

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Condicionantes e Estratégias

Luísa Dias Quintino Guerreiro Ramalho

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Doutoramento em Economia
Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo,
Professor Associado com Agregação
ISCTE-IUL

junho, 2021



**BUSINESS
SCHOOL**

**Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal:
Condicionantes e Estratégias**

Luísa Dias Quintino Guerreiro Ramalho

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:
Doutoramento em Economia
Nuno Miguel Pascoal Simões Crespo,
Professor Associado com Agregação
ISCTE-IUL

junho, 2021

“Of all the forms of injustice, injustice in health care is the most shocking and inhuman”

Martin Luther King Jr.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha família que me apoiou desde o início, possibilitando a frequência no mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, e sem o seu apoio nada disto seria possível.

Agradeço ao meu orientador o Professor Nuno Crespo, pela disponibilidade dedicada e de grande competência, compreensão e atenção incansável durante a realização da minha tese.

À equipa do ACES Loures-Odivelas, em especial a Dr.^a Ana Sequeira pelos valores que me transmitiu, uma vez que o tema da minha tese surgiu em contexto de estágio, tornando toda esta experiência tão enriquecedora.

Aos meus colegas de turma, Vera, Ricardo e Laura, pelo companheirismo e amizade ao longo destes dois anos.

RESUMO

Os Cuidados de Saúde Primários são a primeira linha de contacto dos indivíduos, das suas famílias e da comunidade com o sistema de saúde, tendo estes como missão aumentar a proximidade dos cuidados de saúde até aos locais onde as pessoas vivem e trabalham (Teixeira et al., 2016; WHO, 2008). Tendo em consideração a importância que estes cuidados têm na vida das populações, surgiu a questão de investigação “como é o acesso aos CSP em Portugal?”.

A presente investigação tem como objetivo caracterizar o acesso aos CSP em Portugal, recorrendo à análise de indicadores de acesso, por forma a identificar os fatores que condicionam o acesso a estes serviços. Trata-se de uma revisão de literatura baseada na recolha de artigos científicos provenientes de bases de dados *online*, complementada com dados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Importa considerar o enorme avanço na reforma dos CSP nos últimos 5 anos, no entanto a equidade não foi totalmente garantida, persistindo ainda cerca de 730.232 de utentes sem médico de família em Portugal, sendo que 40% destes indivíduos residem na área geográfica da Grande Lisboa (SNS, 2019b). Sem políticas e lideranças fortes, os sistemas de saúde não progridem voluntariamente para os valores que orientam os CSP, nem respondem eficazmente aos graduais desafios de saúde (WHO, 2008), por este motivo, foi importante incluir um capítulo com estratégias de intervenção apresentadas em vários estudos, que visam a melhoria dos CSP e que poderiam ser aplicadas no contexto português.

Palavras-Chave: Cuidados de Saúde Primários; Acesso; Portugal; Equidade; Fatores Condicionantes; Estratégias.

ABSTRACT

Primary Health Care is the first line of contact between individuals, their families and the community with the health system, whose mission is to increase the proximity of health care to the places where people live and work (Teixeira et al., 2016; WHO, 2008). Considering the importance that this care has in populations, the question of research arises ‘‘ how is access to PHC in Portugal?’’.

This research aims to characterize access to PHC in Portugal, using the analysis of access indicators, in order to identify which factors influence access to these services. This is a literature review based on the collection of scientific articles from online databases, supplemented with data provided by the Portuguese Health’s Ministry.

It is important to highlight the enormous progress in the reform of PHC in the last 5 years, however equity has not been fully achieved, around 730.232 individuals still haven’t a family doctor in Portugal, with 40% of these individuals residing in the geographical area of Greater Lisbon (SNS, 2019b). Without strong policies and leaderships, health systems do not progress voluntarily towards the values that guide PHC, or do they respond effectively to gradual health challenges (WHO, 2008) for this reason, it was important to include a chapter with intervention strategies presented in several studies in order to improve PHC and that could be applied in the Portuguese context.

Keywords: Primary Health Care; Access; Portugal; Equity; Conditioning Factors; Strategies.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	3
1.1 Métodos de Investigação	3
1.2 Técnicas e Fontes de Dados.....	3
CAPÍTULO I: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	7
1.1 Cuidados de Saúde Primários	7
1.2 Evolução das Reformas em Portugal.....	9
1.3 Entidades Prestadoras de CSP	11
1.4 Contratualização	13
CAPÍTULO II: CONDIÇÕES DE ACESSO EM PORTUGAL	15
2.1 Caracterização da População Portuguesa	15
2.2 Cobertura Nacional dos CSP	17
2.3 Equidade em Saúde e Fatores Condicionantes	25
CAPÍTULO III: DESAFIOS, AVANÇOS E ESTRATÉGIAS	30
3.1 Avanços e Desafios da Implementação da Reforma de 2005.....	31
3.1 Retrospectiva das Estratégias adotadas em Portugal, nos últimos 5 anos	33
3.1.1 Estratégias no âmbito da Contratualização.....	37
3.1.2 Estratégias para os utentes sem médico de família.....	39
3.2 Aprender com Estratégias Internacionais	40
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processos efetuados na investigação (PRISMA Diagram).....	5
Figura 2 - Evolução de N° de USF, UCC e UCSP	18
Figura 3 - Evolução da % de população residente coberta por USF e por UCC	19
Figura 4 - Evolução da % de utentes com médico de família inscritos em CSP vs. Residentes	20
Figura 5 - Evolução da % de utentes inscritos com médico de família, por região, nos últimos 5 anos.....	22
Figura 6 - Evolução de n° utentes sem médico de família atribuído	22
Figura 7 - Evolução da % utentes com enfermeiro de família atribuído	23
Figura 8 - Evolução de N° utentes sem médico de família atribuído	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Variação do N° de Unidades Funcionais nos últimos 5 anos	18
Tabela II - Variação da % de população residente coberta por USF e UCC nos últimos 5 anos	19
Tabela III - Variação da % de utentes com médico de família inscritos em CSP, nos últimos 5 anos.....	20
Tabela IV - Variação da % de utentes inscritos com médico de família atribuído, por região, nos últimos 5 anos	21
Tabela V - Variação da % de utentes inscritos sem médico de família atribuído	22
Tabela VI - Variação da % de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído	23
Tabela VII - Variação do n° de consultas médicas, de enfermagem e outros profissionais de saúde.....	24
Tabela VIII - Características demográficas e socioeconómicas da população da área de abrangência das UCSP, USF-A e USF-B, em 2018.....	27

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

IDC - Indicadores de Desempenho Contratualizados

IDG - Índice de Desenvolvimento Global

INE - Instituto Nacional de Estatística

IOM - Instituto de Medicina

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MGF - Medicina Geral e Familiar

PNS - Plano Nacional de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

“Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar, para si e para as suas famílias, o que inclui alimentação, vestuário, habitação e prestação de cuidados de saúde (...)” (ONU, 1968, p. 7). Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são a primeira linha de contacto dos indivíduos, das suas famílias e da comunidade com o sistema de saúde, tendo estes como missão aumentar a proximidade dos cuidados de saúde até aos locais onde as pessoas vivem e trabalham (Teixeira et al., 2016; WHO, 2008). Estes cuidados são considerados a base central do sistema de saúde, contribuindo para o acesso universal aos restantes tipos de cuidados (Menezes, Scherer, Verdi, & Pires, 2017), promovendo a eficiência global dos sistemas, e assim, a redução dos gastos financeiros e iniquidades existentes (Monteiro, 2020). Os CSP assumem funções na promoção de saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, continuidade dos cuidados e articulação com outros serviços de saúde, o que justifica a prioridade e especial atenção que lhes tem sido atribuída (SNS, 2019b).

Um dos seis objetivos estabelecidos pelo Instituto de Medicina (IOM) relativos à prestação de cuidados de saúde, é a maximização da equidade neste setor (Institute of Medicine, 2001). A equidade manifesta-se pela ausência de imparcialidades na saúde entre as diferentes populações, quer estas imparcialidades tenham origem social, económica, demográfica ou geográfica (Freeman, Javanparast, Baum, Ziersch, & Mackean, 2018; WHO, n.d.). Assim sendo, o acesso aos cuidados de saúde deve manifestar a qualidade, disponibilidade, segurança, necessidade e relevância, no tempo e local apropriado dos cuidados. Quanto melhor a adequação entre as necessidades de saúde e a resposta dos serviços, maior são os ganhos em saúde, o mesmo se verifica, se existir uma relação sustentável entre os recursos existentes e os recursos obtidos (DGS, 2015). Apesar da notória evolução dos sistemas de saúde especialmente da Europa, de acordo com o relatório *Health at a Glance*, verifica-se que atualmente ainda persistem barreiras condicionantes ao acesso (OECD, 2019).

O Governo português em 1979, com o objetivo de garantir o direito à proteção da saúde, a prestação de cuidados globais e o acesso a todos os cidadãos, publicou a Lei nº56/79 que previa a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os significativos ganhos em saúde gerados por este serviço continuam a garantir a qualidade de vida de milhões de cidadãos, sendo também uma intervenção que permitiu reduzir as desigualdades no acesso (Ministério da Saúde, 2016a).

