



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Impacto da implementação das Unidades de Saúde Familiar - USF

Sofia Margarida de Morais Tavares

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Prof.^a Doutora Anabela Almeida

Covilhã, maio de 2019

Dedicatória

À minha mãe, pela sua luz que sempre me guiou.

Agradecimentos

A Deus em primeiro lugar, pelo Espírito Santo que sempre me acompanhou.

À Professora Doutora Anabela Almeida pela sua disponibilidade e pelo seu apoio prestados.

À família Morais por me fazerem ser quem eu sou hoje.

À Jane, à Zezinha Alfama, à minha mãe e aos meus tios Ana Morais e Pedro Morais, pela disponibilidade e ajuda na correção da tese.

Às pessoas que a Covilhã me deu. Aos bons momentos passados e aos que irão de vir.

Resumo

Portugal tem experienciado, assim como outros países desenvolvidos, um envelhecimento da sua população, devido à diminuição dos índices de fecundidade, à diminuição da taxa de natalidade, ao saldo migratório negativo e ao aumento da esperança média de vida. Ao mesmo tempo, este aumento da esperança média de vida não vem sendo acompanhado de um envelhecimento saudável. As doenças crónicas têm um conjunto de fatores de risco associados que podem, no entanto, ser corrigidos através de um maior investimento na promoção da saúde e prevenção da doença.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, lançada em 2005 incluiu, como uma das medidas principais, a constituição de Unidades de Saúde Familiar, com o objetivo de prestar cuidados de saúde aos utentes através de equipas multidisciplinares (médico, enfermeiro e administrativo), organizadas em três modelos. Estes modelos distinguem-se pelo seu nível de autonomia, pelo sistema de retribuições e incentivos aos profissionais, pela forma de financiamento e, pelo respetivo estatuto jurídico.

Em termos metodológicos, foram conduzidas pesquisas em websites, tendo-se utilizado principalmente documentos de entidades oficiais. As pesquisas foram conduzidas entre dezembro de 2018 e abril de 2019, incluindo palavras-chave como, reforma dos cuidados de saúde primários, unidade de saúde familiar, satisfação de utentes, satisfação de profissionais, desempenho, análise *SWOT*, entre outras, tendo em conta a relevância dos documentos e a sua data de publicação.

Este trabalho teve como objetivo caracterizar o impacto da implantação das USF. Entre alguns pontos fortes da análise *SWOT* desenvolvida no final do trabalho, incluem-se os maiores níveis de satisfação dos utentes e dos profissionais em relação às USF-B, a maior percentagem de utentes com médico de família atribuído nas USF e, mais ganho em saúde e mais eficiência por parte das USF-B.

Como pontos fracos destacam-se a satisfação mais baixa relativamente à organização dos serviços, oferta de serviços, organização dos cuidados, continuidade e cooperação, vencimento, local de trabalho e equipamento.

Como oportunidades sugerem-se o combate à passividade do utente em relação ao centro de saúde, aumento da autonomia das USF e dos ACES, melhoria da articulação entre as estruturas dos CSP e atualização dos sistemas de informação.

Relativamente às ameaças, salientam-se a pouca participação dos utentes na gestão da sua própria saúde e no funcionamento dos centros de saúde, a lenta evolução da implementação das USF, o trabalho administrativo e sistemas informáticos como entraves à atividade assistencial e as diferenças na remuneração dos profissionais consoante o modelo organizativo.

A reflexão deverá continuar a ser feita no sentido de se acelerar a implementação das USF ou então, equipar as UCSP para que possam aumentar o seu desempenho em relação às USF.

Palavras-chave

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários; Unidade de Saúde Familiar; Satisfação dos utentes; Satisfação dos profissionais; Desempenho; Análise SWOT.

Índice

1 Introdução	1
2 Contextualização da saúde em Portugal	5
2.1 Situação demográfica	5
2.2 Estado de saúde da população	7
2.3 Oferta e organização dos serviços de saúde	8
3 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	13
3.1 Caracterização das Unidades de Saúde Familiar	15
3.2 Diferenciação das Unidades de Saúde Familiar (USF) das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)	17
4 Metodologia.....	19
5 Caracterização e análise do impacto da criação das Unidades de Saúde Familiar (USF)	21
5.1 Satisfação dos utentes	21
5.2 Satisfação dos profissionais	26
5.3 Desempenho	32
6 Análise <i>SWOT</i>	41
7 Conclusão	43
Referências	46

Lista de Figuras

Figura 1 - Relação entre satisfação dos utentes e modelo organizativo. Adaptado de (49). ...	24
Figura 2 - Média da satisfação dos profissionais das USF dos parâmetros avaliados. Adaptado de (51).	26
Figura 3 - Média da satisfação dos profissionais das USF dos parâmetros avaliados. Adaptado de (54).	30
Figura 4 - Evolução do nº de USF, modelo A e B e das UCSP. Adaptado de (56).....	32

Lista de Tabelas

Tabela 1 - População residente em Portugal continental por local de residência, referente a 2017. Adaptado de (11).	5
Tabela 2 - Dados e indicadores de mortalidade de algumas causas de morte em Portugal, referentes a 2016. Adaptado de (19).	7
Tabela 3 - Lista ordenada das causas de mortalidade e dos fatores de riscos associados à mortalidade e morbilidade, referente a 2017. Adaptado de (20).	8
Tabela 4 - Número de médicos por especialidade, referente a 2017. Adaptado de (29).	10
Tabela 5 - Despesa corrente em saúde referente ao triénio 2015-2017. Adaptado de (29). ...	11
Tabela 6 - Número de USF por ARS e tipo, referente ao final de 2018. Adaptado de (42).	17
Tabela 7 - Nº inscritos por ARS e tipo de unidade funcional, referente ao final de 2018. Adaptado de (42).	18
Tabela 8 - Resultados do estudo "Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF" de 2009. Adaptado de (48).	23
Tabela 9 - Índices de satisfação comparados por modelo organizativo. Adaptado de (49).	24
Tabela 10 - Resultados do estudo "Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega" de 2012. Adaptado de (50).	25
Tabela 11 - Satisfação global dos profissionais das USF. Adaptado de (50).	27
Tabela 12 - Diferenças na satisfação com qualidade do local de trabalho e na melhoria contínua da qualidade. Adaptado de (53).	29
Tabela 13 - Satisfação global dos profissionais das USF. Adaptado de (53).	29
Tabela 14 - Satisfação global dos profissionais das USF. Adaptado de (54).	30
Tabela 15 - Satisfação dos profissionais das USF-A em relação a atividade da sua própria USF, ao longo dos anos. Adaptado de (55).	31
Tabela 16 - Satisfação dos profissionais das USF-B em relação a atividade da sua própria USF, ao longo dos anos. Adaptado de (55).	31

Tabela 17 - Análise SWOT do estudo "From policy to reality: clinical managers views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal". Adaptado de (58).	33
Tabela 18 - Análise SWOT do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Adaptado de (58).	33
Tabela 19 - Custos por inscrito e por utilizadores nas USF-B e UCSP durante o ano de 2015. Adaptado de (59).	36
Tabela 20 - Indicadores de contratualização dos modelos organizativos. Adaptado de (42).	37
Tabela 21 - Taxa média de desempenho de cada grupo de unidades funcionais. Adaptado de (42).	38

Lista de Siglas

Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS)

Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

Centros de Saúde (CS)

Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Entidade Reguladora da Saúde (ERS)

Hemoglobina Glicada (HbA1c)

Instituições Sem Fim Lucrativo ao Serviço das Famílias (ISFLSF)

Instituto Nacional de Estatística (INE).

Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT)

Medicina Geral e Familiar (MGF)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)

Plano Nacional de Vacinação (PNV)

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Serviços Regionais de Saúde (SRS)

SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats)

UCSP-M (UCSP com utentes com médico de família atribuídos)

União Europeia (UE)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados com utentes com Médico de família atribuído (UCSP-M)

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)

Unidade de Saúde Pública (USP)

Unidades de Saúde Familiar (USF)

Unidades Locais de Saúde (ULS)

1 Introdução

O enorme crescimento pelo qual o país tem passado é notório, a todos os níveis. No que diz respeito ao setor da saúde, as transformações das últimas décadas levaram o país a ser reconhecido a nível internacional pelos seus resultados, perceptíveis nos principais indicadores da qualidade da saúde. Talvez um dos maiores desafios ultrapassados tenha sido a diminuição da taxa de mortalidade infantil (1), que se deveu essencialmente a uma grande aposta nos cuidados materno-infantis. Um outro indicador a ser ressaltado é a esperança média de vida, que melhorou significativamente, estando a população a viver mais (2). É de se salientar que estas melhorias também resultaram do progresso nos determinantes sociais da saúde (condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, segundo a Organização Mundial da Saúde (3)).

Um dos grandes paradigmas deste século baseia-se no envelhecimento e na diminuição da população que têm afetado principalmente os países mais desenvolvidos, incluindo Portugal (4). A desproporção entre a população jovem e a população idosa do país verificada pode justificar-se pela diminuição dos indicadores de fecundidade, aumento da esperança média de vida e emigração, implicando simultaneamente consequências socioeconómicas (4).

Para além do paradigma demográfico, não se podem ignorar também os padrões de morbilidade e mortalidade existentes no país - alta incidência de doenças crónicas não transmissíveis - cujos fatores de risco podem ser alterados/combatedos através da adoção de estilos de vida mais saudáveis. Isto pode ser incentivado através da priorização e maior investimento na promoção da saúde e prevenção da doença (5).

No que concerne à evolução do sistema de saúde português, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é tido como “uma referência a nível europeu e a nível mundial” (5). Permitiu o acesso universal a cuidados de saúde, podendo ser visto como um dos responsáveis pelos ótimos indicadores de saúde (5). Entretanto, o seu funcionamento tem criado desafios, principalmente no que toca à sua sustentabilidade financeira. Estes desafios carecem de uma abordagem urgente, com mudanças, por exemplo, em relação à gestão dos recursos (6).

Neste contexto de progresso consistente do setor da saúde em Portugal, surgiu então a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, como forma de assegurar os mesmos, como a porta de entrada aos cuidados de saúde (7).

O grupo “Missão para os Cuidados de Saúde Primários”, criado em 2005, ficou encarregue de “criar os instrumentos legais e operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e, ao mesmo tempo, acompanhar o desenvolvimento desta nova metodologia de organização dos cuidados” (8).

O grupo estabeleceu como linhas de ação prioritárias de intervenção (8):

1. Reconfiguração e Autonomia dos Centros de Saúde.
2. Implementação de Unidades de Saúde Familiar.
3. Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública.
4. Outras Dimensões da Intervenção na Comunidade.
5. Implementação de Unidades Locais de Saúde.
6. Desenvolvimento dos Recursos Humanos.
7. Desenvolvimento do Sistema de Informação.
8. Mudança e Desenvolvimento de Competências.

Neste processo de reforma é essencial ressaltar a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) como uma das estruturas-base dos cuidados primários. As USF constituem “pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde (CS) com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços” (9).

Esta e outras medidas da reforma pretendiam uma “reconfiguração dos centros de saúde orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade” (10). Para a implementação destas medidas torna-se necessário uma supervisão dos “procedimentos e avaliação de resultados” (10).

O objetivo desta dissertação consiste então, em perceber o impacto da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com maior ênfase nas USF implementadas e, mais especificamente, em relação aos parâmetros: satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais e desempenho.

Assim sendo, o presente trabalho está estruturado em 7 capítulos, distribuídos por três partes: a primeira parte, englobando os capítulos 1, 2 e 3, a metodologia no capítulo 4 e a terceira parte composta pelos capítulos 5, 6 e 7.

Na primeira parte, apresenta-se uma breve introdução à temática, objeto desta dissertação, seguida de uma contextualização da saúde em Portugal, abordando a situação demográfica, um panorama geral do estado de saúde da população e a organização do sistema de saúde e, por último, a reforma dos cuidados de saúde primários levada a cabo a partir de 2005, através da caracterização das USF e sua diferenciação relativamente às UCSP.

