stress and user satisfaction with primary healthcare in Portugal [Estresse ocupacional e satisfação dos usuários com os cuidados de saúde primários em Portugal]. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2015;20(10):3087–97. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84944128300&doi=10.1590%2F1413-812320152010.00832015&partnerID=40&md5=7498dff87c6065c114eob99380d11937>
27. Pereira I, Veloso A, Silva IS, Costa P. Organizational commitment and job satisfaction: an exploratory study in family health units in Portugal. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 May 18;33(4):e00153914. Available from:

- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28538792&lang=pt-pt&site=ehost-live>
28. Monteiro BR, Candoso F, Reis M, Bastos S. Analysis of the performance of contractualization primary health care indicators in the period 2009-2015 in Lisbon and Tagus Valley [Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa]. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2017;22(3):807-18. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85015291659&doi=10.1590%2F1413-81232017223.33242016&partnerID=40&md5=a0c774ecfb6b33234a500e8c6fe47e5a>
 29. Monteiro BR, Pisco AMSA, Candoso F, Bastos S, Reis M. Primary healthcare in Portugal: 10 years of contractualization of health services in the region of Lisbon [Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa]. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2017;22(3):725-36. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85015303851&doi=10.1590%2F1413-81232017223.33462016&partnerID=40&md5=8foaf6ad2002a3e4b220d3cbd47b8de2>
 30. Rocha PM, de Sá AB. Family Health Reform in Portugal: Analysis of its implementation [Reforma da Saúde Familiar em Portugal: Avaliação da implantação]. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2011;16(6):2853-63. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79959992253&doi=10.1590%2FS1413-81232011000600023&partnerID=40&md5=6656dc7c6d83d87af7e676669036af8b>
 31. Lapão LV, Dussault G, Lapao LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2012 Oct;27(4):295-307. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22648961&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 32. Santana S, Cerdeira J. [Job satisfaction among the professionals of AceS Baixo Vouga II]. *Acta Med Port*. 2011 Dec;24 Suppl 2:589-600.
 33. Ferreira C, Marques RC, Nicola P. On evaluating health centers groups in Lisbon and Tagus Valley: efficiency, equity and quality. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 Dec 21;13:529. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24359014&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 34. Cruz S, Ferreira M. Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Rev Enferm Ref*. 2012;III Série(nº 6):103-12.
 35. Ferreira PL, Raposo V, Tavares AI. Primary health care patient satisfaction: Explanatory factors and geographic characteristics. *Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care* [Internet]. 2020 Apr 27;32(2):93-8. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=32047931&lang=pt-pt&site=ehost-live>

36. Lapão LV, Pisco L. [Primary health care reform in Portugal, 2005-2018: the future and challenges of coming of age]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2019 Aug 12;35Suppl 2(Suppl 2):e00042418. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31411303&lang=pt-pt&site=ehost-live>
37. Passadouro R, Ferreira PL. [Professional Satisfaction within Family Health Units of Central Region]. *Acta Med Port* [Internet]. 2016 Nov;29(11):716–25. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=28229837&lang=pt-pt&site=ehost-live>
38. Ferreira PL, Raposo VM, Pisco L. The voice of primary care patients in the Lisbon and Tagus Valley region of Portugal [A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal]. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2017;22(3):747–58. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85015314349&doi=10.1590%2F1413-81232017223.33252016&partnerID=40&md5=01ac7e82c61d75b4e8aa3515bb05db11>
39. Almeida A, Vales J. The impact of primary health care reform on hospital emergency department overcrowding: Evidence from the Portuguese reform. *Int J Health Plann Manage* [Internet]. 2020 Jan 3;35(1):368–77. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31680341&lang=pt-pt&site=ehost-live>
40. de Souza MB, de Medeiros Rocha P, de Sa A, da Costa Uchoa SA, Barros de Souza M, de Medeiros Rocha P, et al. Teamwork in primary care: the experience of Portugal. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 Mar;33(3):190–5. Available from: <http://dx.doi.org/S1020-49892013000300005>
41. Fialho AS, Oliveira MD, Sá AB. Using discrete event simulation to compare the performance of family health unit and primary health care centre organizational models in Portugal. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2011 Oct 15;11:274. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21999336&lang=pt-pt&site=ehost-live>
42. da Luz Pereira A, Ramalho A, Viana J, Pinto Hespagnol A, Freitas A, Biscaia A. The effect of commissioning on Portuguese Primary Health Care units' performance: A four-year national analysis. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2021 Jun;125(6):709–16. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85102432496&doi=10.1016%2Fj.healthpol.2021.02.008&partnerID=40&md5=b4754bdfef80fac45f47afe79a083553>