A implementação da Reforma dos CSP em Julho de 2005 permitiu a difusão do acesso à saúde aos cidadãos portugueses, independentemente da sua condição socioeconómica, e em condições de qualidade e de respeito pelos seus direitos, devendo ser um esforço valorizado e

melhorado (A. R. Biscaia & Heleno, 2017; WHO, 2008). Tal difusão manifestou-se pela reorganização das entidades públicas responsáveis pela prestação de CSP em Portugal, sendo estas, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as Unidades Locais de Saúde (ULS). Apesar do aumento no número das unidades funcionais de CSP, os dados relativos aos indicadores de acesso aos CSP em Portugal em 2019 revelam que o acesso a estes cuidados continua iníquo (SNS, 2019b). É importante contribuir para o conhecimento das causas destas iniquidades, de modo a promover políticas e estratégias que sustentem sistemas mais equitativos, inclusivos e justos.

Neste contexto emerge a presente dissertação, cujo objetivo é responder à principal questão: “como é o acesso aos CSP em Portugal?”. Para uma investigação completa, é necessário a resposta a outras questões complementares deste tópico, “qual é a cobertura dos CSP em Portugal?”, “quais os fatores que condicionam o acesso dos portugueses aos CSP?”, e “quais as estratégias de melhoria do acesso?”. Esta investigação para além da revisão de literatura sobre as questões-chave, pretende integrar a análise dos indicadores de acesso aos CSP no período de 2014 a 2019, de modo a caracterizar a cobertura em Portugal, contribuindo assim para a discussão sobre os fatores condicionantes.

Em relação à estrutura, esta dissertação consiste numa revisão de literatura que integra inicialmente o capítulo *Metodologia*, onde são enunciados todos os processos envolvidos na investigação. De seguida, organizados em 3 capítulos, encontram-se os tópicos que pretendem caracterizar o acesso aos CSP em Portugal.

O capítulo I inicia-se com a descrição da situação dos CSP em Portugal, referindo a sua evolução e principais reformas, referenciando as entidades responsáveis pela prestação destes cuidados, as suas atribuições, e modelo de contratualização de indicadores. O capítulo II pretende estudar as condições de acesso aos CSP, sendo necessária a caracterização da população em estudo, em contexto demográfico e estado de saúde. Posteriormente, incorporou-se o estudo da cobertura nacional, recorrendo à apresentação dos resultados dos indicadores de acesso previamente selecionados, bem como os fatores críticos de equidade. O capítulo III é uma retrospectiva dos CSP em Portugal, destacando os principais avanços e desafios dos últimos 5 anos, bem como as estratégias adotadas. Foram contempladas outras estratégias promovidas internacionalmente. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo desenvolvido, bem como as suas limitações e implicações para futuras investigações.

METODOLOGIA

O capítulo *Metodologia* apresenta todos os processos envolvidos no desenvolvimento da presente dissertação, tendo como objetivo evidenciar qual o método de investigação utilizado bem como a descrição da técnica e discriminação das fontes de dados utilizadas.

1.1 Métodos de Investigação

O objetivo desta dissertação é caracterizar o acesso aos CSP em Portugal, sendo para isso necessário compreender qual a cobertura deste tipo de cuidados oferecida pelo Governo Português através do SNS, bem como os respetivos fatores condicionantes do acesso e as iniquidades existentes. Considerou-se relevante ainda a apresentação de várias estratégias de melhoria adotadas não só em Portugal, como também noutros países.

Tendo em conta os objetivos pretendidos, procedeu-se à formulação das questões de investigação, sendo a principal: “como é o acesso aos CSP em Portugal?”. De forma a complementar este tópico, surgiram outras questões, sendo estas: “qual é a cobertura dos CSP em Portugal?”, “quais os fatores que condicionam o acesso aos CSP?”, e “quais as estratégias de melhoria do acesso?”.

Após a definição das questões de investigação, e de modo a construir uma revisão de literatura completa sobre o tópico em estudo, foi realizada a análise e recolha de literatura exaustivamente, pelo que se utilizou o método secundário de investigação. Este método é caracterizado pela análise de documentos já existentes, que servem de base à investigação.

1.2 Técnicas e Fontes de Dados

De modo a incluir toda a literatura considerada relevante para este estudo, foi executado um processo metodológico exigente na pesquisa, recolha, triagem e análise do conteúdo. Para a reunião do maior número de recursos de qualidade relativos ao tema estudado, foi utilizado o método *PRISMA*. Este método baseia-se na recolha de artigos científicos provenientes de bases de dados *online*, sendo estas a *b-on*, *scielo*, *web of science* e *medline*. Numa perspetiva mais específica para descrever o contexto português, a pesquisa de informação científica não publicada em revistas ou jornais científicos foi considerada como um outro recurso, sendo utilizados para consulta e pesquisa, os livros, relatórios e publicações provenientes do

Ministério da Saúde, da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e da *World Health Organization* (WHO).

Na primeira fase de pesquisa e recolha dos artigos, o *query* incluiu as seguintes palavras-chave escolhidas: (‘*Primary Health Care*’ OR ‘*Primary Healthcare*’ AND ‘*Access*’ AND ‘*Portugal*’). Posteriormente, numa segunda fase de pesquisa complementar as palavras-chave escolhidas foram: (‘*Equity*’ AND ‘*Primary Health Care*’ OR ‘*Primary Healthcare*’), (‘*Socioeconomic trends*’ AND ‘*Primary Health Care*’ OR ‘*Primary Healthcare*’), e (‘*Strategies*’ AND ‘*Primary Health Care*’ OR ‘*Primary Healthcare*’).

A data de publicação dos artigos e o respetivo idioma, foram questões consideradas durante a fase de recolha de artigos. O horizonte temporal de pesquisa incluiu os últimos 21 anos, desde 1999 a 2020. Não foram considerados estudos relativos ao acesso praticado em 2020 e 2021, uma vez que estes não são realistas, devido à distorção dos resultados em consequência da pandemia por COVID-19. Em relação aos idiomas, apenas foram aceites o inglês e/ou português.

Para triagem e seleção dos artigos eficazmente, durante a leitura dos *abstracts*, foram considerados critérios de inclusão e de exclusão antecipadamente definidos de modo a efetuar a triagem nas bases de dados e em outras fontes selecionadas. Os critérios de inclusão escolhidos foram: estudos sobre o acesso aos CSP; estudos sobre a reforma dos CSP em Portugal, estudos direcionados para a equidade em saúde; estudos sobre as tendências socioeconómicas condicionantes do acesso aos cuidados de saúde; estudos sobre indicadores de acesso e estudos com estratégias de melhoria. A literatura disponível que não incluiu nenhum dos critérios anteriormente descritos, e que apresentou dados relativos ao acesso nos anos 2020 e 2021 foi excluída.

Após a triagem realizada através da aplicação dos critérios supramencionados durante a leitura dos *abstracts*, procedeu-se à fase final de análise. Esta última fase permitiu a exclusão dos artigos que não eram elegíveis para a investigação durante o processo de leitura integral de cada artigo.

A aplicação do método *PRIMA* contemplou duas fases de exclusão, sendo estas durante a leitura dos *abstracts*, e, durante a leitura integral dos artigos. Este procedimento resultou em 57 materiais elegíveis que foram integrados no estudo do acesso aos CSP em Portugal. Com o objetivo de garantir a qualidade e prevenir perdas de informação relevante para esta investigação, foram elaboradas fichas de síntese referentes a cada artigo.

Em seguida encontram-se representados os processos de triagem efetuados durante a recolha dos materiais necessários à investigação através do uso adaptado da ferramenta *PRIMA Diagram* (fig.1).

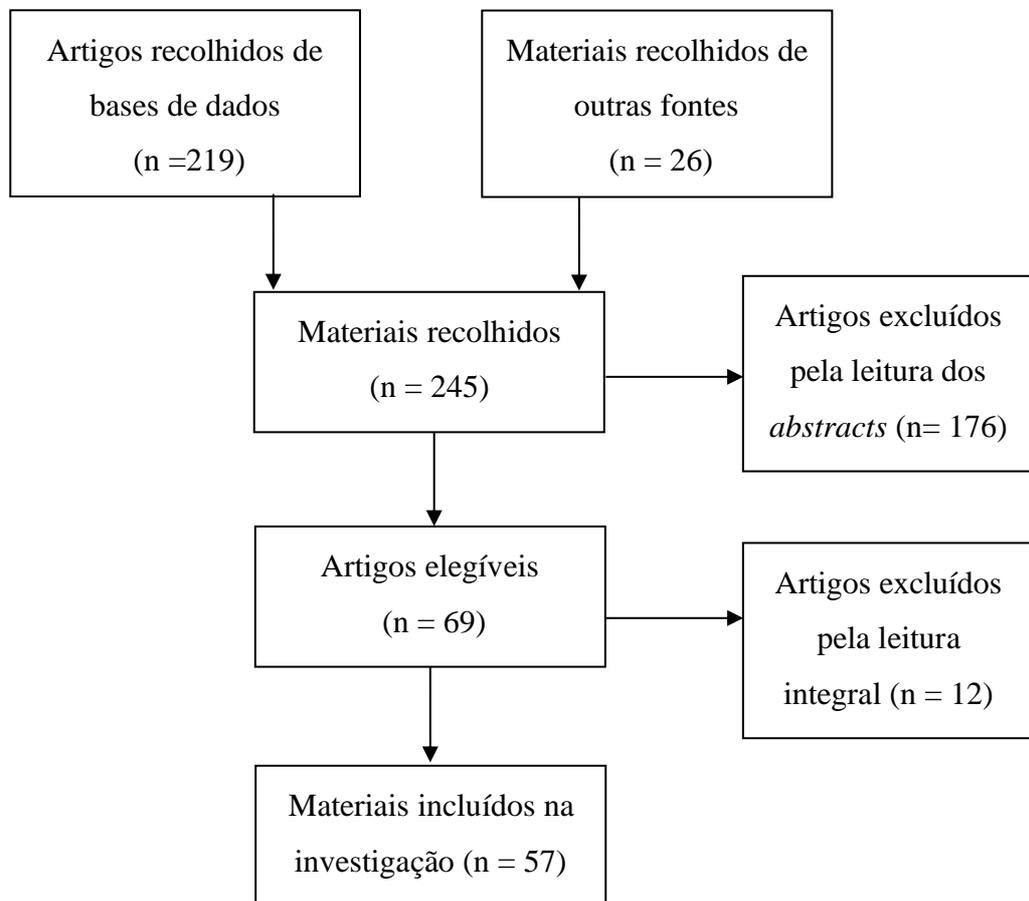


Figura 1 - Processos efetuados na investigação (*PRISMA Diagram*)

Como referido anteriormente, um outro recurso necessário para a investigação foi a utilização de livros, documentos científicos provenientes de entidades governamentais, relatórios de conferências e/ou produzidos por sociedades médicas ou outros grupos de investigação que estão disponíveis restritamente em *websites*.