No capítulo quarto, apresentam-se as linhas orientadoras da metodologia seguida para a elaboração deste trabalho.

Segue-se o quinto capítulo, já inserido na terceira parte deste trabalho, no qual são apresentados estudos sobre a satisfação dos utentes e a satisfação dos profissionais em relação às USF e o desempenho das mesmas.

No sexto capítulo, como forma de síntese, elaborou-se uma análise SWOT, com os resultados dos estudos apresentados no capítulo anterior.

No sétimo e último capítulo são apontadas as conclusões relativas a esta dissertação, limitações experimentadas durante a sua realização, bem como algumas perspectivas futuras de investigação neste domínio.

2 Contextualização da saúde em Portugal

2.1 Situação demográfica

Portugal continental conta atualmente com uma população de aproximadamente 9.793.000 habitantes (11). Como se pode observar na tabela 1, a sua distribuição é marcada por uma grande concentração na Área Metropolitana de Lisboa (28,9%), uma concentração desproporcionalmente menor na região Sul do país (Alentejo e Algarve) (11,8%), e o restante da população dividida entre as regiões Norte e Centro.

Tabela 1- População residente em Portugal continental por local de residência, referente a 2017. Adaptado de (11).

Local de residência	Grupo etário			
	Total	0-14 anos	15-64 anos	+ 65 anos
Portugal (Continental)	9.792.797	1.349.734	6.306.096	2.136.967
Norte	3.576.205	467.038	2.393.037	716.130
Centro	2.231.346	275.886	1.420.215	535.245
Área Metropolitana de Lisboa	2.833.679	450.480	1.771.378	611.821
Alentejo	711.950	90.184	442.089	179.677
Algarve	439.617	66.146	279.377	94.094

Portugal tem experienciado uma evolução negativa da sua população, derivada do envelhecimento da mesma, realidade semelhante em vários outros países desenvolvidos da Europa. Em 2017, a população idosa era 1,5 vezes superior à população jovem (11). É fundamental travar esta evolução, visto que se está a caminhar para um ponto irreversível, com consequências socioeconómicas que podem ser desastrosas para o país.

Segundo cálculos de projeção demográfica, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente passaria de 10,3 milhões em 2015 para 7,5 milhões de pessoas em 2080 (12), o que representaria uma perda de aproximadamente 27% da população atual, em apenas 70 anos.

Existem alguns fatores que podem justificar esta tendência de perda de população. Um deles diz respeito aos indicadores de fecundidade. Para que seja possível uma renovação das gerações, o índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (13)) deve ser maior do que 2,1 (4). No entanto, desde 1982 que este

valor é menor do que 2,1, tendo sido em 2017 na ordem dos 1,37 (14). Esta diminuição dos valores da fecundidade tem como consequência, entre outros aspetos, uma diminuição da população jovem.

O aumento da esperança de vida, derivado dos avanços da Medicina e dos determinantes sociais da saúde, permitiram um aumento da população idosa (2). Em 2016, o país apresentava um índice de envelhecimento de 148,7 idosos por cada 100 jovens, superior à média da União Europeia (UE) (123,9 idosos por cada 100 jovens) (15). No conjunto dos 28 Estados Membros, Portugal representava o 3º valor mais elevado. O índice de dependência dos idosos era de 32,1 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, superior à média da UE (29,6 por cada 100 pessoas em idade ativa) (16), representando o 5º valor mais elevado da UE.

A perda de população também se deve à migração de população, através do aumento de emigração de jovens (diminuição do saldo migratório) (4). Esta população ativa era maioritariamente jovem, levando à perda de mulheres férteis e coincidindo com a diminuição da taxa de natalidade (diminuição do saldo natural). O saldo populacional tem sido negativo desde 2010, à exceção do ano 2017 (17).

Diante destes factos, pode-se concluir então que Portugal, assim como outros países desenvolvidos, tem reproduzido o fenómeno demográfico de envelhecimento da população. Desde há uns anos, alguns fatores têm favorecido a emergência deste fenómeno: diminuição dos índices de fecundidade, diminuição da taxa de natalidade e saldo migratório negativo, contribuindo para a diminuição da população jovem e o aumento da esperança média de vida, contribuindo para o aumento da população idosa.

O envelhecimento da população pode trazer consigo algumas consequências, nomeadamente (4):

- Aumento do índice de envelhecimento e do índice de dependência dos idosos;
- Perda da produtividade económica por diminuição da população jovem e consequente população ativa;
- Redução da estabilidade económica, por aumento das despesas relacionadas com a segurança social e saúde dos idosos;

Assim, a questão principal num futuro próximo, estará relacionada com a sustentabilidade económica do país, se levarmos em conta que a perda da produtividade económica está diretamente relacionada com o rendimento de um país, e que o envelhecimento da população leva a um aumento de despesas na área da saúde e da segurança social, que ocupam uma parte importante dos gastos do país.

2.2 Estado de saúde da população

A par da diminuição da população residente que se verifica atualmente, os cidadãos também vivem mais. A esperança média de vida à nascença tem evoluído de uma forma muito positiva, nas últimas décadas, graças ao progresso da qualidade dos serviços de saúde, além dos outros determinantes sociais (5). Neste momento, este indicador situa-se na ordem dos 80 anos, sendo maior nas mulheres (83 anos) do que nos homens (77 anos) (2).

A Organização Mundial da Saúde ressaltou em 2014 no seu *Global Status Report On Noncommunicable Diseases* as consequências humanas, sociais e económicas das doenças não transmissíveis em todo o planeta, com maior ênfase nos países de baixo e médio rendimento, devido à pobreza e maior vulnerabilidade (18).

Segundo a tabela 2, em 2016, as doenças do aparelho circulatório e os tumores contabilizaram 54,8% dos óbitos em Portugal. Os anos potenciais de vida perdidos (número de anos que teoricamente uma determinada população deixa de viver, se morrer prematuramente, antes dos 70 anos (19)) contabilizaram 309.381 anos, dos quais mais de um terço se deviam a tumores.

Tabela 2 - Dados e indicadores de mortalidade de algumas causas de morte em Portugal, referentes a 2016. Adaptado de (19).

	Total	Percentagem do Total	Óbitos <65anos.	Óbitos ≥65 anos.	Anos potenciais de vida perdidos.
Todas as causas	110.970	100%	16.757	94.201	309.381
Doenças do aparelho circulatório	32.805	29,6%	2.918	29.888	47.923
Doença isquémica do coração	7.368	6,6%	1.232	6.134	19.390
Enfarte agudo do miocárdio	4.385	4,0%	810	3.573	12.710
Doenças cerebrovasculares	11.738	10,6%	763	10.974	12.392
Tumores	27.970	25,2%	7.070	20.900	112.586
Doenças do aparelho respiratório	13.474	12,1%	853	12.621	14.963
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5.599	5,0%	455	5.144	8.086
Diabetes Mellitus	4.359	3,9%	297	4.062	4.523

A tabela 3 apresenta, ordenadamente, as 10 principais causas de morbilidade em Portugal, em 2017, bem como os 10 principais fatores de risco, cientificamente comprovados, que contribuem para as principais causas de mortalidade e morbilidade apresentadas anteriormente.

Tabela 3 - Lista ordenada das causas de mortalidade e dos fatores de riscos associados à mortalidade e morbilidade, referente a 2017. Adaptado de (20).

Ordem	Causas morbilidade	Fatores de risco de mortalidade e morbilidade
1º	Lombalgia	Níveis elevados de glucose no plasma;
2º	Diabetes	Tabaco;
3º	Cefaleias	Riscos dietéticos;
4º	Distúrbios depressivos	Uso de álcool;
5º	Cervicalgia	IMC elevado;
6º	Perda auditiva relacionada com a idade	Pressão arterial elevada;
7º	Distúrbios de ansiedade	Níveis elevados de LDL
8º	Quedas	Riscos ocupacionais;
9º	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	Poluição do ar;
10º	Outras patologias musculoesqueléticas	Função renal alterada.

À parte dos ganhos em saúde obtidos ao longo de várias décadas, existem atualmente outros desafios a serem ultrapassados. Embora a população viva mais, isso não é sinónimo de viver melhor. A partir dos 65 anos, os homens em Portugal vivem em média 7,7 anos de forma saudável e as mulheres 6,4 anos. Estes números estão aquém da média da UE (9,8 anos para os homens e 10,1 anos para as mulheres) (20). As doenças crónicas têm um conjunto de fatores de risco associados que, se corrigidos no devido tempo e espaço, permitem a diminuição da mortalidade e morbilidade. Este objetivo só pode ser concretizado se houver um empenho tanto por parte da população, como por parte do sistema de saúde, que deverá aumentar os investimentos para a promoção da saúde e prevenção da doença, permitindo ao mesmo tempo libertar despesas nos cuidados curativos.

2.3 Oferta e organização dos serviços de saúde

Organização do sistema de saúde português

Atualmente, o sistema de saúde português é constituído por 3 sistemas coexistentes e sobrepostos (21):

- O SNS de carácter universal;
- Subsistemas de saúde cujo plano depende da adesão a um grupo ou empresa ocupacional/profissional;
- Sistemas de seguro privados voluntários.

O SNS, vinculado ao Ministério da Saúde, é constituído por um conjunto de instituições e serviços cuja missão é garantir que toda a população tenha acesso a cuidados de saúde, de acordo com os recursos disponíveis. Existem ainda estabelecimentos privados e profissionais em regime liberal que também prestam cuidados de saúde aos cidadãos nos mesmos moldes do SNS, através de acordos celebrados com o mesmo (22).

Fazem parte do SNS as entidades e os serviços públicos, nomeadamente (23):

- Os agrupamentos de centros de saúde (ACES);
- Os estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação;
- As unidades locais de saúde (ULS).

Os ACES integram várias unidades funcionais, incluídas em um ou mais centros de saúde. “São serviços de saúde com autonomia administrativa”...“desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS)” (24). Foram criados com o objetivo de assegurar o fornecimento de Cuidados de Saúde Primários à população de uma área geográfica definida.

As unidades funcionais abrangidas pelos ACES são as seguintes (24):

- Unidade de saúde familiar;
- Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- Unidade de saúde pública (USP);
- Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I.P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

A ULS é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial (25). Foi idealizada com o objetivo de criar uma ponte entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares diferenciados de uma determinada área geográfica (26), e colmatar a ausência de comunicação entre estas duas áreas de cuidados de saúde (27).

Recursos humanos do SNS

O setor da saúde, pela complexidade que apresenta, é composta por trabalhadores “cujas atividades são desenvolvidas em termos interdisciplinares” (28). O “Ministério da Saúde constitui o segundo maior empregador da Administração Pública” (28) do país, sendo que os médicos e enfermeiros constituem os grupos profissionais mais numerosos (28). Dentro do Ministério da Saúde, os estabelecimentos hospitalares constituem o maior empregador, com 68,2% dos trabalhadores. Analisando de forma específica o grupo médico, podemos ver na tabela 4 da página seguinte, o número de médicos por especialidade.

Tabela 4 - Número de médicos por especialidade, referente a 2017. Adaptado de (29).

Especialidade	Número de médicos	%
Hospitalar	11.993	65,7%
Medicina Geral e Familiar	5.569	30,5%
Saúde Pública	334	1,8%
Outros	351	1,9%

Pode-se concluir então que o investimento a nível de recursos humanos é desigual entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) no seu Relatório da Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015 afirma que o “sistema de saúde português é excessivamente dependente do sistema hospitalar” (26). A OCDE recomenda que a reforma do sistema de saúde português seja direcionada no sentido de levar os cuidados para estruturas da comunidade, com custos mais económicos (26).