Apêndices

Apêndice 1 - Tabela resumo das características dos estudos incluídos

Autor, Ano	Região	Desenho do Estudo	Intervenções	Tempo de Seguimento	Tamanho da amostra	Outcome
Roque et al. 2015 (26)	Norte	Transversal	USF-A USF-B	4 meses	392 utentes	Satisfação dos Utentes
Pereira et al. 2017 (27)	Norte	Transversal	USF	2 anos	102 profissionais	Satisfação dos Profissionais de Saúde
Monteiro et al. 2017 (28)	Lisboa e Vale do Tejo	Longitudinal	ACeS	6 anos	3 ACeS	Indicadores de Contratualização
Monteiro et al. 2017 (29)	Lisboa e Vale do Tejo	Estudo de Caso	ACeS	6 anos	1 ACeS	Indicadores de Contratualização
Rocha et al. 2011 (30)	Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	Estudo de Caso	USF	5 meses	11 USF	Avaliação da Implementação das USF
Lapão et al. 2012 (31)	Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	Estudo de Caso	ACeS USF	5 anos	73 ACeS	Avaliação da Implementação das USF
Santana et al. 2011 (32)	Centro	Transversal	ACeS	15 dias	204 profissionais	Satisfação dos Profissionais de Saúde
Ferreira et al. 2013 (33)	Lisboa e Vale do Tejo	Longitudinal	ACeS	1 ano	22 ACeS	Avaliação da Implementação das ACeS

Apêndice 1 - Tabela resumo das características dos estudos incluídos (continuação)

Autor, Ano	Região	Desenho do Estudo	Intervenções	Tempo de Seguimento	Tamanho da amostra	Outcome
Cruz et al. 2012 (34)	Não especificado	Longitudinal	USF	6 meses	37 profissionais	Avaliação da Implementação das USF
Ferreira et al. 2020 (35)	Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	Transversal	CSPs	4 meses	52 463 utentes	Satisfação dos Utentes
Lapão et al. 2019 (36)	Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	Estudo de Caso	ACeS USF	13 anos	532 USF	Avaliação da Implementação das ACeS e USF
Passadouro et al. 2016 (37)	Centro	Transversal	USF	1 mês	514 profissionais	Satisfação dos Profissionais de Saúde
Ferreira et al. 2017 (38)	Lisboa e Vale do Tejo	Transversal	USF USCP	1 mês	16 965 utentes	Satisfação dos Utentes
Almeida et al. 2020 (39)	Norte	Longitudinal	USF	1 ano	117 391 visitas	Avaliação da Implementação das USF
De Souza et al. 2013 (40)	Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	Estudo de caso	USF	6 meses	16 gestores, 33 profissionais e 22 utentes	Avaliação da Implementação das USF
Fialho et al. 2011 (41)	Lisboa e Vale do Tejo	Estudo de caso	USF UCSP	2 anos	13 UCSP, 6 USF	Indicadores de Contratualização
Pereira et al. 2021 (42)	Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve	Longitudinal	USF-A e USF-B UCSP	4 anos	726 Unidades (UCSP/USF)	Indicadores de Contratualização