Para analisar o acesso aos CSP em Portugal, foi necessário recorrer a informação contemplada em relatórios, maioritariamente disponibilizada pelo Ministério da Saúde sobre este tema. Inicialmente foi fundamental recolher os dados necessários à caracterização demográfica da população residente no país, bem como também as suas necessidades de saúde. Esta informação proveio de estudos e dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) e da PORDATA.

Seguidamente, foi realizada a análise dos indicadores relativos ao acesso nos últimos 5 anos (2014-2019). Este intervalo temporal foi preferido pelo mesmo motivo considerado na escolha

do horizonte temporal da seleção de artigos, uma vez que a pandemia por COVID-19 em Portugal iniciou em Março de 2020, o que se revelou num fator comprometedor do acesso aos CSP, por vários motivos. Assim, considerou-se que os estudos sobre o ano de 2020 e 2021 não são representativos da situação dos CSP nos últimos anos. O levantamento de informação sobre os indicadores escolhidos, proveio dos relatórios certificados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, especificamente dos relatórios anuais de fontes como *websites* da Direção Geral de Saúde (DGS) e da ACSS.

Os indicadores selecionados para o estudo da cobertura dos CSP a nível nacional foram:

1. número de Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
2. % de população residente coberta por USF e por UCC;
3. % de utentes com médico de família atribuído:
 - 3.1 face aos inscritos nos CSP;
 - 3.2 face à população residente;
4. % de utentes sem médico de família atribuído;
5. % de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído;
6. número de consultas médicas, de enfermagem, e por outros profissionais realizadas em CSP.

A integração dos indicadores nesta dissertação tem como objetivo apresentar informação quanto à evolução e performance, relativamente ao acesso das instituições do SNS prestadoras de CSP. Foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas os resultados dos diferentes indicadores, permitindo assim uma comparação mais clara.

Finalmente, organizado sob a forma de tabela, foram recolhidos dados específicos sobre as condições socioeconómicas e do estado de saúde da população abrangida por cada tipo de modelo organizacional, seja USF modelo A, USF-B e UCSP. Esta análise teve como objetivo a identificação dos principais fatores condicionantes do acesso, tais como, o nível de rendimento e escolaridade.

CAPÍTULO I: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A história dos CSP em Portugal é caracterizada por várias reformas resultantes de renovações nas práticas de gestão, todas com o objetivo de responder às necessidades de saúde da população em constante mudança, melhorando as falhas identificadas nos modelos de organização anteriores.

Ao longo do tempo, estas alterações contribuíram para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados e serviços assistenciais, sustentabilidade das condições de trabalho e infraestruturas, promovendo acessibilidade, equidade, trabalho em equipa e a crescente responsabilização e envolvimento de todos os grupos profissionais (A. R. Biscaia & Heleno, 2017; Torres, Mendes, Mendes, & Torres, 2011).

Destaca-se o atual modelo de gestão que surgiu em 2005 com a Missão para os CSP, que resultou na criação das USF e reorganização dos antigos centros de saúde em agrupamentos, os ACES (Oliveira, Marques, Mauritti, & Reis, 2008). Esta grande reforma veio também acompanhada de um novo sistema de remuneração baseado no desempenho: a contratualização de metas (Braga, 2013b).

A implementação das várias reformas permitiu ganhos nos indicadores de saúde, como a esperança média de vida à nascença, e, através da contratualização, alcançar a motivação dos profissionais em alcançar as metas necessárias à melhoria dos sistemas (Miguel & Sá, 2010).

1.1 Cuidados de Saúde Primários

Como mencionado na introdução, os CSP são a primeira linha de contacto entre a população e o sistema de saúde. A nível global, as constantes alterações e influência de tendências demográficas como a globalização e o envelhecimento da população, afetam constantemente a saúde das populações e exigem cada vez mais dos sistemas de saúde. Outras questões que podem afetar a qualidade dos CSP relacionam-se com os custos associados, a emergência de novas doenças, ou o aumento da prevalência de doenças crónicas (Enfermeiros, 2008).

Após o reconhecimento da saúde enquanto direito humano, na Europa foram estabelecidos os objetivos necessários à eficácia e melhoria da qualidade dos sistemas de saúde no âmbito da atenção primária, sendo estes, o acesso universal à população, promoção de serviços médicos de qualidade e que permitam maiores ganhos em saúde, a utilização sustentável de recursos existentes e por fim, a capacidade de resposta a todas as condições dos utentes.

Em Portugal, a necessidade de desenvolver reformas sustentáveis em CSP resultou da identificação de problemas como a gestão descentralizada dos cuidados, falta de foco no utente e inexistência de sistemas de informação eficazes (Soranz & Pisco, 2017).

Os CSP surgiram em resposta aos problemas de saúde verificados nas comunidades, com duas abordagens: clínica e de saúde pública. A abordagem clínica, foca-se no utente enquanto indivíduo, promovendo cuidados ao longo de todo o seu ciclo de vida, enquanto que a abordagem de saúde pública se dirige para a população, no seu contexto demográfico e geográfico (Matias Dias, Freitas, & Briz, 2007). No âmbito clínico, os CSP têm dois objetivos, promover a continuidade e acompanhamento de cuidados de qualidade à população da área geográfica que abrangem, e prestar assistência aos utentes em situações de doença aguda não urgentes, permitindo assim uma eficaz articulação entre os cuidados secundários. Assim sendo, é expectável que os utentes e as suas famílias, possam ser registados numa unidade de saúde, e ter um médico de família que acompanhe a sua saúde a longo prazo (Norwood, Correia, Veiga, & Watson, 2019).

Segundo (WHO, 2021), este tipo de cuidados aborda diferentes áreas de saúde, como a saúde física, mental e social, tendo intervenções ao nível da educação, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A definição de CSP assenta nos seguintes princípios:

- Satisfação das necessidades de saúde através da promoção de cuidados equitativos e universais que assegurem todo o ciclo vital dos indivíduos;
- Abordagem dos determinantes de saúde sociais, económicos e ambientais, através da instrução de políticas informadas que incluam estratégias de melhoria da segurança sanitária;
- Capacitação dos cidadãos na otimização e proteção da sua saúde, bem como dos profissionais na otimização de recursos, prescrição racional, comunicação e utilização de tecnologias apropriadas.

Os CSP são a solução para as principais causas e fatores de riscos da baixa qualidade em saúde e bem-estar, demonstrando que reduzem a despesa da saúde individual e dos governos, melhorando a eficiência de outros cuidados, por exemplo, os cuidados hospitalares, através da diminuição do número de internamentos (WHO, 2021). Assim sendo, afirma-se que os sistemas de saúde baseados em CSP, exibem *“melhores resultados em saúde, menores taxas de hospitalização evitáveis, apresentam menores desigualdades socioeconómicas no estado de saúde auto reportado e nas necessidades não satisfeitas (...) apresentam um crescimento mais lento no total da despesa com os cuidados de saúde, sugerindo uma melhor capacidade de controlar os custos, apesar de terem uma maior despesa total com os cuidados de saúde”* (OPSS, 2019, p. 36).

1.2 Evolução das Reformas em Portugal

Até à década de 60 a prestação de cuidados de saúde à população estava à responsabilidade da medicina privada ou da assistência caritativa, verificando-se que uma parte da população não estava abrangida por esses serviços devido às suas condições financeiras (Torres et al., 2011).

Em resposta a estas incoerências no acesso, o Governo Português em 1971 decidiu criar os primeiros centros de saúde, denominados “*centros de saúde de primeira geração*” que, organizados verticalmente, se inseriam numa rede prestadora de CSP e que apresentavam novas funções como vacinação, vigilância de saúde do adulto, da criança e da grávida, e práticas de saúde comunitária no âmbito da saúde escolar e ambiental. Em 1979 com a criação e expansão do SNS, os CSP foram reforçados assegurando a cobertura do país por estes cuidados (A. Biscaia, 2006; Branco & Ramos, 2001; Miguel & Sá, 2010).

Como sugestão à melhoria da primeira reforma dos CSP, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral publicou em 1991, o testemunho com o título de “*Livro Azul*” onde foi sugerido um novo plano para a prestação e a formalização da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), que serviu de base para a implementação dos “*centros de saúde de segunda geração*” (P. D. M. Rocha, 2011).

A nova geração de centros de saúde alterou a sua estrutura e organização para um modelo do tipo burocrático, organizado em estruturas sub-regionais integradas nas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estes processos conduziram à criação da Direção Geral dos CSP, que, na prática, levou ao aumento da prestação e qualidade dos cuidados prestados, mas continuou sem se verificar a acessibilidade a consultas domiciliárias, e a programação com objetivos de saúde, mostrando falhas em relação às necessidades e expectativas dos cidadãos contribuindo para a desmotivação dos profissionais de saúde (Branco & Ramos, 2001; Monteiro, Pisco, Candoso, Bastos, & Reis, 2017).