Gastos em saúde

Na tabela 5 da página seguinte, pode-se analisar a despesa corrente em saúde de acordo com o agente financiador, diferenciando a despesa de origem pública e a despesa de origem privada. A despesa pública refere-se à despesa suportada pelo SNS e os Serviços Regionais de Saúde (SRS) dos Açores e da Madeira, os subsistemas de saúde públicos, as outras entidades da administração pública e os fundos da Segurança Social. A despesa privada integra as sociedades (de seguros e as outras), as Instituições Sem Fim Lucrativo ao Serviço das Famílias (ISFLSF) (subsistemas de saúde e outras) e as famílias (29). Em 2010 a despesa de origem pública teve o seu valor máximo, representando 69,7% da despesa corrente em saúde desse ano (30). No triénio 2015-2017 a despesa pública sofreu um aumento em relação à despesa privada, refletindo um novo crescimento no financiamento público do sistema de saúde do país (29). As previsões indicam que, em 2017, a despesa por parte das famílias diminuiu em relação a 2016.

Tabela 5 - Despesa corrente em saúde referente ao triénio 2015-2017. Adaptado de (29).

Despesa corrente em saúde							
Ano	Pública (valor em milhões de euros)	%	Privada (valor em milhões de euros)	%	Famílias (valor em milhões de euros)	%	
2015	10.674	66,16	5.458,1	33,83	4.473,1	27,72	
2016	11.171,4	66,35	5.664,7	33,64	4.672,3	27,75	
2017	11.559,6	66,64	5.785,1	33,35	4.724,6	27,23	

Pode-se concluir que, atualmente, as despesas com a saúde em Portugal são suportadas maioritariamente pelo Estado, através de impostos pagos pelos cidadãos. Também pode-se verificar um crescimento, embora lento, da despesa pública. A componente privada assume presentemente cerca de um terço da despesa com a saúde, sendo a maior parte feita pelas famílias.

3 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, traduziu-se num dos maiores ganhos no que toca ao setor dos Cuidados de Saúde Primários. Definiu estes como, “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade...” e que “...fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde...”(31). Esta Conferência serviu para chamar a atenção para a importância dos Cuidados de Saúde Primários em qualquer sistema de saúde, tendo lançado um desafio a todos os presentes, no sentido de tentar alcançar uma “saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000”(31).

Pode-se afirmar que o Estado Português no início do século XX tinha uma intervenção reduzida na saúde dos portugueses, visto que o sistema de saúde na altura era muito fracionado. Mesmo com a existência de várias organizações prestadoras de cuidados de saúde, não havia uma cobertura universal do país (32).

Os primeiros passos em relação aos Cuidados de Saúde Primários podem ser identificados na década de 40 do século XX, com a criação da Federação das Caixas de Previdência, incluindo apenas os trabalhadores por conta de outrem (32).

Os anos 70 foram marcados por grandes avanços no setor da saúde. Em 1971, a reforma do sistema de saúde levada a cabo por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio, Baltasar Rebelo de Sousa, entre outros, contemplou os Cuidados de Saúde Primários, através da criação dos centros de saúde de primeira geração (33), (32). É de se realçar a atuação de Portugal de forma pioneira, alguns anos antes da Declaração de Alma-Ata.

A criação do SNS em 1979, está associada à democratização do país (34). A Lei nº56/79 de 15 de setembro, estabelece que o Estado passa a garantir a proteção à saúde, a cuidados tanto de promoção da saúde e prevenção da doença, como cuidados curativos (35).

Na década de 80, são criados os centros de saúde de segunda geração, através da junção dos centros de saúde já existentes, aos serviços médico-sociais (Caixas da Previdência) (32).

Nos anos 90, é criada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90 de 24 de Agosto), seguindo-se a aprovação do estatuto do SNS e a criação das Administrações Regionais da Saúde (32).

Muito embora tenham sido bastante positivos os avanços alcançados, verificou-se também uma responsabilização excessiva das Sub-Regiões de Saúde e das Administrações Regionais de Saúde, com uma desigualdade em relação aos recursos humanos alocados aos cuidados primários comparativamente aos cuidados secundários, além da escassez de incentivos do sistema remuneratório. Isto levou a uma crescente insatisfação por parte dos profissionais e uma diminuição da qualidade dos serviços prestados, que se foi arrastando ao longo do tempo (33).

Projetos de carácter experimental foram implementados, com o objetivo de melhorar a prestação dos Cuidados de Saúde Primários: o Projeto Alfa em 1996, o Regime Remuneratório Experimental em 1998 e o Projeto Tubo de Ensaio em 1999, com objetivos similares de melhorar a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, para além de aumentar a satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde (32).

Em 2005, o XVII Governo Constitucional deu uma especial atenção aos Cuidados de Saúde Primários, reconhecendo a sua “importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde”(7). Concluiu-se que é necessária uma reorganização deste setor, sendo a Reforma dos Cuidados Primários a tradução real desta reorganização. Foi criado o grupo “Missão para os Cuidados de Saúde Primários” que ficou encarregue da “condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar”(7).

De uma forma abrangente, pode-se dizer que o processo de mudança implementado por este grupo teria como medidas principais (36):

- Constituição de Unidades de Saúde Familiar;
- Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde;
- Introdução de novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi uma das bases para esta reforma, tendo identificado nos Cuidados de Saúde Primários, lacunas como, “insuficiente oferta de cuidados para a população” e “insuficiências na organização dos Centros de Saúde”(37), e recomendado a “organização em pequenas unidades de medicina familiar” (37).

O atual XXI Governo Constitucional, entendeu como fundamental centralizar a rede de Cuidados de Saúde Primários na política de saúde do país, através de uma maior capacidade de resposta e de uma maior articulação com os outros níveis de cuidados (38). Foi criada a Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que tem como missão

a “expansão e melhoria da capacidade da rede de Cuidados de Saúde Primários, dando início a um novo ciclo que relance um processo interrompido para a melhoria da qualidade e da efetividade da primeira linha de resposta do SNS” (39). O seu plano estratégico incluiu como eixos centrais:

- Centralidade nas pessoas;
- Uma cultura de governação clínica e saúde;
- Modernização e qualificação organizacional e gestonária dos ACES;
- Sistema de informação ao serviço de todos.

3.1 Caracterização das Unidades de Saúde Familiar

Como foi referido anteriormente, uma das principais medidas da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, consistiu na criação das Unidades de Saúde Familiar. Segundo o seu regime jurídico, as USF definem-se como “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.” (10). Os modelos distinguem-se pelo nível de autonomia, pelo sistema de retribuições e incentivos aos profissionais, a forma de financiamento e o respetivo estatuto jurídico (9):

- Modelo A - constitui uma “fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar”, iniciando a prática da contratualização interna.
- Modelo B - “para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva”, e em que a contratualização exige um maior desempenho do que o modelo anterior.
- Modelo C - “existência de um contrato programa.” Podem ser equipas do sector público ou pertencentes ao sector privado, cooperativo ou social.

Os princípios pelos quais as USF devem orientar a sua atividade, são os seguintes (10):

- a) Conciliação;
- b) Cooperação;
- c) Solidariedade;
- d) Autonomia;
- e) Articulação;
- f) Avaliação;
- g) Gestão participativa;

Ou seja, na prática, as USF foram idealizadas como o núcleo dos Cuidados de Saúde Primários, geridas numa ótica de trabalho em equipa, com um objetivo comum: proporcionar aos utentes cuidados de saúde de qualidade, sem prejudicar a sua eficácia e eficiência. Têm como característica de base uma autonomia funcional, organizacional e técnica, mas ao

mesmo tempo, é-lhes exigida uma coordenação em rede com as outras unidades funcionais do centro de saúde. São objeto de avaliação contínua, sendo os responsáveis pela monitorização e avaliação as ARS (10). Os indicadores a analisar são os seguintes (40):

1. Disponibilidade;
2. Acessibilidade;
3. Produtividade;
4. Qualidade técnico-científica;
5. Efetividade;
6. Eficiência;
7. Satisfação.

As USF devem possuir um plano de ação que faça a descrição do programa de cuidados de saúde a serem prestados. Neste plano de ação estão incluídos, o “compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e resultados a atingir nas áreas de desempenho, serviços e qualidade e inclui o plano de formação e o plano de aplicação dos incentivos institucionais” (10). O compromisso assistencial engloba a prestação de cuidados compreendidos na carteira de serviços, oficializado em cada ano, entre o coordenador da USF e o diretor executivo do respetivo ACES. O centro de saúde é responsável por disponibilizar os recursos necessários ao cumprimento do plano de ação. Os recursos financeiros negociados entre a USF e o centro de saúde estão incluídos na carta de compromisso (10).

Cada USF inclui os utentes que estejam inscritos nas listas dos médicos integrados na equipa multiprofissional. Esta população de utentes deve situar-se preferencialmente entre os 4000 e os 18000, de acordo com as características geodemográficas desta mesma população e os cálculos relativos às unidades ponderadas (10).

A estrutura orgânica das USF é formada pelo coordenador da equipa, pelo conselho técnico e pelo conselho geral (10). O seu regulamento interno contém a forma de prestação de trabalho de todos os elementos da equipa, de acordo com o plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei (10). Os elementos da equipa multiprofissional da USF deverão ser responsabilizados, dentro de cada grupo profissional, pelo preenchimento das obrigações dos elementos de equipa que estejam em períodos de férias ou qualquer ausência, quando esta seja igual ou inferior a duas semanas (10).

A remuneração mensal relativa aos médicos, aos enfermeiros e ao pessoal administrativo das USF inclui uma remuneração base (remuneração da respetiva categoria e escalão), suplementos e compensações pelo seu desempenho (10).

Podem também ser atribuídos incentivos à equipa multiprofissional da USF para promover e auxiliar no desempenho coletivo, de acordo com os ganhos de eficiência que forem

alcançados. A atribuição destes incentivos é regulada pela Portaria nº 301/2008 de 18 de abril. Estes incentivos podem ser institucionais ou financeiros (10):

- “Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, no acesso a informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios, cursos de formação e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade funcional, desde que inseridos no plano de formação dos seus profissionais, no apoio à investigação, na atualização, manutenção e aquisição de equipamentos para o funcionamento da unidade funcional, na melhoria das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional e acolhimento dos utentes ou no desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação.”
- “A atribuição de incentivos financeiros mensais depende da concretização dos critérios para atribuição das unidades contratualizadas (UC) referentes às atividades específicas decorrentes da vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, da vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, da vigilância de utentes diabéticos e de utentes hipertensos...”

Até ao final de 2018 existiam 532 USF ativas por todo o país. A ARS do Norte é aquela que apresenta mais USF ativas, em comparação com as ARS do Alentejo e Algarve com menos USF ativas. Segundo o modelo de funcionamento, até ao momento existem mais USF do tipo A do que do tipo B, não havendo ainda USF do tipo C. A ARS Norte é a única que possui mais USF do tipo B, enquanto todas as outras têm uma maioria de USF do tipo A. Na tabela 6, é apresentada a estatística atual das USF.

Tabela 6 - Número de USF por ARS e tipo, referente ao final de 2018. Adaptado de (42).

	ARS Alentejo	ARS Algarve	ARS Centro	ARS Lisboa E Vale do Tejo	ARS Norte
USF-A	12	10	54	96	106
USF-B	6	8	26	70	144

3.2 Diferenciação das Unidades de Saúde Familiar (USF) das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Como salientado anteriormente, os ACES incluem várias unidades funcionais, em particular a unidade de saúde familiar (USF) e a unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP). Estas duas unidades correspondem aos pilares dos Cuidados de Saúde Primários, visto que “em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP” (41).

Atualmente as USF são responsáveis pela cobertura de cerca de 60% dos utentes inscritos no SNS (42). Esta cobertura é feita de forma desigual pelo território português, tendo a ARS Norte a maior proporção de utentes cobertos pelas USF em relação às UCSP, sendo que o

oposto acontece na ARS do Alentejo, que tem a menor proporção de utentes cobertos pelas USF em relação às UCSP. A tabela 7 apresenta a distribuição dos utentes pelas ARS e tipo de unidade funcional.

Tabela 7 - Nº de inscritos por ARS e tipo de unidade funcional, referente ao final de 2018. Adaptado de (42).