Apêndice 2 - Tabela resumo dos resultados dos estudos incluídos

Estudo	Resultados
Roque et al. 2015 (26)	Os resultados deste estudo propõem que nas USF da região Norte analisadas, os 392 utentes questionados encontram-se satisfeitos com os cuidados (média de 3,02), sendo que entre elas, as de Modelo B são as que apresentam um maior nível de satisfação ($Z=-1.97$, $p=.04$).
Pereira et al. 2017 (27)	Este estudo analisou o nível de satisfação de 102 profissionais de saúde do Norte de Portugal e o seu compromisso organizacional com a USF que estes trabalham. A nível de satisfação laboral estes encontram “ligeiramente satisfeitos” (3,83), sendo os médicos os mais satisfeitos. A nível de compromisso organizacional estão “ligeiramente comprometidos” (5,47), sendo os médicos os mais comprometidos.
Monteiro et al. 2017 (28)	Os resultados deste estudo indicaram que houve uma ampliação em todos os indicadores contratualizados, sendo eles, referentes, à acessibilidade, ao desempenho assistencial, à prevenção primária e à eficiência destes 3 ACeS de Lisboa e Vale do Tejo.
Monteiro et al. 2017 (29)	Este estudo observou os indicadores de contratualização da ACeS Oeste Norte onde ocorreu aumentos benéficos em todos os indicadores contratualizados, sendo eles: acesso, desempenho assistencial, saúde de adultos e eficiência.
Rocha et al. 2011 (30)	Os resultados deste estudo caso indicam que a implementação e desenvolvimento de 11 USF em Portugal Continental tiveram pontos positivos e negativos. Como principais avanços, de destacar uma melhor acessibilidade organizacional, um aumento do trabalho em equipe, melhorias na qualidade da prestação de saúde e inovações nas práticas de gestão. Como desafios, salientar as indefinições político-institucionais, a insuficiência nos sistemas informatizados, dificuldades de integração com outras unidades dos CSP e permanência de práticas antigas.

Apêndice 2 - Tabela resumo dos resultados dos estudos incluídos (continuação)

Estudo	Resultados
Lapão et al. 2012 (31)	Através de um <i>focus group</i> analisou a implementação das medidas das USF em Portugal Continental, inseridas em 73 ACeS diferentes. De pontos positivos, é de destacar uma gestão mais próxima da realidade e eficaz, a criação de USF, o investimento em educação, formação de futuros médicos de família, entre outros. De pontos negativos, de salientar a escassez de profissionais de saúde e a alta percentagem de pessoas sem médico de família.
Santana et al. 2011 (32)	Este estudo, através de um questionário, analisou a satisfação no trabalho de 204 profissionais de saúde da ACeS Baixo Vouga II. Em média, os profissionais encontram-se satisfeitos com o trabalho, sendo fatores mais importantes para tal a liderança e supervisão e as características das tarefas e autonomia. As condições ao nível da remuneração e do desenvolvimento pessoal e profissional são vistas como pontos negativos.
Ferreira et al. 2013 (33)	Este estudo avaliou a atividade de 22 ACeS que pertencem a Lisboa e Vale do Tejo. Esta avaliação foi feita através de alguns parâmetros: eficiência, equidade e qualidade. De modo geral, observou que ocorreu em todos estes parâmetros, entre 2009 e 2010, uma melhoria.
Cruz et al. 2012 (34)	Este estudo analisou através de questionários a perceção cultural organizacional das USF. Foram entrevistados 37 profissionais de saúde que destacam a cultura de clã (média=4,37), ou seja, locais muito familiares para trabalhar, onde as pessoas partilham muito de si próprias. No entanto, há uma orientação para a cultura de adocracia (média=4,32).
Ferreira et al. 2020 (35)	Este estudo observou a satisfação de 52 463 utentes dos cuidados de saúde primários nas regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Em média, o índice de satisfação dos utentes foi positivo, no entanto, ligeiramente diferente entre zonas rurais (61,2) e zonas urbanas (61,9). Em relação aos determinantes de importância, o mais relevante foram os cuidados médicos, enquanto que o menos foi o acesso.