Apartir deste momento, deu-se maior atenção aos sistemas de gestão, e surgiu a primeira estratégia da saúde para Portugal - Plano Nacional de Saúde de 2004 e 2010 (PNS). O PNS incluía estratégias específicas, inclusivas e centradas no utente para os vários tipos de cuidados, dividindo-se em planos regionais e locais. Este plano assentava na promoção da equidade e inovação, de forma a obter ganhos em saúde, mas também expunha aspetos negativos, como a organização vigente, a ausência de sistemas de informação e pouca diversidade de respostas (A. Biscaia, 2006; A. R. Biscaia & Heleno, 2017).

A excessiva centralização das organizações em sub-regiões e nas ARS, a desproporção no número de recursos humanos, e a falta de motivação e incentivos aos profissionais de saúde,

conduziu à deterioração dos cuidados. Em resposta a este descontentamento, formou-se a Missão para os CSP em 2005 pelo Conselho de Ministros, que implementou os modelos de gestão que regem atualmente os CSP em Portugal (Miguel & Sá, 2010).

A grande reforma de 2005 implementou um novo sistema organizativo que garante a qualidade dos cuidados prestados baseada em valores como o foco na comunidade, flexibilidade organizativa e de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia organizativa e técnica, responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contraturalização e avaliação de desempenho (A. R. Biscaia & Heleno, 2017). Suncintamente, esta evolução permitiu a constituição das USF, a reorganização das unidades funcionais em ACES e a existência de um novo sistema de remuneração.

As USF são um modelo inovador na prestação de CSP com autonomia de gestão assistencial e funcional, regulamentadas por instrumentos formais como os planos de ação. A sua constituição foi possível através de processos de candidatura voluntária de médicos, enfermeiros e secretários clínicos, formando equipas, de forma a cobrir entre 4.000 a 18.000 utentes (P. D. M. Rocha, 2011). Distinguem-se três modelos organizativos das USF, diferenciados pelo grau de autonomia: Modelo A, que corresponde a uma fase de aprendizagem do trabalho de equipa; Modelo B, indicado para as equipas com maior amadurecimento organizacional, dispostas a aceitar um nível de contraturalização de desempenho mais exigente; e por fim o Modelo C, um modelo experimental, que abrange USF dos setores social, cooperativo e privado. Em Portugal só existem USF de modelo A e modelo B.

Em geral, este novo modelo revolucionário de organização, financiamento e prestação de cuidados, permitiu às USF alcançarem níveis de desempenho e resultados nunca atingidos anteriormente, assim como o aumento da transparência e qualidade das informações disponíveis sobre os CSP, através da monitorização de indicadores e avaliação do seu desempenho (A. R. Biscaia & Heleno, 2017).

A reorganização e articulação das unidades funcionais em ACES, permitiu o estabelecimento da governação clínica em todas as unidades funcionais, permitindo garantir a participação ativa na tomada de decisão e atribuiu responsabilidades técnicas independentes da gestão dos ACES, incentivando à valorização pela primeira vez da qualidade organizacional, formação e investigação (SNS, 2019a). Outras alterações consistiram na reestruturação dos serviços assistenciais, na informatização dos serviços e processos de desmaterialização, permitindo responder a indicadores contraturalizados mantendo as bases de dados atualizadas (P. D. M. Rocha, 2011).

A implementação deste projeto foi alvo de obstáculos e desafios, como certos atrasos em obras, dificuldades ao nível da mobilidade de profissionais e processos de candidatura demorosos. Em contrapartida, os profissionais afirmam que foi um esforço que valeu a pena, não sendo o fator remuneração a sua motivação maior, mais sim a melhoria da saúde da população (Oliveira et al., 2008).

Em conclusão, verificaram-se benefícios como a diminuição dos tempos médios de espera neste setor, aumentando a proximidade com os utentes, racionalizando recursos e incentivando à formação e educação de futuros profissionais através da articulação com instituições do ensino superior (Oliveira et al., 2008). Em termos de custos para os utentes, existe a cobrança de uma taxa moderadora aplicada após a utilização dos serviços de saúde, sendo que mais de 50% da população está isenta deste pagamento. São exemplos de indivíduos isentos, as crianças, famílias com baixos rendimentos e doentes crónicos (Norwood et al., 2019). Com isto, verificou-se também o aumento da despesa do Estado com a saúde em 2019, uma vez que, em média, por pessoa, o Estado Português gastou 927.30€, que, face à implementação dos CSP em 1972, só foram gastos 0,30€ em média, por pessoa (Pordata, 2020).

Os resultados demonstram uma melhoria significativa em relação a reformas anteriores, aumentando a satisfação dos utentes e profissionais de saúde, demonstrando impactos positivos ao nível do acesso, cobertura, eficiência económica, e qualidade efetiva dos cuidados de saúde prestados à comunidade. Em termos de ganhos de saúde, são feitos cada vez mais rastreios ao cancro da mama e colo-retal, aumentou a vigilância de doentes crónicos, permitindo a eficiência económica, através da poupança de gastos em medicação e na prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) (Braga, 2013a).

1.3 Entidades Prestadoras de CSP

Em Portugal a prestação de CSP é responsabilidade das unidades funcionais dos ACES e das Unidades Locais de Saúde (ULS). Estes são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa e órgãos de gestão descentralizados das respetivas ARS, tendo como missão garantir a prestação de CSP à população da área geográfica que abrangem, aplicando as medidas do Plano Nacional de Saúde (Gouveia et al., 2014; Miguel & Sá, 2010)

As suas atribuições consistem no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença, articulação com outros serviços para a continuidade dos cuidados, atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados, e participação na formação de diversos grupos profissionais

(Ministério da Saúde, 2008). Alguns dos instrumentos instituídos nestas organizações são o Regulamento Interno, a Carta de Qualidade e o Plano de Ação. O Plano de Ação deve incluir os objetivos e metas a atingir trimestralmente ou anualmente em diferentes áreas, tais como o acesso (A. Biscaia, 2006; A. R. Biscaia & Heleno, 2017).

Cada unidade funcional que compõe o ACES contempla uma equipa multidisciplinar que está em constante articulação com as restantes, podendo ser do tipo (A. R. Biscaia & Heleno, 2017; Matias Dias et al., 2007; Norwood et al., 2019; P. D. M. Rocha, 2011):

- Unidade de Saúde Familiar (USF);
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) - com estrutura semelhante à USF, mas menos autónoma em que os seus profissionais não estão dispostos ou não se podem organizar em USF. São responsáveis pela prestação de cuidados a utentes que não estão inscritos em nenhuma USF, logo atendem utentes que não têm médico de família atribuído;
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - presta serviços de consultoria e assistenciais às unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares, através da integração de outros grupos profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de terapia ocupacional, dentistas e higienistas orais;
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, domiciliário e comunitário, aos indivíduos com maior risco ou com dependência física/funcional, ou qualquer condição que precise de acompanhamento. Atuam também na educação para a saúde, integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção;
- Unidade de Saúde Pública (USP) - funciona como um observatório de saúde da área que abrange, é responsável pela investigação e apresentação de informação e planos de saúde pública, procedendo à intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população.

Importa referir outro tipo de organizações atribuídas à prestação de CSP, mas não exclusivamente, denominadas Unidades Locais de Saúde. As ULS são entidades públicas empresariais compostas por hospitais e ACES, que prestam cuidados aos beneficiários do SNS, subsistemas de saúde, ou entidades externas. Estas organizações são responsáveis pelo estado de saúde da sua área geográfica, através da comunicação entre diferentes órgãos, e da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

1.4 Contratualização

A implementação da Missão para os CSP de 2005, não só permitiu a reorganização dos modelos das instituições responsáveis pelos CSP, como também a instauração de um novo sistema remuneratório: a contratualização de indicadores de desempenho. A compensação financeira dos profissionais de saúde sofreu alterações ao longo dos anos, sendo atualmente necessária a elaboração de um plano para a aplicação de incentivos institucionais, podendo estes serem aproveitados para várias atividades como, ações de formação ou de reabilitação de infraestruturas (Monteiro, Candoso, Reis, & Bastos, 2017).

O sistema remuneratório de incentivos surgiu de forma a motivar e retribuir monetariamente os profissionais de saúde em resposta aos resultados obtidos em metas previamente estabelecidas, quer das atividades contratuais e dos resultados obtidos nos indicadores contratualizados, sem retirar o foco da melhoria da qualidade dos serviços. As metas a estabelecer devem ser viáveis e exigentes, de forma a que os ganhos em saúde sejam cada vez maiores, contribuindo ainda para o aumento da qualidade nos processos associados à avaliação de desempenho (Melo & Correia de Sousa, 2011).

Em Portugal distinguem-se dois tipos de contratualização em CSP, contratualização interna e externa. A contratualização interna é uma ferramenta de gestão por objetivos, que se dirige aos ACES e respetivas as unidades funcionais, que negociam as metas a atingir anualmente. A contratualização externa é caracterizada pela celebração de contratos-programa, em relação a indicadores validados pela ACSS entre as Direções Executivas dos ACES e o Departamento de Contratualização da respetiva ARS (Monteiro, Pisco, et al., 2017).