	Alentejo	%	Algarve	%	Centro	%	Lisboa e Vale do Tejo	%	Norte	%
USF	186.165	37,2	195.547	41,3	850.562	47,8	2.111.205	57,2	2.801.673	75,4
USF-A	105.455	21,1	99.395	21	519.828	29,2	1.072.910	29,1	950.897	25,6
USF-B	80.710	16,1	96.152	20,3	330.734	18,6	1.038.295	28,1	1.850.776	49,8
UCSP	314.764	62,8	277.749	58,7	314.764	52,2	1.579.771	42,8	913.916	24,6

A UCSP funciona com uma estrutura semelhante à USF e “presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (41). Incluem as mesmas classes de profissionais (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo), podem ter o mesmo horário de funcionamento, possuem um limite mínimo de utentes e, são avaliados pelos mesmos indicadores de desempenho (41).

Embora tenham o mesmo objetivo, estas duas unidades funcionais apresentam algumas diferenças na sua forma de funcionamento (43):

- As USF têm uma autonomia funcional, organizacional e técnica, com o objetivo de eliminar uma parte da dependência das entidades hierarquicamente mais importantes, no que toca a decisões e gestão de recursos, diferente do que acontece nas UCSP, bastante menos autónomas;
- A constituição da USF parte da iniciativa própria dos profissionais, enquanto que a UCSP abrange os profissionais que não quiseram aderir ao formato USF ou cuja candidatura ao mesmo foi rejeitada;
- Os profissionais que integram as USF transportam consigo a lista de utentes já existente. Assim sendo, todos os utentes das USF têm um médico de família, em oposição às UCSP que englobam tanto utentes com médico de família como os sem médico de família.
- Os profissionais das UCSP não têm a responsabilidade de substituir os colegas em situações de ausência. A inter-substituição só é exigida às equipas das USF;
- As UCSP não recebem remunerações por aumento da lista de utentes;
- As UCSP não beneficiam de incentivos para a melhoria do desempenho individual e coletivo;

4 Metodologia

Para a realização deste trabalho foram conduzidas pesquisas em websites, tendo sido utilizados principalmente documentos de entidades oficiais, como o Ministério da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, Organização Mundial da Saúde, Diário da República e teses de mestrado de diferentes universidades. Para os dados estatísticos foram utilizados os sites do INE e da PORDATA (Base de Dados de Portugal Contemporâneo).

As pesquisas foram conduzidas entre dezembro de 2018 e abril de 2019, incluindo palavras-chave como, reforma dos cuidados de saúde primários, unidade de saúde familiar, satisfação de utentes, satisfação de profissionais, desempenho, análise *SWOT* entre outras. Para a pesquisa bibliográfica foram tidos em conta a relevância dos documentos e a sua data de publicação.

Relativamente às datas de publicação, foram privilegiados os documentos publicados após a reforma dos cuidados de saúde primários, isto é, o ano de 2005, pese embora se tenha utilizado alguns documentos anteriores a essa data, para a elaboração de uma breve caracterização da evolução do sistema de saúde português.

Posteriormente às pesquisas realizadas, foram efetuados, análises e tratamentos de alguns dados, para efeitos da sua apresentação em tabelas.

5 Caracterização e análise do impacto da criação das Unidades de Saúde Familiar (USF)

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em 2005, foi considerada uma das maiores reformas a nível da administração pública (44). A nível internacional, esta reforma é reconhecida, por exemplo, pela OCDE, cujo Relatório da Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal, de 2015, afirma que as reformas recentemente aplicadas no setor dos Cuidados de Saúde Primários foram “inovadoras e bem-sucedidas” (26). Segundo este mesmo relatório, o setor dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal está direcionado no sentido de medir, assegurar e melhorar, a qualidade desses mesmos cuidados.

Um dos pilares desta reforma consistiu na criação das USF, cujo número tem crescido anualmente, servindo atualmente mais de metade da população portuguesa (42). É necessário reconhecer esta extraordinária conquista e, ao mesmo tempo, refletir nos próximos passos a serem dados, para melhorar o acesso dos utentes aos Cuidados de Saúde Primários e a qualidade desses cuidados. Nesta perspetiva, o progresso faz-se da avaliação e aprendizagem contínuas, deste processo. Assim sendo, a monitorização é de crucial importância e constitui a base para uma avaliação de qualidade, insistindo numa cultura de avaliação, onde o objetivo não é punir, mas sim aprender com os erros.

Passaremos a seguir à análise de alguns estudos, em termos dos parâmetros i) satisfação dos utentes, ii) satisfação dos profissionais e iii) desempenho, com a finalidade de caracterizar e analisar o impacto da criação das USF, nos Cuidados de Saúde Primários.

5.1 Satisfação dos utentes

O Relatório de Primavera de 2001 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), refere que se não for atribuído mais poder ao cidadão torna-se difícil implementar uma reforma da saúde em Portugal (34). A Centralidade nas Pessoas foi um dos eixos do plano estratégico e operacional da Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários divulgado em 2016 (39). Por conseguinte, a satisfação dos utentes pode ser vista como um dos elementos cruciais da qualidade dos cuidados de saúde. A avaliação da reforma não pode ser feita, de modo nenhum, sem a consulta da opinião dos mesmos (45).

Em 2007, um estudo conduzido pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical teve o objetivo de perceber a noção que utentes, profissionais de saúde e comunicação social, tinham acerca

do funcionamento dos centros de saúde na altura, reconhecer as áreas de funcionamento dos centros de saúde geradoras de mais ou menos satisfação e, descrever os elementos de mudança prioritários para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (46).

Os utentes identificaram as relações com os profissionais de saúde, a flexibilidade dos serviços prestados e a relação Centro de Saúde/Comunidade, como fatores de satisfação. Ao mesmo tempo, reconheceram apresentar uma atitude passiva na gestão da sua própria saúde e no funcionamento do centro de saúde (46).

O tempo de espera para marcação de consulta e atendimento no próprio dia da consulta foram alvos de críticas, tendo sido ressaltados a dificuldade na marcação por telefone e o não cumprimento dos horários de trabalho por parte dos médicos (46).

Foram identificadas neste estudo, algumas atitudes de mudança (46):

- Possibilidade de as consultas serem marcadas pela internet e organizadas ao longo do dia;
- Aumento da oferta de cuidados de saúde ao domicílio e do número de valências no centro de saúde;
- Maior controlo dos horários dos médicos de família;
- Criação de estratégias de marketing para a reforma e para os centros de saúde;
- Seleção de profissionais com base em critérios e promoção da formação regular dos mesmos em técnicas e competências interpessoais;
- Mudança da passividade dos utentes em relação aos centros de saúde.

Já em 2009, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) conduziu um estudo, encomendado pelo grupo “Missão para os Cuidados de Saúde Primários”, com o objetivo de analisar a satisfação dos utentes das primeiras 146 USF existentes (47). Podemos avaliar na tabela 8 da página seguinte um resumo dos resultados deste estudo.

Tabela 8 - Resultados do estudo "Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF" de 2009. Adaptado de (47).

Indicadores	Muito satisfeito + Bastante satisfeito (%)	Pouco satisfeito + Nada satisfeito (%)
Indicadores EUROPEP		
1. Satisfação Global	83,5	16,5
2. Relação e comunicação	88,3	11,7
3. Cuidados médicos	86	14
4. Informação e apoio	84	16
5. Continuidade e cooperação	81,7	18,3
6. Organização dos serviços	76,9	23
Áreas específicas		
1. Oferta de outros serviços	81,2	18,8
2. Resposta	84,8	15,2
3. Recursos humanos	89,4	10,5
4. Instalações	88,9	11,2

Também foi avaliada no âmbito deste estudo, a recomendação da USF a amigos, por parte dos utentes. Em relação a este indicador, 93,7% das respostas estavam incluídas no grupo "concordo + concordo muito" e 6,3% das respostas incluíam-se no grupo "discordo + discordo muito" (47).

Em 2015, um outro estudo foi realizado pelo CEISUC, a convite da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), intitulado "Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF e de uma Amostra de UCSP", com o objetivo de avaliar a satisfação dos utilizadores das USF e UCSP. A ferramenta de avaliação baseou-se no questionário EUROPEP, englobando fundamentalmente quatro dimensões: cuidados médicos (componentes interpessoal e técnico dos médicos de família), cuidados não médicos (cuidados de enfermagem e atendimento pelos secretários clínicos), organização dos cuidados (acessibilidade e os serviços prestados em geral) e, qualidade das instalações (48).

A análise das respostas permitiu aferir que os utilizadores estavam mais satisfeitos com as USF do que com as UCSP e, dentro das USF, o modelo B apresentava resultados superiores, como representado na Figura 1. Na tabela 9 pode-se observar os valores médios e o desvio padrão dos índices de satisfação das dimensões avaliadas.

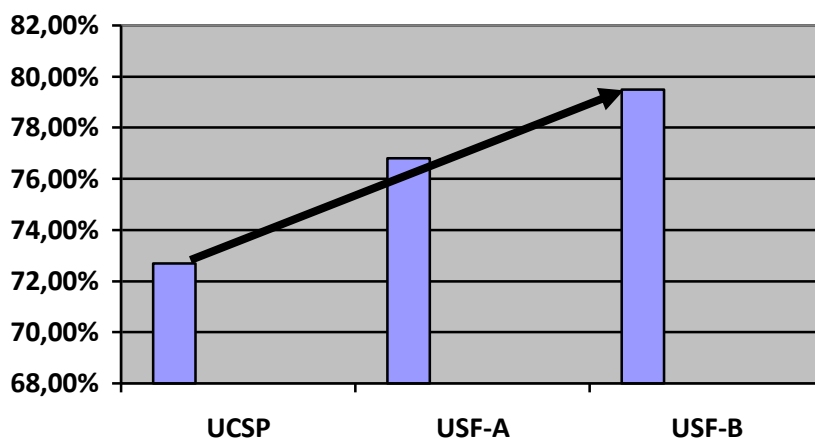


Figura 1 - Relação entre satisfação dos utentes e modelo organizativo. Adaptado de (48).

Tabela 9 - Índices de satisfação comparados por modelo organizativo. Adaptado de (48).

Parâmetros do Questionário		Média	Desvio padrão
1. Cuidados médicos	UCSP	0,76	0,21
	USF-A	0,81	0,19
	USF-B	0,82	0,18
2. Cuidados não médicos	UCSP	0,75	0,22
	USF-A	0,79	0,20
	USF-B	0,82	0,18
3. Organização dos cuidados	UCSP	0,65	0,23
	USF-A	0,69	0,22
	USF-B	0,73	0,20
4. Qualidade das instalações	UCSP	0,71	0,24
	USF-A	0,76	0,22
	USF-B	0,78	0,20

Também estava incluído no questionário, a possibilidade de recomendação da unidade de saúde aos amigos. Mais uma vez, as respostas mais positivas relacionam-se às USF e, dentro destas, às USF-B. Destas, 91,3% dos seus utentes recomendavam a unidade aos amigos, enquanto que 85,8% e 76,6% dos utentes das USF-A e UCSP, respetivamente, recomendavam a unidade aos amigos (48).

Da mesma forma, também se questionou aos utentes sobre a existência de razões para não mudar de unidade de saúde. Igualmente, as USF-B obtiveram as melhores respostas, com 92,2% dos utentes com razões para não mudar de unidade de saúde. Nas USF-A e UCSP, 88,4% e 80,9% dos utentes, respetivamente, tinham razões para não mudar de unidade de saúde (48).

A tese para obtenção de grau de mestre em Gestão das Organizações, realizada por Carla Sofia Machado (Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto) em 2012, tinha como objetivos avaliar a satisfação dos utentes das UCSP e USF do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega e identificar os fatores que a influenciavam (49). Semelhante ao estudo anterior, aqui também obtiveram-se respostas mais positivas em relação às USF, quando comparadas às UCSP. A “organização dos serviços”, “resposta a outras necessidades” e “oferta de outros serviços” foram os pontos com maior divergência nos dois tipos de unidade funcional. Os resultados estão disponíveis na tabela 10.