Apêndice 2 - Tabela resumo dos resultados dos estudos incluídos (continuação)

Estudo	Resultados
Lapão et al. 2019 (36)	Foi realizado um estudo de caso sobre a avaliação da implementação e desenvolvimento CSP do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, que abrangeu 532 USF, no decorrer de 13 anos. O estudo foi dividido em 3 fases. Na fase 1, observou ganhos na acessibilidade, acolhimento em instalações e equipamentos mais adequados, qualidade assistencial, satisfação dos prestadores e dos usuários. Na fase 2, observou discrepância ao desempenho das UCSP e as USF a nível dos principais indicadores de qualidade, no entanto, os cuidados prestados são de alta qualidade e baixo custo. Na fase 3, tentou-se garantir um médico de família para cada indivíduo e ocorreu um ajuste nas metas para que os que tenham melhor desempenho não sejam prejudicados por terem melhores indicadores.
Passadouro et al. 2016 (37)	Este estudo avaliou a satisfação de 514 profissionais de saúde nas USF da Região Centro. De forma geral, o nível de satisfação profissional foi considerado bom ($71,5 \pm 12,1$). O parâmetro mais negativo foi o vencimento (39,0), sendo ele mais elevado nas USF-B (58,4%), comparativamente ao modelo A (28,2%). Na generalidade, o modelo B apresenta maior nível de satisfação entre os profissionais de saúde. Em relação à satisfação global constataram que toda ela é muito positiva, sendo a formação profissional e académica a mais elevada (96,4%).
Ferreira et al. 2017 (38)	Neste estudo foi analisada o grau de satisfação de 16 965 utentes dos CSP de Lisboa e Vale do Tejo. O índice de satisfação das USF e UCSP obteve um valor positivo de 77,1%, sendo que os cuidados médicos e não médico, foram as dimensões com maior nível de satisfação. Relativamente à organização dos cuidados, esta foi a que obteve uma satisfação mais baixa, com 69,6%. Verificou ainda que as USF-B são as que têm maior percentagem de satisfação.

Apêndice 2 - Tabela resumo dos resultados dos estudos incluídos (continuação)

Estudo	Resultados
Almeida et al. 2020 (39)	Neste estudo foi analisado o impacto da implementação das USF na superlotação dos SU de dois hospitais do Norte do País. Das 117 391 visitas avaliadas é demonstrado que o modelo organizativo dos CSP tem uma considerável influência no uso apropriado dos SU, na qual, utentes inscritos em USF têm maior taxa de uso apropriado dos SU. O facto de ter médico de família atribuído também aumenta o uso correto dos SU.
De Souza et al. 2013 (40)	Avaliou, através de entrevistas a 16 gestores, 33 profissionais e 22 utentes, o trabalho em equipe após a implementação das USF em Portugal Continental. De modo geral, os entrevistadores afirmam que há uma visão positiva no trabalho em equipe. Identificaram que o trabalho em equipe exponenciava outros aspetos das atividades nas USF, nomeadamente a motivação, a maior responsabilidade nos cuidados e a melhoria na satisfação dos mesmos.
Fialho et al. 2011 (41)	Este estudo comparou indicadores de desempenho entre as 6 USF e as 13 UCSP de Lisboa e Vale do Tejo e, posteriormente, avaliou esses mesmos indicadores, mas quando as UCSP são convertidas em USF. As USF são mais acessíveis e mais eficientes, comparativamente às UCSP, com menores tempos de espera para uma consulta, maior número de consultas e menos tempo na sala de espera, tanto para consultas médicas, como para consultas de enfermagem. Quando convertidas as UCSP em USF, os indicadores apresentaram as mesmas mudanças, desencadeando uma diminuição nos custos meios de diagnósticos e medicamentos, no entanto, aumento de custos com os profissionais e dos custos totais.
Pereira et al. 2021 (42)	Avaliou os indicadores de desempenho de 726 Unidades de Portugal Continental (UCSP, USF-A e USF-B), categorizando por unidade e por terem sido comissionados ou não. Podemos ver que os indicadores de desempenho aumentaram em todas as unidades, especialmente quando a quando da existência de comissionamento, sendo as USF-B obtiveram o maior valor absoluto do indicador, seguidas das USF-A e por último, as UCSP.