O *Relatório da Primavera* (2019) enuncia como vantagens do sistemas de desempenho: a premiação dos profissionais em relação às melhorias alcançadas; inclusão de uma ponderação por indicador consoante a sua importância na contratualização; e a adaptação das metas às necessidades da comunidade. Destacam-se outras vantagens como a capacidade de avaliar o acesso aos cuidados, bem como apoiar a relação médico-paciente, a utilização de tecnologias de informação, e a formulação de normas e orientações clínicas e organizativas mais eficazes. Em contrapartida, existem algumas desvantagens, como a exclusão da componente psicossocial, a comparação desmedida de diferentes regiões podendo ser influenciada por diferentes níveis de exigência ou expectativas dos respetivos ACES (OPSS, 2019), o perigo de *“cascatas diagnósticas e terapêuticas (...) problemas éticos, entre eles o risco de que o trabalho clínico se passe a centrar no seu cumprimento e que os doentes em cujo seguimento os*

indicadores se cumpriram com dificuldade sejam afastados, podendo com isso modificar a relação médico-doente por o ato clínico se centrar no cumprimento dos indicadores e não nas necessidades do paciente'' (Melo & Correia de Sousa, 2011, p. 30).

Os indicadores são componentes do sistema remuneratório, que pretendem retratar o estado de saúde da população através do diagnóstico da situação, monitorização da evolução das unidades funcionais e avaliação das intervenções em saúde. Surgiram para incentivar os profissionais a produzir e utilizar os indicadores em práticas de gestão da comunidade, assim como o planeamento e avaliação das próprias intervenções clínicas (Matias Dias et al., 2007).

Para avaliar o desempenho dos CSP, os indicadores a construir devem obedecer a algumas características, como a sua categorização por estrutura, processos, resultado e ganhos em saúde. O seu valor deve estar sujeito a um intervalo de variação aceitável e devem abranger diferentes dimensões como o acesso e a eficiência (OPSS, 2019). Existem várias tipologias de indicadores, desde indicadores de estado de saúde, determinantes de saúde, indicadores de contexto e indicadores de desempenho. Os indicadores de desempenho em CSP podem aplicar-se no âmbito nacional ou regional, a qualquer unidade funcional, categorizando-se em várias dimensões, podendo ou não integrar o Índice de Desenvolvimento Global (IDG). Por exemplo, os indicadores contratualizados para avaliação das USF categorizam-se em indicadores de: acesso; formação; gestão da doença; gestão da saúde; melhoria contínua da qualidade; qualificação da prescrição; carácter assistencial; e carácter não assistencial (Braga, 2013b; SNS, n.d.).

Os autores (Melo & Correia de Sousa, 2011) apresentam algumas considerações a ter em conta em relação ao uso de Indicadores de Desempenho Contratualizados (IDC) em Portugal. Aspectos como a área restrita de abrangência destes indicadores, a medição de resultados em saúde por aproximação, a fraca evidência científica e os valores estabelecidos para as metas, são os principais. Sucintamente, estes autores afirmam que não há indicadores suficientes que reflitam os ganhos em saúde, e enunciam situações de risco como a preferência de apenas algumas atividades contratualizadas em prejuízo de outras, e a não inclusão de piores resultados a fim de ampliar os ganhos obtidos. De modo a combater estes problemas, algumas melhorias sugeridas prendem-se com a criação de novos indicadores dirigidos aos ganhos em saúde, e que promovam o foco nos utentes, em vez de foco no recebimento de incentivos.

Importa salientar que desde 2018, que em Portugal existe uma nova plataforma digital, que fornece dados de indicadores em tempo real - o portal BI-CSP. Este portal permitiu a disponibilização de informação relevante à monitorização do desempenho das unidades funcionais, constituindo um elemento fundamental ao estudo do acesso aos CSP (SNS, 2019b).

CAPÍTULO II: CONDIÇÕES DE ACESSO EM PORTUGAL

“A saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, mas também de geração de riqueza e bem-estar” (Ministério da Saúde, 2018, p. 5). O XXI Governo Constitucional definiu intervenções prioritárias no setor saúde, a redução das desigualdades e a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, potenciando a valorização do acesso em prol dos ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2016b). Com a integração da vertente acesso nos planos estratégicos, e a valorização da transparência pelo Ministério da Saúde, surgiram relatórios anuais que contemplam toda a informação relativa à evolução e desempenho das instituições do SNS. Considerou-se nesta dissertação a análise dos dados obtidos do *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019*. Este relatório apresenta a informação relativa às diferentes áreas de acesso (SNS, 2019b).

Como enunciado no capítulo anterior, os últimos anos foram caracterizados pelo investimento notório nos CSP em Portugal, constituindo assim um marco de referência no acesso à saúde. Tais acontecimentos ocorreram devido à implementação de medidas com o objetivo de melhorar a capacidade resolutiva deste tipo de cuidados, como o desenvolvimento de propostas de melhoria em saúde oral e medicina dentária, o alargamento dos rastreios, ou a disponibilização de MCDT nos centros de saúde. Os resultados da análise de indicadores, como a evolução do número de utentes com médico de família ou do número de unidades funcionais, revelam melhorias significativas no acesso. Destacam-se resultados como a existência de 32 novas USF em 2019, com este modelo a assegurar cuidados a cerca de 63.2% da população inscrita (SNS, 2019b).

2.1 Caracterização da População Portuguesa

De forma a compreender a situação atual do acesso aos CSP em Portugal, importa caracterizar a população portuguesa. Esta análise foi realizada através de indicadores populacionais e demográficos disponibilizados pelo INE, PORDATA e pela análise de indicadores de saúde disponibilizados pela ACSS. Estes indicadores são habitualmente utilizados para conhecer o estado de saúde de uma população bem como as suas necessidades de saúde (SNS, 2019b).

Estima-se que a 31 de dezembro de 2019, residiam em Portugal cerca de 10.295.909 habitantes, com uma dispersão pelo continente de 9.798.859 habitantes abrangidos pelo SNS. O sexo feminino é predominante, com cerca de 5.435.932 mulheres, face ao número de cidadãos do sexo masculino (4.859.977) (Instituto Nacional de Estatística, 2020b).

A idade média da população é cerca de 45.5 anos, com cerca de 1 milhão de portugueses com mais de 75 anos, comprovado pelo índice de envelhecimento de 163,2 idosos por cada 100 jovens, sendo este valor respeitante aos cidadãos com 65 anos ou mais, em comparação com os cidadãos com até 14 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é 80.93 anos verificando-se um ganho de 2 anos na esperança de vida desde 2007, sendo 83.51 anos para as mulheres e 77.95 anos para os homens. Pode-se afirmar que os portugueses vivem mais tempo, o que revela uma melhoria da qualidade e condições de vida, sendo fruto dos avanços na área da saúde e tecnologias, incluindo novas terapêuticas e medicação (Instituto Nacional de Estatística, 2020b; Ministério da Saúde, 2018).

Portugal tem uma população maioritariamente envelhecida, apresentando uma taxa de 8.4% em termos de natalidade, que luta contra o crescimento das doenças crónicas, como diabetes, doenças cardiovasculares, obesidade, doenças respiratórias e doenças oncológicas, muitas vezes associadas aos comportamentos de risco dos cidadãos (Instituto Nacional de Estatística, 2020b; Ministério da Saúde, 2018).

Existem diversos fatores que podem influenciar o estado de saúde dos indivíduos, quer estes sejam ambientais, genéticos, comportamentais ou fisiológicos. Os principais determinantes comportamentais que contribuem para o aumento das doenças crónicas são hábitos pouco saudáveis, como sedentarismo, excesso de peso, má alimentação, consumo excessivo de álcool e tabaco. Em Portugal morreu-se principalmente de doenças do aparelho circulatório, com 29% do total de óbitos em 2018, destacando-se as doenças cerebrovasculares e tumores malignos. Como segunda causa de morte, encontram-se as doenças oncológicas que têm sido alvo de aposta no âmbito da prevenção, diagnóstico e tratamento (Instituto Nacional de Estatística, 2020a; Ministério da Saúde, 2018). Em relação aos determinantes sociais, destaca-se o nível de educação, uma vez que este pode comprometer o acesso dos cidadãos à informação, condicionando assim a sua saúde e bem-estar. Indivíduos com níveis educacionais inferiores apresentam maior risco de desenvolver doenças crónicas, depressão ou ansiedade, com maior prevalência de hipertensão arterial, diabetes e obesidade. O mesmo se verifica em cidadãos desempregados e com baixos rendimentos (Ministério da Saúde, 2018; OECD, 2019).

Tendo em conta as doenças que mais afetam as condições de saúde dos portugueses, sendo estas a diabetes, obesidade, doenças oncológicas e doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, é necessário o constante reforço nos CSP, uma vez que estes, não só, estão diretamente envolvidos na prestação de cuidados e prevenção de doenças, como também integram observatórios de saúde, as USP, que permitem estudar as comunidades (OPSS, 2019).

2.2 Cobertura Nacional dos CSP

A cobertura em saúde tem como finalidade assegurar o acesso aos vários serviços de saúde com qualidade, a todos os cidadãos, independentemente da sua situação financeira. De modo a garantir a cobertura universal, em 2005, os Estados Membros da *WHO* assinaram a solução que incentivou os governos a disponibilizarem sistemas de financiamento de saúde, através de duas estratégias (OPSS, 2019):

- Melhoria da acessibilidade física, através da promoção de diversos serviços de saúde, a distâncias acessíveis e em tempo oportuno;
- Melhoria da acessibilidade financeira, conferindo proteção financeira aos cidadãos e o pagamento acessível pelos serviços.

Em compensação, é implícito que os indivíduos procurem por serviços de saúde, o que por vezes pode ser influenciado por fatores desencorajadores, ou quando os utentes percebem que os serviços não são efetivos.