Tabela 10 - Resultados do estudo "Satisfação de Utenes do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega" de 2012. Adaptado de (49).

Indicadores	Satisfação nas USF (%)	Satisfação nas UCSP (%)
Indicadores EUROPEP		
1. Satisfação global	79,9	73,38
2. Relação e comunicação	82,68	79,13
3. Cuidados médicos	78,91	74,58
4. Informação e apoio	78,84	73,54
5. Continuidade e cooperação	75,29	68,69
6. Organização dos serviços	78,44	68,05
Áreas específicas		
1. Resposta às necessidades	78,95	68,51
2. Recursos humanos	82,94	77,29
3. Instalações	82,24	74,32
4. Oferta de outros serviços	78,65	68,46

Também foi avaliada no âmbito deste estudo a recomendação das unidades funcionais a amigos por parte dos utentes. 78,95% dos utentes das USF recomendavam as mesmas para os amigos enquanto que 65,51% dos utentes das UCSP recomendavam as mesmas para os amigos (49).

Em relação à questão “não vejo qualquer razão para mudar para outra unidade de saúde”, 77,17% e 68,87% dos utentes das USF e UCSP respetivamente concordaram com a afirmação (49).

5.2 Satisfação dos profissionais

A satisfação dos profissionais é essencial para a performance na sua atividade, sendo um dos fatores determinantes do desenvolvimento dos cuidados de saúde. Está interligada à satisfação dos utentes, e como tal, estas duas vertentes da qualidade dos serviços devem ser vistas de uma forma conjunta, permitindo uma análise mais profunda dos processos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (46).

Um estudo realizado pelo CEISUC em 2009, encomendado pelo grupo “Missão para os Cuidados de Saúde Primários”, teve como objetivo monitorizar a satisfação dos profissionais das USF. Foram avaliados profissionais das 143 USF constituídas até Novembro de 2008, tendo sido utilizado um questionário baseado no Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional do CEISUC com os seguintes parâmetros (50):

- Qualidade da USF como local de trabalho: política de recursos humanos, moral, recursos tecnológicos e financeiros;
- Qualidade da USF na prestação de cuidados: atendimento, coordenação dos cuidados, capacidade dos profissionais, sensibilidade, condições das instalações, informações, custos dos cuidados;
- Melhoria contínua da qualidade: melhoria da qualidade, bem à primeira vez, conhecimentos sobre qualidade, ambiente de trabalho, diminuir desperdício, partilha de ideias, orgulho da profissão, expectativas na qualidade.

A média de satisfação dos principais parâmetros avaliados é apresentado na figura 2.

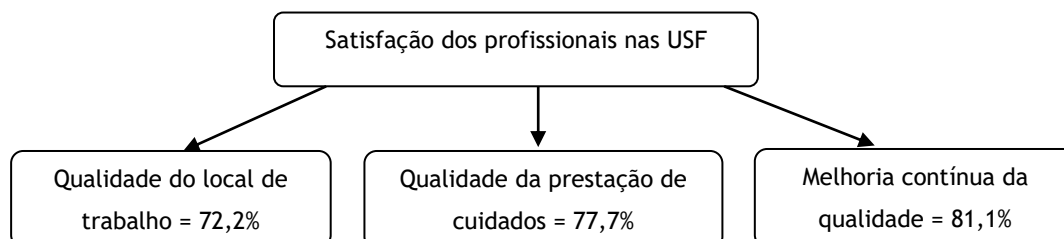


Figura 2 - Média da satisfação dos profissionais das USF dos parâmetros avaliados. Adaptado de (50).

De ressaltar que dentro da qualidade do local de trabalho, o grupo recursos tecnológicos e financeiros, obteve o pior resultado (inclui as facetas vencimento, local de trabalho e equipamento) (50). Em relação à satisfação global, 95,5% dos inquiridos concordaram que os profissionais tinham uma formação adequada (50). Outros parâmetros incluídos estão explícitos na tabela 11.

Tabela 11 - Satisfação global dos profissionais das USF. Adaptado de (50).

Satisfação global	Concordo + concordo muito (%)	Discordo + discordo muito (%)
Recomendo fortemente a USF a amigos	97,9	2,1
Utilizaria esta USF se necessário	97,6	2,2
Se começasse de novo, voltaria a querer trabalhar nesta USF	91,2	5,8

A tese para obtenção de grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada por Maria Carlota Vieira (Instituto de Higiene e Medicina Tropical) em 2010, tinha como objetivos avaliar a satisfação dos profissionais das USF em relação à reforma dos CSP de 2005, descrever o desenvolvimento organizacional das USF e apresentar as áreas prioritárias de mudança na atividade das USF (51).

Em relação à satisfação global com a reforma dos CSP, 59,8% dos coordenadores estavam satisfeitos ou muito satisfeitos e 28,1% estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos. Relativamente à atividade da própria USF, 83,3% dos coordenadores estavam satisfeitos ou muito satisfeitos e 9,9% estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos (51).

Algumas conclusões sobre os parâmetros do desenvolvimento organizacional são apresentadas de seguida (51):

- Qualidade:
 - 70,4% das USF contemplaram este parâmetro no último relatório de atividades;
 - Em 2009 foram feitas avaliações de satisfação, quer dos profissionais, quer dos cidadãos, a nível de todas as USF, por parte do grupo “Missão dos Cuidados de Saúde Primários”.
- Necessidade de formação dos profissionais:
 - 52,2% dos coordenadores estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com as oportunidades de formação dos últimos 2 anos;
- Instrumentos de apoio à gestão das USF:
 - Sistemas de informação e comunicação e aplicações informáticas:

- 55,5% dos utilizadores estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o Vitacare, 50,1% com MedicineOne e apenas 33% com SAM/SAPE (sendo este o mais utilizado);
 - 51,9% dos utilizadores estão insatisfeitos ou muito insatisfeitos com o sistema Alert P1;
 - 59% das USF têm um manual de articulação.
- Processo de contratualização da atividade das USF:
 - Em relação à frase “a contratualização é um estímulo para trabalhar com maior qualidade”, 73,1% dos coordenadores estão de acordo ou muito de acordo;
 - Em relação à frase “o sistema informático é adequado à monitorização dos indicadores contratualizados”, 71,2% dos coordenadores estão muito em desacordo ou em desacordo.
 - Em relação à frase “as metas deveriam ser as mesmas para todas as USF do mesmo ACES”, 54,9% dos coordenadores estão muito em desacordo ou em desacordo.
- Condições técnicas para a atividade das USF:
 - 54,5% dos coordenadores estão muito de acordo ou de acordo com as instalações para a atividade dos profissionais e 55,3% com os equipamentos para a atividade dos profissionais;
 - Em relação aos recursos humanos, existem nos diferentes grupos profissionais situações de não provimento no lugar de quadro.
 - 24,3% das USF tinham cerca de $\frac{1}{4}$ dos profissionais de enfermagem não providos de um lugar no quadro;
 - 29,1% das USF tinham cerca de $\frac{1}{4}$ dos profissionais de secretariado clínico não providos de um lugar no quadro;
 - 8,7% das USF tinham cerca de $\frac{1}{4}$ dos profissionais de Medicina Geral e Familiar não providos de um lugar no quadro.

No que diz respeito às áreas com prioridade de mudança na atividade das USF, os 5 problemas mais sinalizados pelos coordenadores incluíram (51):

1. Sistemas de informação;
2. Articulação com o ACES;
3. Mobilidade dos profissionais para as USF;
4. Remunerações referentes aos 13º e 14º meses e reforma;
5. Processo de contratualização.

Também foram identificadas áreas que podiam ser objeto de melhoria, para que a atividade das USF possa ser otimizada (51):

- Aumento da autonomia, tanto funcional como financeira das USF;
- Melhoria da descentralização de competências das ARS para os ACES;
- Desenvolvimento de uma melhor articulação entre as estruturas dos CSP;
- Otimização dos sistemas de informação;
- Aumento do investimento nas infraestruturas e na governação clínica.

A tese para obtenção de grau de mestre em Psicologia, realizada por Rosemere Azevedo (Universidade Fernando Pessoa) em 2012 tinha como objetivo explorar a satisfação dos profissionais das unidades de Cuidados de Saúde Primários relativamente aos fatores sociodemográficos, aos fatores organizacionais e ao modelo organizacional (52). Foram inquiridos profissionais do ACES do Norte, utilizando o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional criado pelo CEISUC (52). No que tange ao tipo de modelo organizacional implantado, a satisfação profissional média correspondeu a 66% e a 75% nas USF-A e USF-B respetivamente (52). Verificaram-se diferenças relativas à escala de qualidade do local de trabalho (nas facetas recursos humanos, estado de espírito, vencimento, local de trabalho e equipamento) e, melhoria contínua da qualidade. Os valores de satisfação média desses parâmetros são apresentados na tabela 12.

Tabela 12 - Diferenças na satisfação com qualidade do local de trabalho e na melhoria contínua da qualidade. Adaptado de (52).

Modelo organizacional	Qualidade no local de trabalho	Melhoria contínua da qualidade
USF-A	70%	58%
USF-B	80%	67%

Quanto à satisfação global, 97,7% concordaram com uma formação adequada dos profissionais (52). A tabela 13 apresenta os outros parâmetros avaliados:

Tabela 13 - Satisfação global dos profissionais das USF. Adaptado de (52).

Satisfação global	Provavelmente sim + Claro que sim (%)	Provavelmente não + Claro que não (%)
Recomendaria os serviços para amigos e familiares	96,2	3,8
Recorreria aos serviços da unidade caso necessário	94,9	5,1
Escolheria novamente esta unidade para trabalhar	89,3	10,7

Um estudo desenvolvido por Rui Passadouro e Pedro Lopes Ferreira em 2014, tinha como objetivo avaliar o nível de satisfação de profissionais nas USF da Região Centro. Participaram

514 profissionais, 64,8% de USF-A e 35,2% de USF-B (53), tendo sido utilizado o Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional criado pelo CEISUC.

O grau de satisfação média identificado foi de 71,5%. As médias de satisfação em relação aos parâmetros avaliados encontram-se na figura 3.

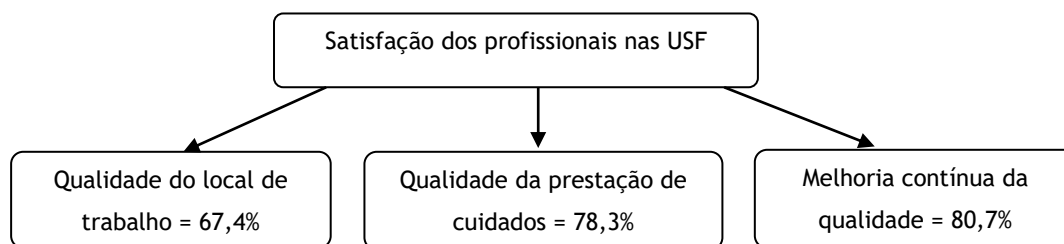


Figura 3 - Média da satisfação dos profissionais das USF dos parâmetros avaliados. Adaptado de (53).

No que diz respeito à satisfação global, 96,4% dos inquiridos afirmaram que os profissionais tinham uma formação adequada. Outros parâmetros podem ser observados na tabela 14.

Tabela 14 - Satisfação global dos profissionais das USF. Adaptado de (53).

Satisfação global	Provavelmente sim + Claro que sim (%)	Provavelmente não + Claro que não (%)
Recomendaria esta USF	99	1
Utilizaria esta USF	98,8	1,2
Escolheria de novo trabalhar nesta USF	93	7

Comparando pelo tipo de modelo organizacional, os profissionais das USF-B pontuaram valores de satisfação mais altos em todos os parâmetros, exceto, coordenador, local de trabalho e vencimento (em que as diferenças não foram muito significativas) (53).

O estudo da Associação Nacional de USF que já conta com 9 edições, titulado “Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, tem o objetivo de “caracterizar o estado da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de 2005” (54), avaliando anualmente a satisfação dos coordenadores das USF, de uma forma geral em relação à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a entidades relevantes do processo, conjuntamente com a satisfação relativa a questões mais específicas das suas atividades diárias nas USF.