Para o estudo da cobertura nacional dos CSP em Portugal, foram selecionados indicadores que representam a sua evolução e desempenho relativamente ao acesso. O horizonte temporal considerado foi de 2014 até 2019, e os indicadores escolhidos foram:

1. número de USF, UCC e UCSP;
2. % de população residente coberta por USF e por UCC;
3. % de utentes com médico de família atribuído:
 - 3.1 face aos inscritos nos CSP;
 - 3.2 face à população residente;
4. % de utentes sem médico de família atribuído;
5. % de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído;
6. número de consultas médicas, de enfermagem, e realizadas por outros grupos profissionais em CSP.

Para além da demonstração da evolução dos indicadores no período de 2014 até 2019 sob a forma de gráficos, são apresentadas tabelas com a variação dos resultados em percentagem, de modo a mostrar o crescimento ou retração dos indicadores ao longo do tempo. Todos os dados foram obtidos do *Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas de 2019*. No final da apresentação dos resultados são enunciadas as principais conclusões (SNS, 2019b).

1. Evolução do número de unidades funcionais USF, UCC e UCSP

Uma vez que o acesso pode ser influenciado pelo número de entidades destinadas aos CSP, e tendo em conta que, quanto maior o número de unidades, maior a cobertura, o primeiro indicador a avaliar é o número de unidades funcionais do tipo USF, UCC e UCSP, uma vez que demonstra a sua evolução no horizonte temporal definido.

De uma forma geral, nos últimos 5 anos, verificou-se o aumento das unidades funcionais USF e UCC, em detrimento das UCSP. Pela análise do gráfico (fig. 2), concluiu-se que no final de 2019 existiam 564 USF, com um aumento de 146 unidades (26%) face aos últimos 5 anos. No caso das UCC, em 2019 existiam 264, apresentando um crescimento menor (10%). O número de UCSP continua em decrescência, sendo o seu valor atual 345 (-22%). Este último valor pode ser explicado devido à reorganização das equipas multidisciplinares que compõem as UCSP em USF, diminuindo assim o seu número (SNS, 2019b).

Tabela I - Variação do Nº de Unidades Funcionais nos últimos 5 anos

	2014	2019	Var. 2019-2014	Var. 2019-2014 (%)
USF	418	564	+146	+ 26 %
UCC	237	264	+ 27	+ 10 %
UCSP	442	345	- 97	- 22 %

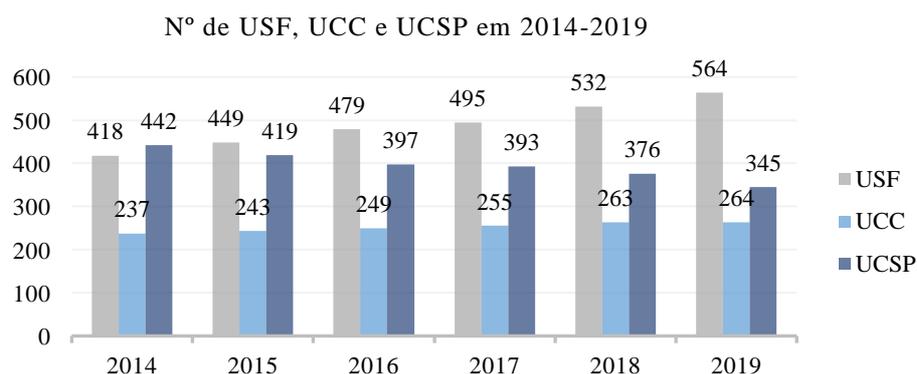


Figura 2 - Evolução de nº de USF, UCC e UCSP

Fonte: ACSS, 2019

2. Evolução da percentagem de população residente coberta por USF e por UCC

Para estudar a cobertura das unidades funcionais USF e UCC, é necessário compreender a sua evolução e valor. A população residente face a estas unidades funcionais, é a população da sua área de abrangência, sendo que o número de residentes considerado neste estudo, corresponde ao valor de 2018 por ser o mais atual disponível (SNS, 2019b).

As 564 USF existentes em 2019, garantiam cuidados a 63.2% do total de utentes inscritos em CSP, correspondendo a um aumento de 13.8%, em relação aos últimos 5 anos. No caso das UCC, apesar de um crescimento menos acentuado (11.9%), esta tipologia de unidade funcional cobriu um valor superior, cerca de 95.9% dos utentes residentes na sua área de influência (fig. 3).

Tabela II - Variação da % de população residente coberta por USF e UCC nos últimos 5 anos

	2014	2019	Var. 2019-2014 (%)
USF	49.4%	63.2%	+ 13.8 %
UCC	84.0%	95.9%	+ 11.9 %

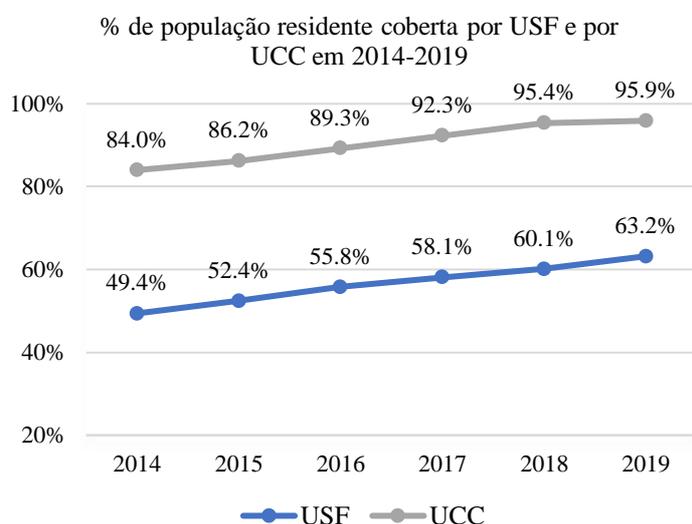


Figura 3 - Evolução da % de população residente coberta por USF e por UCC

Fonte: ACSS, 2019

3. Evolução da percentagem de utentes com médico de família atribuído

O indicador referente à percentagem de utentes com médico de família atribuído foi estudado em duas frações, sendo estas, os utentes com médico de família face aos inscritos em CSP, e, face à população residente. Importa referir que a população residente, refere-se à população residente em Portugal Continental. A diferença de percentagem entre estas frações, deve-se a alterações no número de inscrições ativas nos sistemas de informação do SNS, nomeadamente o Registo Nacional de Utente, principalmente por cidadãos migrantes ou estrangeiros que recorrem muitas vezes a consultas de carácter esporádico (SNS, 2019b).

Tabela III - Variação da % de utentes com médico de família inscritos em CSP, nos últimos 5 anos

	2014	2019	Var. 2019-2014 (%)
Utentes com médico de família atribuído face aos inscritos em CSP	85.5%	92.7%	+ 7.2%
Utentes com médico de família atribuído face à população residente	s.d 91.7% - 2015	97.5%	+5.8%

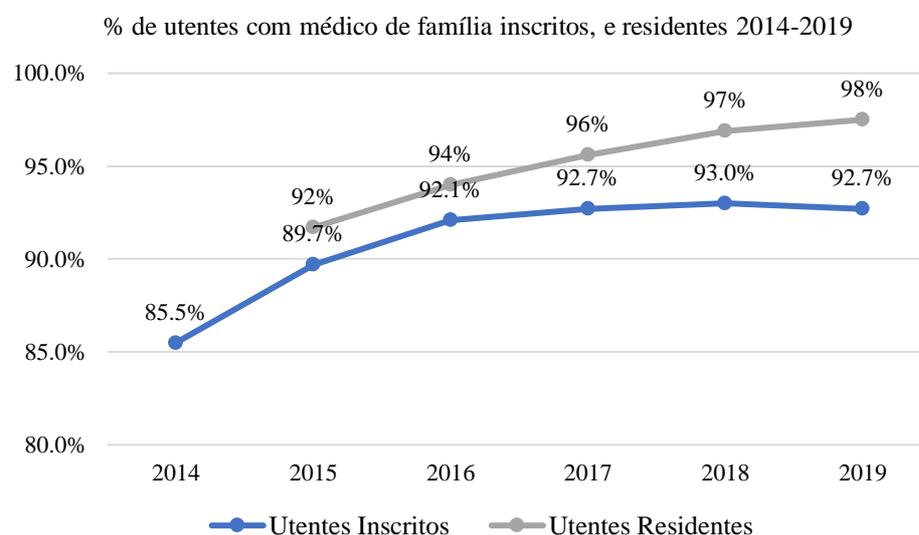


Figura 4 - Evolução da % de utentes com médico de família inscritos em CSP vs. Residentes

Fonte: ACSS, 2019

3.1 face aos inscritos nos CSP

A percentagem de utentes inscritos em CSP com médico de família atribuído tem aumentado desde 2014, cerca de 7.2%, garantindo assim 92.7% da cobertura, o que corresponde a 9.551.178 utentes. Este valor, poderá ser explicado devido ao balanço positivo no número de médicos de MGF em 2019, assegurado pela contratação de 381 especialistas em resposta à aposentação de 189. Embora seja um valor inferior quando comparado com 2018 (93%), torna-se necessário referir que o número de utentes inscritos aumentou cerca de 112.304 (OPSS, 2019; SNS, 2019b).

3.2 face à população residente

Tendo em conta que a população residente em Portugal Continental correspondia a 9.798.859 habitantes em 2019, é notório a cobertura de cerca de 98% da população. Este valor tem vindo a aumentar nos últimos 4 anos, correspondendo a um aumento de 5.8%.