Na última edição do estudo (2017/2018), obtiveram-se 375 respostas dum universo de 500 USF ativas. Cerca de 70,7% dos coordenadores estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com a atividade da sua própria USF (54). Esta percentagem foi menor em relação ao resultado do

ano anterior (77,2%) (54). Concomitantemente, a percentagem de insatisfeitos e muito insatisfeitos foi de 16,6%, o valor mais alto de todas as edições (54).

Analisando estes mesmos indicadores por tipo de modelo organizacional, é possível concluir que em relação à satisfação com a atividade da sua própria USF, esta é maior nos profissionais das USF-B em relação aos profissionais das USF-A, em todas as edições do estudo, como pode ser observado nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 - Satisfação dos profissionais das USF-A em relação a atividade da sua própria USF, ao longo dos anos. Adaptado de (54).

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Satisfeito+									
Muito Satisfeito	82,8	85,4	79,6	75,8	65,9	63,2	67,9	63,4	52,4
Insatisfeito+									
Muito Insatisfeito	7,8	4,8	13	18,9	25,6	24,5	21,7	22,4	28,5

Tabela 16 - Satisfação dos profissionais das USF-B em relação a atividade da sua própria USF, ao longo dos anos. Adaptado de (54).

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18
Satisfeito+									
Muito Satisfeito	83,1	88,5	98,6	93,3	96,5	85,5	86,2	89,5	86,8
Insatisfeito + Muito Insatisfeito	12,3	6,5	0	4	1,8	6,2	11,1	3,4	6,6

Na figura 4 da página seguinte, pode-se observar, a evolução das USF e UCSP ao longo dos anos. Na última edição deste estudo, 91,46% dos coordenadores das USF-A afirmaram vontade de evoluir para o modelo B. O modelo A é encarado como transitório, talvez pelo fato de o modelo B exigir maior desempenho, mas simultaneamente atribuir mais incentivos. 88,82% dos coordenadores das USF-A e 87,47% dos coordenadores das USF-B concordaram que as quotas para modelo A e modelo B deveriam ser abolidas (54).

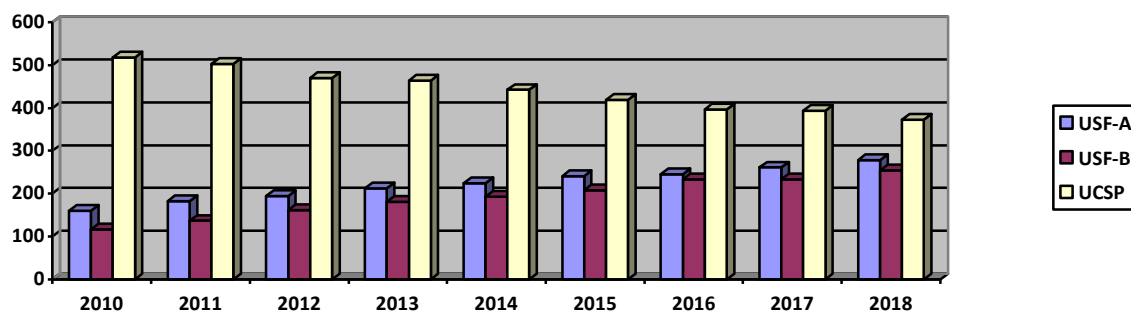


Figura 4 - Evolução do nº de USF, modelo A e B e das UCSP. Adaptado de (55).

Foram identificadas algumas melhorias que poderiam ser implementadas nesta reforma (54):

- Expansão do número de USF e resposta às candidaturas dos modelos A e B;
- Aumento da autonomia dos ACES e diminuição dos “mega-ACES”;
- Maior engajamento no desenvolvimento da Governança Clínica e de Saúde;
- Elaboração de um Plano de Recursos Humanos Nacional a curto, médio e longo prazo.
- Criação de uma estratégia nacional de gestão do conhecimento tanto para os profissionais como para a população em geral;
- Revisão da arquitetura dos sistemas de informação e análise profunda dos sistemas informáticos das unidades;
- Reorganização dos serviços telefônicos;
- Realização de uma avaliação anual dos fornecedores de serviços;
- Aumento do apoio das ARS e dos ACES;
- Elaboração de modelos de integração de cuidados;
- Fortalecimento dos Serviços de Segurança e Saúde no Trabalho/ Saúde Ocupacional;
- Reforço da ligação às comunidades, promovendo uma participação mais dinâmica nas estruturas da Saúde.

5.3 Desempenho

No setor da saúde, conceitos como eficácia (fornecer cuidados baseados no conhecimento científico a todos que possam beneficiar e não fornecer a quem não possa beneficiar) e eficiência (fornecer cuidados e simultaneamente evitar desperdício de equipamento, materiais, ideias e energia) (56) devem ser vistos como alicerces para um fornecimento de cuidados de saúde de qualidade e para uma boa gestão dos recursos.

Um estudo realizado em 2010 com o objetivo de analisar a implementação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, comparou as expectativas e realidades observadas 5 anos após a implementação da reforma. Através de entrevistas tipo “focus groups” com membros dos

conselhos clínicos dos ACES existentes na altura, foram analisados os seguintes temas: cobertura, produtividade, qualidade técnica e qualidade do serviço. Alguns pontos da análise *SWOT* (*strengths, weaknesses, opportunities, threats*) daí resultante estão representados na tabela 17 (57):

Tabela 17 - Análise SWOT do estudo "From policy to reality: clinical managers views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal". Adaptado de (57).

Strengths	Opportunities
<ul style="list-style-type: none"> Gestão dos ACES mais perto da realidade e mais efetiva; Discussão sobre a resolução de problemas por parte dos profissionais; Investimento na educação contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de sistemas de informação efetivas; Conselho da Comunidade que permita participação de outros parceiros;
Weaknesses	Threats
<ul style="list-style-type: none"> Diminuição do pessoal médico e de outros profissionais; Percentagem alta de utentes sem médico de família; Falta de sistemas de informação. 	<ul style="list-style-type: none"> Comunicação deficiente com ARS; Falta de resposta da ARS em relação à gestão dos recursos humanos; Difícil articulação com os hospitais e ULS.

Outra análise *SWOT* foi feita pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários em 2012 com o objetivo de avaliar os Cuidados de Saúde Primários (58), estando alguns dos pontos discutidos na tabela 18.

Tabela 18 - Análise SWOT do Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Adaptado de (58).

Strengths	Opportunities
<ul style="list-style-type: none"> Qualidade dos cuidados de saúde; Contratualização e ganhos de custo-efetividade; Desenvolvimento de uma gestão de proximidade com responsabilização. 	<ul style="list-style-type: none"> Papel dos cidadãos, autarquias e dos media; Crise-económico-financeira e exigência de valor para os cidadãos.
Weaknesses	Threats
<ul style="list-style-type: none"> Desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade; Debilidades nos sistemas de informação; Recursos humanos dos CSP; Liderança e ritmo da reforma; 	<ul style="list-style-type: none"> Risco de esquecimento das finalidades e objetivos da reforma dos CSP; Manutenção do modelo tradicional de prioridades e de investimentos no SNS; Sistemas de informação.

Em 2014, o Tribunal de Contas realizou uma auditoria às unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, abrangendo os anos 2009 a 2012, com o objetivo de “examinar a organização e o desempenho das unidades funcionais...” “tendo em conta o desempenho económico-financeiro, operacional, bem como, os regimes de incentivos, compensações e suplementos remuneratórios” (59). Alguns dos pontos ressaltados pelo relatório incluem (59):

- A evolução dos CS e a reforma dos CSP;
 - Há uma desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, manifestada pela existência de doentes sem médico de família, originando também uma diferença na facilidade de acesso, tanto aos cuidados primários como aos cuidados hospitalares.
 - O trabalho administrativo e os sistemas informáticos devem ser organizados de forma a subtrair o menos possível, as horas de trabalho dos médicos, destinadas à atividade assistencial.
 - A criação dos ACES e das USF não foi precedida nem seguida por avaliações que comprovem os ganhos em saúde ou nos custos.
 - A reforma tem se restringido à criação de USF e à transformação de USF-A em USF-B, de acordo com um Despacho Conjunto do Ministro do Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde.
- Análise de custos: comparação entre USF e UCSP;
 - Nas USF-B os custos unitários com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) resultam em poupanças que são, em parte, subtraídos por custos com o pessoal.
 - Por não se terem feito avaliações dos efeitos das poupanças em termos de ganhos em saúde, não se pode afirmar que os custos unitários mais baixos se traduzam em ganho efetivo.
 - Há características das UCSP associadas a maiores custos: idosos em maior proporção, maior proporção de doentes com Diabetes Mellitus e estarem presentes em locais com baixa densidade populacional em maior número.
 - As UCSP têm maiores custos e as USF-A, em média, tem maior eficiência económica nos custos unitários, (tanto por consulta, como por utilizador);
- Incentivos, compensações pelo desempenho e suplementos nas USF;
 - Existe um desequilíbrio entre os incentivos atribuídos às USF e aos profissionais e o grau de eficiência económica observado.
 - Os incentivos atribuídos têm o objetivo de compensar o grau de atingimento dos objetivos fixados para os indicadores contratualizados, em vez da eficiência relativa entre as unidades;
 - A existência de diferenças na remuneração, consoante o modelo organizativo, resulta em desigualdades no vencimento dos funcionários dos Cuidados de Saúde Primários. Tal desigualdade pode revelar-se um desencorajamento para os profissionais que não recebam incentivos remuneratórios.

- Contratualização e desempenho face aos objetivos contratualizados;
 - A contratualização dos CSP não é acompanhada de estudos que explorem as necessidades em saúde e a oferta de serviços públicos e nem de elaboração de orçamentos específicos.
 - Os indicadores contratualizados não estão relacionados diretamente com resultados em saúde, mas sim com procedimentos da prática clínica.
 - Não tem havido por parte das ARS, uma revisão dos indicadores contratualizados e nem das metas fixadas para os mesmos, consoante a atualização das listas dos utentes inscritos e da evolução dos fatores geodemográficos;
 - A avaliação do desempenho e a consequente remuneração não faz a divisão entre resultados de medidas apenas administrativas e resultados do trabalho em equipa ou individual.
- USF - candidaturas;
 - A candidatura à criação de uma USF é voluntária, consoante o preenchimento de condições pré-definidas.
 - As USF estão distribuídas em maior número no litoral, tendo o interior 10,20%.
 - Foi fixado em 2012 e 2013 o número máximo de USF-A a transitar para USF-B, não sendo os critérios justificados nos despachos conjuntos do Ministro do Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde;
- Articulação com cuidados hospitalares;
 - Existe um número elevado de pedidos de consultas realizados pelos médicos dos CSP, como “pedidos de triagem” nos hospitais, estando a avaliação e marcação de consulta pelos hospitais a ultrapassar o tempo máximo fixado. Isto limita o acesso aos cuidados hospitalares, traduzindo a inexistência de integração dos vários níveis de cuidados.
- Objetivos e metas em curso e perspetivas de sustentabilidade;
 - A ausência de avaliação quantitativa sobre os impactos da reforma dos CSP impossibilita conhecer as poupanças e os ganhos em saúde decorrentes das estruturas dos CS ou ainda o impacto nos cuidados hospitalares.
 - É necessário destacar que ainda não foram cumpridos todos os objetivos propostos pela reforma para os Cuidados de Saúde Primários, pelas metas pré-estabelecidas no memorando de entendimento, ou ainda, as medidas já traçadas pelo grupo de trabalho para a reforma hospitalar.

Em 2015, a Coordenação Nacional para a Reforma do SNS (área dos Cuidados de Saúde Primários) conduziu uma avaliação custo-consequência dos modelos organizacionais USF-B e UCSP dos Cuidados de Saúde Primários, desse mesmo ano (60).

Tendo considerado apenas as unidades funcionais que estiveram ativas durante todo o ano, e apenas os utentes com médico de família atribuído, foram calculados custos por inscrito e por utilizador, tendo em conta os seguintes parâmetros:

- Vencimentos;
- Suplementos;
- Horas extraordinárias;
- Internos de Medicina Geral e Familiar (MGF);
- Domicílios;
- Medicamentos;
- MCDT;
- Urgências;
- Internamentos.

Os valores obtidos destes cálculos estão demonstrados na tabela 19:

Tabela 19 - Custos por inscrito e por utilizadores nas USF-B e UCSP durante o ano de 2015. Adaptado de (60).

	USF-B	UCSP
Custo/inscrito	257€	289€
Custo/utilizador	350€	430€

Foram criadas unidades-padrão USF-B e UCSP como centro de resultados e foram feitas comparações entre os mesmos, onde a USF-B apresentou melhores resultados tanto nos indicadores de gestão da saúde e gestão da doença, como nos custos (60). Este estudo permitiu concluir que (60):

- USF-B têm mais ganhos em saúde, tanto imediatos como a médio/longo prazo;
- USF-B são mais eficientes;
- Se toda a população inscrita nas UCSP estivesse nas USF-B, haveria tanto uma melhoria dos resultados em saúde como uma redução dos custos globais (poupança de 103.611.995 euros em 2015).

Em 2015, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) conduziu um estudo para comparar os modelos de gestão das USF e UCSP. Este estudo concluiu que as USF-B obtiveram maior desempenho na maioria dos indicadores considerados, podendo este maior desempenho estar associado ao regime de incentivos financeiros destas mesmas unidades funcionais. Algumas das conclusões apresentadas são apresentadas em seguida (61):

- UCSP têm uma maior proximidade à população, com 97,5% da mesma, a menos de 30 minutos de uma UCSP;
- Existe uma importante desigualdade regional no acesso às USF;

- Há uma percentagem muito superior de utentes com médico de família atribuído nas USF em relação às UCSP;
- As USF-B têm tendência a ser mais eficientes na realização de consultas, tendo em conta o número de utentes inscritos;
- As USF-B tiveram maior desempenho no que respeita a cuidados de saúde de prevenção e prevalência de doenças;
- As USF-B exibiram menor despesa média com medicamentos e MCDT, além de terem uma maior prescrição de medicamentos genéricos.

A tese para obtenção de grau de mestre em Gestão de Unidades de Saúde, realizada por Cristiano Teixeira (Universidade do Algarve) em 2016 teve como objetivo identificar a existência de diferenças em relação ao desempenho de modelos organizativos (UCSP, USF-A e USF-B) introduzidos na reforma dos cuidados primários em Portugal (43). Foram utilizados 12 indicadores que fazem parte da contratualização desses mesmos modelos organizativos, USF, UCSP e UCSP-M (UCSP com utentes com médico de família atribuídos), disponíveis na tabela 20.

Tabela 20 - Indicadores de contratualização dos modelos organizativos. Adaptado de (43).

Indicador	Designação
Id_1	Proporção de consultas realizadas pelo médico de família
Id_2	Taxa de utilização global de consultas médicas
Id_3	Taxa de consultas médicas no domicílio por 1.000 inscritos
Id_4	Taxa de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos
Id_127	Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre
Id_131	Percentagem de mulheres entre 50 e 70 anos, com mamografia registada nos últimos 2 anos
Id_132	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada
Id_136	Percentagem de utentes com diabetes (vigiados), com 2 ou mais HbA1c registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres
Id_139	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 2 anos
Id_138	Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias
Id_143	Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 7 anos (registo completo)
Id_152	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no 1º trimestre

Como se pode ver na tabela 21 da página seguinte, as UCSP obtiveram o valor mais baixo de taxa média de desempenho, e em contrapartida, as USF-B obtiveram o valor mais alto (43). Partindo do princípio que dentro de cada grupo existem unidades funcionais com as melhores práticas - (“fronteiras de eficiência”) (43), pode-se analisar o desempenho médio em cada grupo, tendo em conta a sua própria fronteira de desempenho. O grupo das UCSP é o que teve

menos unidades com taxa de desempenho máximo (4%), sendo que nas USF-B este número foi muito superior (20%).

Tabela 21 - Taxa média de desempenho de cada grupo de unidades funcionais. Adaptado de (43).

	Unidades funcionais com taxa de desempenho máximo	Taxa média de desempenho (média aritmética)
UCSP	17/389 (4%)	90,95%
UCSP-M	19/370 (5%)	92,55%
USF-A	13/172 (8%)	95,79%
USF-B	32/162 (20%)	97,81%

Em relação ao Índice de Produtividade (que engloba o “grau de dispersão no que toca às distâncias face à fronteira e a diferença de produtividade entre fronteiras” (43)), o Ranking de Produtividade Total dos 4 grupos resultou na seguinte ordem (43):

- 1º lugar: USF-B;
- 2º lugar: USF-A;
- 3º lugar: UCSP-M;
- 4º lugar: UCSP.

Este estudo também permitiu fazer cálculos em relação à produtividade de cada tipologia de unidade funcional. Concluiu-se que, se as diferenças observadas entre as unidades funcionais fossem justificadas apenas pelo modelo organizativo, a evolução de uma tipologia para outra poderia traduzir-se no aumento da produtividade da seguinte forma (43):

- Uma UCSP ao evoluir para uma USF-A, aumentaria a sua produtividade total em 8,55%;
- Uma UCSP ao evoluir para uma USF-B, aumentaria a sua produtividade total em 11,79%;
- Uma USF-A ao evoluir para uma USF-B, aumentaria a sua produtividade total em 2,99%.

Estes valores mais positivos das USF-A e das USF-B, poderiam dever-se a “problemas de gestão interna das UCSP ou mais à tecnologia (estrutura organizativa) das USF” (43). Por este motivo, este Índice de Produtividade Total deve ser analisado com outras informações.

Em relação à dispersão no nível de desempenho dentro de cada grupo, os cálculos aferiram que o grupo das UCSP apresenta o maior valor, seguido das UCSP-M, depois as USF-A e por último as USF-B. Concluiu-se que o desempenho relativo das UCSP é cerca de 7,8% mais disperso do que o nível de desempenho relativo das USF-B, apontando para uma melhor gestão interna das USF-B. Isto significa que seria possível aumentar o desempenho das USCP

apenas com a melhoria da gestão interna das UCSP, sem uma evolução do modelo organizativo (43).

Adicionalmente, concluiu-se que a evolução em termos de modelo organizativo das unidades permitiria um ganho na produtividade de 2,85% se as UCSP passassem a USF-A e 3,7% se passassem a USF-B (43).

O cálculo do Índice de Produtividade Total incluiu o valor de dispersão no nível de desempenho e o ganho de produtividade com a evolução em termos de modelo organizativo. Do que resulta a conclusão de que a menor produtividade das UCSP em relação às USF-B deve-se em maior parte a problemas de gestão interna, e não tanto ao tipo de modelo organizativo (43). Neste sentido, uma UCSP poderia aumentar a sua produtividade com medidas de gestão interna em cerca de 5%, sem evoluir em termos de modelo organizativo. Esta evolução organizativa seria responsável por apenas 2,85% de aumento de produtividade (43). Da mesma forma, uma USF-A teria uma margem de melhoria de 2,14% com medidas de gestão interna e apenas 0,82% com a evolução organizativa para USF-B (43).

6 Análise SWOT

A discussão sobre os resultados dos estudos apresentados, sobre a avaliação da satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais e desempenho, relativamente à Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, e mais concretamente a implementação das USF, pode ser organizada de uma melhor forma através de uma análise SWOT:

- *Strengths* (Forças):
 - Boa satisfação dos utentes no que toca à relação e comunicação com os profissionais de saúde das USF;
 - Boas taxas de recomendação das USF dos utentes a amigos;
 - Maiores níveis de satisfação dos utentes e dos profissionais em relação às USF-B;
 - Confiança dos profissionais no funcionamento das USF;
 - Maior percentagem de utentes com médico de família nas USF;
 - Contratualização nas USF como estímulo para os profissionais;
 - Mais ganho em saúde e mais eficiência por parte das USF-B;
 - Menores custos por inscrito e por utilizador nas USF-B;
 - Menores custos com medicamentos e MCDT nas USF-B;
 - USF-B com maiores taxas de desempenho médio em relação a outras unidades funcionais;
 - Maior desempenho relativamente a cuidados de saúde de prevenção e prevalência de doenças nas USF-B;
- *Weaknesses* (Fraquezas):
 - Tempo de espera para marcação de consulta e atendimento no próprio dia da consulta;
 - Dificuldade na marcação por telefone;
 - Não cumprimento dos horários por parte dos médicos;
 - Satisfação mais baixa relativamente à organização dos serviços, oferta de serviços, organização dos cuidados, continuidade e cooperação, vencimento, local de trabalho e equipamento;
 - Insatisfação relativamente aos sistemas informáticos e ao processo de contratualização;
 - Existência de utentes sem médico de família;
 - Desigualdade no acesso a cuidados de saúde;
 - Ausência de estudos que comprovem ganhos em saúde e nos custos com a implementação dos ACES e das USF;
 - Ausência de relação direta entre indicadores contratualizados e resultados em saúde;
 - Ausência de revisão dos indicadores contratualizados;

- *Opportunities* (Oportunidades):
 - Melhoria da relação entre os utentes e os profissionais de saúde;
 - Aumento da flexibilidade na prestação de serviços;
 - Melhoria da relação centro de saúde/comunidade;
 - Melhoria da oferta de cuidados ao domicílio e aumento do número de valências no centro de saúde;
 - Criação de estratégias de marketing para o centro de saúde e para a reforma;
 - Combate à passividade do utente em relação ao centro de saúde;
 - Aumento da autonomia das USF (quer a nível funcional como financeira) e dos ACES;
 - Melhoria da articulação entre as estruturas dos Cuidados de Saúde Primários;
 - Atualização dos sistemas de informação;
 - Aumento do investimento nas infraestruturas e na governação clínica;
 - Criação de um Plano de Recursos Humanos Nacional;
- *Threats* (Ameaças):
 - Pouca participação dos utentes na gestão da sua própria saúde e no funcionamento do centro de saúde;
 - Evolução lenta da implementação de USF;
 - Insatisfação relativamente à articulação com os ACES, ARS e hospitais;
 - Trabalho administrativo e sistemas informáticos como entraves à atividade assistencial;
 - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários limitada apenas à implementação de USF;
 - Falta de profissionais;
 - Diferenças na remuneração dos profissionais consoante o modelo organizativo;
 - Maior número de USF no litoral;

7 Conclusão

Atualmente, Portugal continental conta com cerca de 9.800.000 habitantes, distribuídos de uma forma muito desproporcional. Só a Área Metropolitana de Lisboa tem quase 30% da população total e apenas 12% da população se distribui pela Região Sul do país (Alentejo e Algarve).

Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, tem sido afetado pela problemática da perda e envelhecimento da população, justificados pela diminuição dos indicadores da fecundidade, aumento da esperança média de vida e migração da população.

No entanto, apesar de a população portuguesa viver mais, não vive necessariamente melhor. O aumento da prevalência das doenças crónicas e os fatores de risco associados podem ser combatidos através do investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, função principal dos Cuidados de Saúde Primários.

A Declaração de Alma-Ata de 1978 revelou-se muito importante para estabelecer o significado dos Cuidados de Saúde Primários, tendo definido os mesmos como “função central e o foco principal do sistema de saúde” (31). De ressaltar que Portugal deu passos importantes neste domínio, ainda antes desta mesma declaração. Os Cuidados de Saúde Primários formaram a base do SNS, uma das maiores conquistas em saúde do país.

Foram várias as tentativas de remodelação dos Cuidados de Saúde Primários, até se chegar na reforma de 2005. Esta reforma teve como mudanças principais:

- Constituição de USF;
- Criação de ACES;
- Introdução de um novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica.