A distribuição da percentagem de utentes com médico de família face à população residente por regiões foi incluída nesta investigação, de forma a perceber se distribuição da cobertura é uniforme nas diferentes regiões do país. Verificou-se pela análise do gráfico (fig. 5) que não existe uma distribuição uniforme, destacando a dominância da cobertura por médico de família, a região Norte (98.4%) e a região Centro (96.8%). Em contrapartida, a região de Lisboa e Vale do Tejo assegura a percentagem de menor valor (85.6%). Em termos de evolução, é de salientar que o Alentejo apresentou a menor taxa de crescimento ao longo dos últimos 5 anos (2%), tendo o Algarve sido um sucesso com 21.7%, embora com um valor de cobertura semelhante a Lisboa e Vale do Tejo (OPSS, 2019; SNS, 2019b).

Tabela IV - Variação da % de utentes inscritos com médico de família atribuído, por região, nos últimos 5 anos

	2014	2019	Var. 2019-2014 (%)
ARS Norte	95.5%	98.4%	+ 2.9%
ARS Centro	92.4%	96.8%	+ 4.4%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	77.5%	85.6%	+ 8.1%
ARS Alentejo	91.9%	93.9%	+ 2%
ARS Algarve	65.0%	86.7%	+ 21.7%

% de utentes inscritos com médico de família atribuído, por região
2014-2019

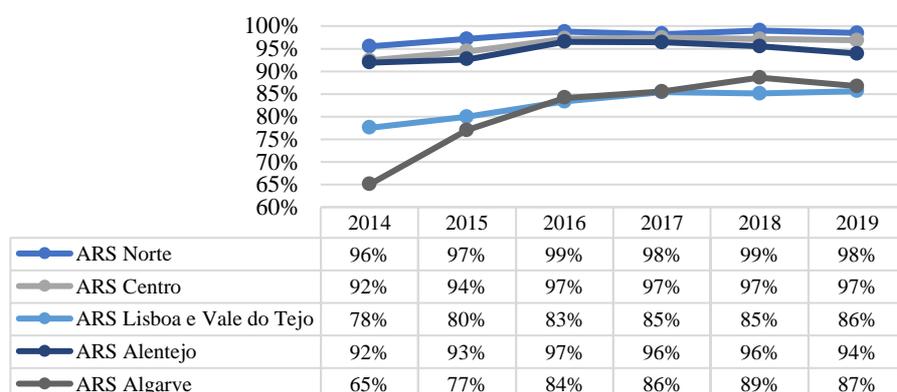


Figura 5 - Evolução da % de utentes inscritos com médico de família, por região, nos últimos 5 anos

Fonte: ACSS, 2019

4. Evolução do número de utentes sem médico de família atribuído

São cerca de 730.232 os utentes sem médico de família atribuído em 2019, sendo importante realçar a enorme descida do seu valor face a 2014 (49%). No entanto, é um indicador bastante importante em contextos de equidade, uma vez que reflete a persistência de assimetrias sociais em Portugal (fig. 6) (OPSS, 2019; SNS, 2019b).

Tabela V - Variação da % de utentes inscritos sem médico de família atribuído

	2014	2019	Var. 2019-2014	Var. 2019-2014 (%)
Utentes sem médico de família atribuído	1.478.271	730.232	- 748.039	- 49%

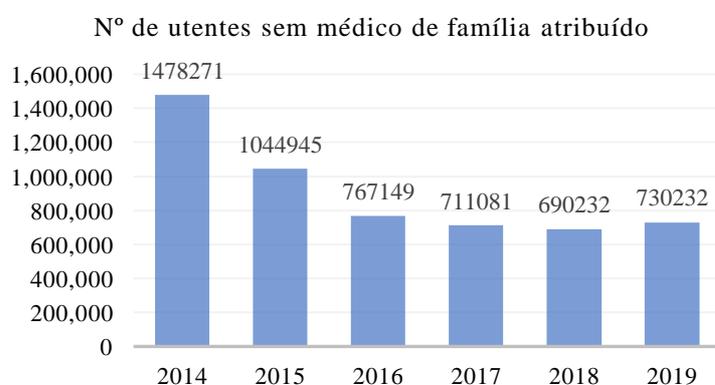


Figura 6 - Evolução de nº utentes sem médico de família atribuído

Fonte: ACSS, 2019

5. Evolução da percentagem de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído

O número de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído tem aumentado em vários países europeus, devido à crescente consideração da importância do papel dos enfermeiros nos vários serviços prestados. Em Portugal verifica-se um aumento de 15.7% no período 2015-2019, a cobrir cerca de 86% dos utentes inscritos (fig. 7). Em comparação com a cobertura pelos médicos de família em 2019 (92.7%), no caso da enfermagem o valor da cobertura é menor (86%).

Tabela VI - Variação da % de utentes inscritos com enfermeiro de família atribuído

	2014	2019	Var. 2019-2015 (%)
Utentes com enfermeiro de família atribuído	s.d 69.9% - 2015	85.6%	+ 15.7%

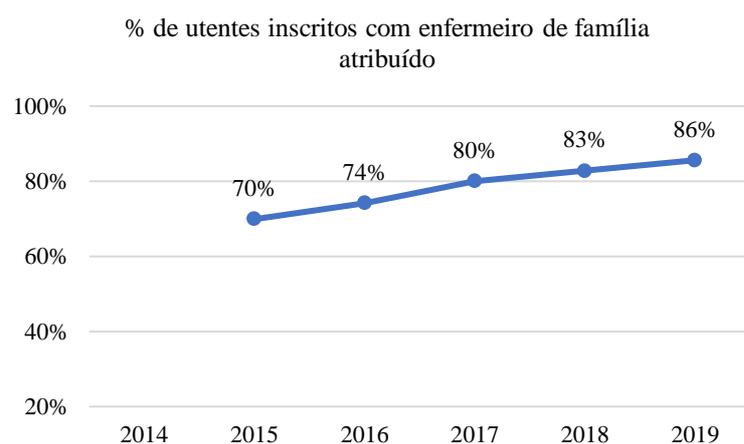


Figura 7 - Evolução da % utentes com enfermeiro de família atribuído

Fonte: ACSS, 2019

6. Evolução do número de consultas médicas, de enfermagem, e realizadas por outros grupos profissionais em CSP

A análise dos indicadores referentes ao número de consultas médicas, de enfermagem e realizadas por outros profissionais de saúde apresenta resultados distintos (fig. 8). A nível de consultas médicas, em 2019 contabilizaram-se 31.568.945 em CSP, apresentando um crescimento face a 2014 (5.7%). O número de consultas de enfermagem realizadas em 2019

(19.286), apesar de ser superior a 2018 (19.108), tem seguido uma tendência decrescente nos últimos 5 anos (2.4%). Por último, destacam-se as consultas de outros profissionais de saúde em CSP, podendo ser, consultas de medicina dentária, psicologia, entre outros. Nesta tipologia de consultas, verificou-se um crescimento superior a 50% nos últimos 5 anos (OPSS, 2019; SNS, 2019b).

Tabela VII - Variação do nº de consultas médicas, de enfermagem e outros profissionais de saúde

	2014	2019	Var. 2019-2014	Var. 2019-2014 (%)
Consultas médicas	29.765	31.569	+ 1804	+ 5.7%
Consultas de enfermagem	19.754	19.286	- 468	- 2.4%
Consultas de outros profissionais de saúde	316	664	+ 348	+ 52.4%

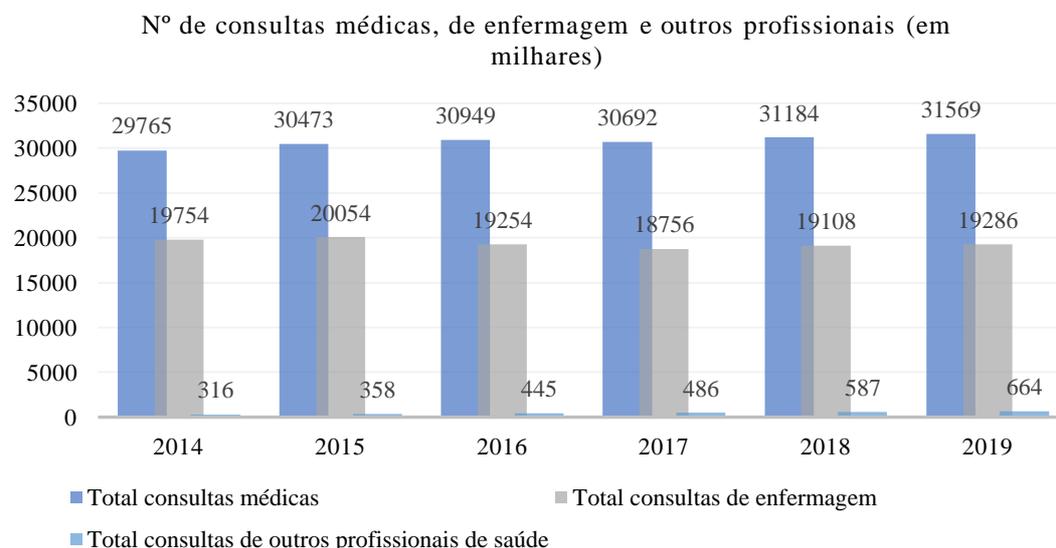


Figura 8 - Evolução de nº de consultas diferenciadas (em milhares)

Fonte: ACSS, 2019

Principais Conclusões

A análise dos indicadores selecionados para caracterizar o acesso aos CSP, permitiram retirar as seguintes conclusões:

- Em Portugal no ano de 2019, existiam 564 USF, 264 UCC e 345 UCSP, sendo que as USF asseguravam a cobertura de 63.2%, e as UCC de 95.9% dos residentes em Portugal;
- Em termos de dispersão da cobertura regional, verifica-se a região de Lisboa e Vale do Tejo com menor nível de cobertura (85.6%);

- Realização no ano de 2019, de cerca de 31,5 milhões de consultas médicas, mais de 19 milhões de consultas de enfermagem e de 664 mil consultas por outros grupos profissionais.