As USF revelaram-se o centro desta reforma. São definidas como “unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.” (10). As USF possuem um plano de ação, são objeto de avaliação contínua (através de indicadores contratualizados com as respetivas ARS) e têm uma remuneração com particularidades próprias (remuneração base da categoria profissional, suplementos e compensações pelo desempenho). Atualmente as USF cobrem cerca de metade da população portuguesa.

De entre os pontos fortes da análise *SWOT* final, dos estudos apresentados, destacam-se a maior atribuição de médicos de família a utentes das USF, a maior satisfação tanto de utentes

como de profissionais em relação às USF-B, e o potencial das USF-B de gerar maiores taxas de desempenho, maiores ganhos em saúde e menos custos. Não obstante estes pontos fortes, a existência de dois modelos organizacionais de base cria uma desigualdade no acesso a cuidados de saúde. Outros pontos fracos enfatizados incluem os valores de satisfação mais baixos em relação a aspetos como vencimento, local de trabalho, equipamento, organização de serviços e sistemas informáticos, a insatisfação com o processo de contratualização e a ausência de estudos comprovantes dos ganhos em saúde e nos custos com a implementação dos ACES e das USF.

Com base na análise efetuada, entendemos que muito já foi feito no sector da saúde, mas ainda há muito por fazer no âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Estratégias que incluam a melhoria da relação entre os utentes e os profissionais, e de uma forma mais abrangente entre o centro de saúde e a comunidade, o aumento da autonomia dos ACES e das USF, a melhoria da articulação entre as diferentes estruturas dos Cuidados de Saúde Primários e a atualização dos sistemas de informação, constituem ações-chave para continuar a reforma.

Deve-se manter simultaneamente uma atenção redobrada às ameaças ao bom andamento da reforma: a pouca participação dos utentes na reforma, a falta de profissionais, ao trabalho administrativo e sistemas informáticos como entraves a uma melhor atividade assistencial, à diferença de remuneração consoante o modelo organizativo e à insatisfação relativamente à articulação com os ACES, ARS e hospitais. Todos estes fatores podem tornar-se motivos de desencorajamento ao trabalho dos profissionais, com implicações diretas na qualidade dos cuidados de saúde fornecidos aos utentes.

Como reflexão final, gostaríamos de evidenciar a existência dos dois modelos organizativos em simultâneo, USF e UCSP, como promotora de desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. Neste momento, torna-se necessário pensar e decidir se não seria melhor acelerar a implementação das USF ou então dotar as UCSP com ferramentas que permitam melhorar o seu desempenho em relação às USF. Uma das áreas mais merecedora de atenção, é a dos recursos humanos, que deverão ser capacitados, especialmente no que diz respeito a competências de gestão. De igual importância é também a comunicação entre as várias estruturas dos Cuidados de Saúde Primários. A colaboração entre as diferentes entidades é fundamental para melhorar a satisfação dos profissionais, aumentar a autonomia das unidades de saúde e para elaborar estratégias no sentido de aumentar tanto os ganhos em saúde, como as poupanças em termos de custos.

Como linhas futuras de investigação, sugere-se estudos que avaliem, se não haveria ganhos significativos de eficiência, relativamente às UCSP, investindo na capacitação dos recursos humanos no respeitante a competências de gestão, aumentando a sua autonomia, para além da melhoria dos sistemas informáticos, de entre outras medidas, comparativamente às USF.

Isto é, até que ponto os investimentos realizados na criação das USF, se aplicados para melhorar e aperfeiçoar o desempenho das UCSP, não resultariam em ganhos equivalentes de eficiência e saúde.

Por outro lado, seria interessante analisar, até que ponto o estímulo dado aos profissionais das USF, principalmente em termos de incentivos remuneratórios associados ao cumprimento de um conjunto de indicadores, não interfere com a componente humanitária, da relação médico paciente, atributo particular do exercício da profissão médica.

Por último, dado à situação atual de envelhecimento da população portuguesa, seria também pertinente refletir sobre a necessidade imperiosa de criação da especialidade médica de Geriatria em Portugal, de forma a habilitar a classe médica com as melhores ferramentas para lidar com esta problemática de perda e envelhecimento da população e minorar os seus impactos.

Como limitações ressalta-se a insuficiência de estudos relativos ao impacto da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e mais concretamente da implementação das USF, organizados por regiões administrativas e, em particular, tendo em conta certos indicadores demográficos.

Por outro lado, limitações de ordem temporal, determinaram a não deslocação a algumas USF e UCSP, para realização de contactos com os seus responsáveis e utentes, para uma melhor compreensão das suas realidades quotidianas e dos seus desafios.

A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários foi uma das grandes promessas de transformação da administração pública, tendo a criação das USF o potencial de melhorar tanto a produtividade em resultados de saúde como nos custos, daí que todos os esforços deverão ser aplicados para compreender o melhor caminho a seguir.

Referências

1. PORDATA. Taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil [Internet]. [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528-2950>
2. INE. Esperança de vida à nascença por sexo [Internet]. [cited 2018 Dec 13]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001724&contexto=bd&selTab=tab2
3. WHO | About social determinants of health [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2019 Apr 1]. Available from: https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
4. ISEG JBC. O envelhecimento da população portuguesa [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <https://medium.com/@isegjbc/o-envelhecimento-da-populacao-portuguesa-8426628cf14c>
5. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde 2018. 2018.
6. OECD; European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU [Internet]. 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/888933593760>
7. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005. Diário da República n.º 196/2005, Série I-B de 2005-10-12 2005 p. 5981-2.
8. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. 2006.
9. Administração Central do Sistema de Saúde. Modelos Organizacionais das USF [Internet]. [cited 2019 Feb 10]. Available from: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGestaoeFinanciamentoPrestSaude/C SaudePrimarios/CuidadosdeSaudePrimarios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>
10. Conselho de Ministros. Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). Decreto-Lei n.º 298/2007 - Diário da República n.º 161/2007, Série I de 2007-08-22 2007.

11. INE. População residente por Local de residência, Sexo e Grupo etário [Internet]. [cited 2018 Dec 12]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0008273&selTab=tab0&xlang=pt
12. INE. Projeções de População Residente 2015-2080 [Internet]. 2017. Available from: https://www.esquerda.net/sites/default/files/29projpop2015-2080_pt.pdf
13. INE. Índice Sintético de Fecundidade [Internet]. [cited 2019 Apr 2]. Available from: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5310>
14. PORDATA. Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução [Internet]. [cited 2018 Dec 13]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+Índice+sintético+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodução-416>
15. PORDATA. Índice de envelhecimento [Internet]. [cited 2018 Dec 13]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+envelhecimento-1609>
16. PORDATA. Índice de dependência de idosos [Internet]. [cited 2018 Dec 13]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Índice+de+dependência+de+idosos-1929>
17. PORDATA. SalDOS populacionais anuais: total, natural e migratório. [Internet]. [cited 2018 Dec 13]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Saldos+populacionais+anuais+total++natural+e+migratório-657>
18. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. 2014.
19. INE. Anos Potenciais de Vida Perdidos [Internet]. [cited 2019 Apr 2]. Available from: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/6215>
20. PORDATA. Anos de vida saudável aos 65 anos: por sexo [Internet]. [cited 2019 Jan 9]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Anos+de+vida+saudável+aos+65+anos+por+sexo-1590>
21. Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2017 Report [Internet]. 2018. Available from: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>

22. Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga. Serviço Nacional de Saúde [Internet]. [cited 2018 Dec 20]. Available from: http://www.chedv.min-saude.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=107:1-servico-nacional-de-saude&catid=39:guia-online-do-utente&Itemid=201
23. Serviço Nacional de Saúde. Composição do SNS [Internet]. [cited 2018 Dec 20]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/composicao-do-sns/>
24. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro [Internet]. 2013. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/500071>
25. Conselho de Ministros. Anexo III ao Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro. Portugal; 2017.
26. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality : Portugal 2015: Raising Standards. 2015.
27. Simões JDA, Augusto GF, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2017. 2017;19(2).
28. Ministério da Saúde. Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2017. 2017.
29. INE. Conta Satélite da Saúde 2015-2017Pe. 2018.
30. PORDATA. Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador [Internet]. [cited 2018 Dec 28]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+total+e+por+tipo+de+agente+financiador-2959>
31. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978.
32. Costa C, Santana R, Lopes S. Custos e Preços na Saúde: Passado, presente e futuro. 2013.
33. Miguel LS, Brito de Sá A. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. 2010.
34. OPSS. Conhecer os caminhos da Saúde: Relatório Primavera 2001. 2001;
35. Assembleia da República. Decreto-Lei n.º56/79 de 15 de Setembro. 1979 p. 2357-63.

36. Pisco L. A Reforma Dos Cuidados De Saúde. Cad Econ [Internet]. 2007;60-6. Available from: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf
37. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos: Orientações estratégicas. 2004.
38. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº200/2016. Diário da República, 2.ª série – N.º 156 – 16 de agosto 2016 p. 570-1.
39. Coordenação Nacional para os Cuidados de Saúde Primários. Reforma do Serviço Nacional de Saúde - Plano estratégico e operacional. 2016.
40. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar. 2006.
41. Conselho de Ministros. Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro [Internet]. 2008 p. 1182-9. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/247675>
42. Coordenação Nacional Reforma SNS - CSP. Unidades de Saúde Familiar Ativas [Internet]. [cited 2019 Feb 10]. Available from: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYmExOGZhMzUtOWY0My00NTQzLWEwYzQtOGVmNTIwYWU2ZWJjliwidCI6IjlyYzg0NjA4LWYwMMWQtNDZjNS04MDIOLTYzY2M5NjJlNWY1MSlslmMiOjh9>
43. Teixeira C de J. Diferentes modelos organizativos de cuidados de saúde primários apresentam diferenças no desempenho? [Tese de Mestrado] [Internet]. 2016. Available from: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/10106>
44. Biscaia A, Pereira A, Cardeira R, Fehn AC. O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2016/2017 Sumário Executivo. 2017; Available from: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/Documentos/Momento_Atual_Reforma_CSP_Portugal_2015_2016_Relatorio.pdf
45. Almeida MINP. A reforma dos cuidados de saúde primários e o seu impacto na satisfação dos utentes [Tese de Mestrado] [Internet]. 2015. Available from: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/78796>
46. Santos O, Biscaia AR, Antunes AR, Craveiro I, Júnior A, Caldeira R, et al. Os Centros de Saúde em Portugal: Determinantes da Satisfação com o Funcionamento Actual & Prioridades de Reforma. 2007.

47. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF. 2009.
48. Ferreira PL, Raposo V. Monitorização da Satisfação dos Utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP. 2015.
49. Machado CS de AM. Satisfação de Utentes do ACES Tâmega I - Baixo Tâmega [Tese de Mestrado]. 2012.
50. Ferreira PL, Antunes P. Monitorização Da Satisfação Dos Profissionais Das USF. 2009.
51. Vieira MCCMP. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Caracterização das Unidades de Saúde Familiar em 2010 [Tese de Mestrado]. 2010.
52. Azevedo ROB. Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários [Tese de Mestrado]. 2012.
53. Passadouro R, Ferreira PL. Satisfação Profissional nas Unidades de Saúde Familiar da Região Centro. Acta Med Port. 2016;716-25.
54. USF-AN. O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2017/2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 12]. Available from: <https://app.box.com/s/py3xim1f7g1018oih0q4icgcfhqzkgp4>
55. Ministério da Saúde. Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2017. 2017.
56. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: a New Health System For the 21st Century. 2001.
57. Lapão 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 [cited 2019 Apr 5];27(4):295-307. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/hpm.2111>
58. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Análise SWOT e Recomendações para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. 2012.
59. Tribunal de Contas. Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários. 2014.

60. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários. Avaliação custos-consequências comparativa das USF B e UCSP 2015. [Internet]. 2018. Available from: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/CNCSP-Avaliação_USF-vF.pdf

61. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo Sobre As Unidades De Saúde Familiar E As Unidades De Cuidados De Saúde Personalizados [Internet]. 2016. Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1793/ERS_-_Estudo_USF_e_UCSP_-_final__v.2_.pdf