Em termos de consultas realizadas, outros dados mostram melhorias no âmbito da saúde oral, passando a realizar-se consultas em 110 gabinetes de saúde oral nas URAP distribuídas pelos diferentes ACES espalhados por todas as regiões em Portugal. A nível de rastreios, de forma a aumentar a prevenção e deteção do número de casos por diagnosticar, destaca-se o Rastreamento de Saúde Visual Infantil, abrangendo 64.696 crianças, em 2019, o Rastreamento da Retinopatia Diabética abrangendo 688.394 pessoas com diabetes dos Tipos I e II, e o Telerrastreamento Dermatológico, com resolução de 45% dos pedidos de primeira consulta (SNS, 2019b).

Nos últimos 5 anos persistiram em vigor os protocolos estabelecidos entre os ACES e os hospitais do SNS permitindo a realização de cada vez mais MCDT, em destaque na patologia clínica, imagiologia e anatomia patológica. Verificaram-se melhorias no âmbito da prescrição eletrónica de receitas, evitando deslocações desnecessárias dos utentes aos centros de saúde, permitindo a melhor gestão de consultas (Ministério da Saúde, 2016b).

Em suma, 2019 continuou com melhorias na capacidade de resposta e resolução em CSP, no entanto, reforça-se a preocupação das desigualdades no acesso aos CSP, principalmente pela perpetuação da prestação de cuidados em “dois níveis”, isto é, em USF e em UCSP, sendo que as USF continuam a apresentar melhores resultados em indicadores de desempenho, quando comparadas com as UCSP (OPSS, 2019). No subcapítulo seguinte é abordada a questão da divergência entre USF e UCSP.

2.3 Equidade em Saúde e Fatores Condicionantes

Os CSP regem-se pelos princípios da justiça e da equidade social, reconhecendo o direito fundamental da saúde, constituindo uma abordagem para toda a sociedade através da oferta de cuidados completos (WHO, 2008). É de extrema importância alargar o conhecimento sobre como os sistemas de saúde podem ser mais equitativos, inclusivos e justos (ACSS, 2019). Assim sendo, importa incluir o conceito de equidade uma vez que se encontra interligado com o acesso aos cuidados de saúde.

A equidade traduz-se pela ausência de imparcialidades na saúde, dentro e entre as diferentes populações, quer estas imparcialidades tenham origem social, económica, demográfica ou geográfica (WHO, n.d.). Desta forma, a iniquidade nos cuidados de saúde manifesta-se pela

ausência de resposta às necessidades dos utentes, piores resultados em saúde e aumento dos custos associados.

Continua a ser um desafio assegurar o acesso dos CSP a populações vulneráveis, as quais têm maiores necessidades e mais complexas, tornando-se necessário identificar as falhas existentes nos sistemas de saúde, de forma a construir abordagens inovadoras de melhoria capacitando todos os intervenientes para a mudança (Richard et al., 2016). É subentendido que todos os intervenientes participem no planeamento, implementação e manutenção dos serviços, mas também a necessidade da sustentabilidade de recursos humanos, financeiros e materiais, assegurados principalmente pelos órgãos de gestão dos sistemas (Enfermeiros, 2008).

Segundo (Freeman et al., 2018), os fatores críticos para as iniquidades em saúde são as determinantes políticas, sociais e económicas, sendo que os comportamentos dos governos e da população têm grandes impactos nas determinantes sociais necessárias para a resolução das iniquidades e consequentemente melhoria da saúde. Pretende-se reduzir as desigualdades através da intervenção em determinantes de saúde, em destaque nos determinantes sociais, promovendo os resultados em saúde, assim, garante-se a melhor apropriação entre as necessidades de saúde da população e as respostas dos sistemas de saúde.

Portugal é afetado por desigualdades tanto económicas como sociais, e os CSP são um exemplo onde ocorrem desigualdades em saúde, sendo recorrentemente referido na literatura as desigualdades entre as unidades do tipo USF e UCSP. À semelhança do estudo dos indicadores de acesso apresentado anteriormente, e de forma a compreender as iniquidades, procurou-se dados relativos de indicadores específicos destas unidades. Quanto a esta questão, a tabela seguinte (Tab. VIII) apresenta respetivamente os resultados de indicadores demográficos, socioeconómicos e de saúde das UCSP e dos modelos A e B de USF, verificando-se diferença nas características da população da área de influência de cada organização.

Embora a unidade que se situa em áreas de densidade populacional superior, comparativamente com as outras tipologias, seja o modelo USF-B, em contrapartida as UCSP têm a maior proporção de idosos, e revelaram maiores taxas de mortalidade por diabetes, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório (OPSS, 2019).

Em relação às condições socioeconómicas, as UCSP continuam com os piores resultados, abrangendo indivíduos com rendimento médio inferior, cerca de 383.4 €, que por sua vez têm poder de compra inferior. Ao nível da escolaridade, a população da área de abrangência das UCSP apresenta a menor proporção de indivíduos com níveis superior de escolaridade (Dimitrovová & Perelman, 2018; OPSS, 2019).

Tabela VIII - Características demográficas e socioeconómicas da população da área de abrangência das UCSP, USF-A e USF-B, em 2018

	UCSP (média ± d. padrão)	USF-A (média ± d. padrão)	USF-B (média ± d. padrão)
População residente (n°)	87.84 ± 6.05	131.63 ± 7.75	134.17 ± 6.89
Densidade Populacional (n°/km²)	780 ± 79	1.24 ± 106	1.338 ± 100
Proporção de idosos (≥ 65 anos)	23.7 ± 0.3	21.5 ± 0.2	20.4 ± 0.3
Proporção de mulheres (%)	52.6 ± 0	52.8 ± 0	52.8 ± 0
Taxa de mortalidade (%)	12.38 ± 0.23	10.44 ± 0.16	9.67 ± 0.14
Taxa mortalidade por diabetes (%)	0.49 ± 0.02	0.38 ± 0.01	0.36 ± 0.01
Taxa mortalidade por doenças do aparelho circulatório (%)	3.69 ± 0.08	3.07 ± 0.05	2.76 ± 0.04
Taxa mortalidade por doenças do aparelho respiratório (%)	1.50 ± 0.04	1.18 ± 0.03	1.12 ± 0.02
Rendimento médio da população (€)	983.4 ± 11.8	1.034,1 ± 11.9	1.030,70 ± 12.7
Poder de compra da população	91.2 ± 1.6	102.4 ± 2.0	103.4 ± 2.0
Proporção de população com ensino superior (%)	12.4 ± 0.3	15.8 ± 0.5	15.6 ± 0.4

Fonte: OPSS, 2019

A diferença significativa das UCSP para as USF, é que estas atendem utentes que não estão inscritos em nenhuma USF, e por isso os seus utentes não têm médico de família atribuído (Norwood et al., 2019). Cerca de 730.232 de utentes continuam sem médico de família em Portugal, sendo que 40% destes indivíduos residem na área geográfica da Grande Lisboa (SNS, 2019b). Uma das causas que potencia estas desigualdades, poderá ser a falta de médicos de família (Cortez, 2010).

Neste subcapítulo, destacam-se quatro fatores influenciadores do número de utentes sem médico de família, sendo estes, a má gestão de recursos humanos, o abandono para o setor privado, a desigual dispersão geográfica de unidades funcionais, e os fatores socioeconómicos.

Os utentes sem médico de família são uma população de maior vulnerabilidade, sendo uma *“epidemia silenciosa”* em alguns concelhos do país, produzindo assimetrias sociais, sendo que os CSP representam o nível de cuidados que mais tem sentido a falta de recursos humanos (Cortez, 2010, p. 189). No entanto, Portugal em 2019 foi considerado o terceiro país da Europa

com maior rácio médico por 1.000 habitantes (5.0 médicos em Portugal vs. 3.5 média da OCDE), o que demonstra que efetivamente, não tem havido uma gestão de recursos humanos eficaz, que permitisse solucionar a questão dos utentes sem médico de família. Uma outra causa, poderá ser os atrasos nos concursos de recrutamento de especialistas na função pública para carreiras de MGF (OECD, 2019).

Verificam-se tempos de espera mais longos nas unidades de CSP para utentes sem médico de família, ou seja, nas UCSP, e como tal, os utentes podem optar por recorrer aos serviços de urgência hospitalar, desistir da procura pelos serviços ou recorrer a serviços privados. Porém, isto não significa que os utentes com médico de família tenham necessariamente o acesso no local e horas desejadas, contudo é um fator facilitador. Por norma, as populações com melhores condições financeiras residem em zonas urbanas, caracterizadas pela escassez de médicos de família nas unidades funcionais. No entanto, o fato dos utentes residirem perto de das unidades de saúde também não garante o acesso às mesmas (Menezes et al., 2017; Moura & Pita Barros, 2018). Em contrapartida, as populações com piores condições financeiras podem optar por não ter médico de família. Tornando-se necessário avaliar tanto o lado da procura, como da oferta. No primeiro caso verifica-se limitações a nível da oferta, provocado pela falta de recursos humanos, enquanto que no segundo caso existem limitações na procura, em que os utentes refletem sobre as suas preferências de saúde (Menezes et al., 2017).

Um outro fator influenciador é a privatização dos serviços, que permitiu alargar tanto a oferta, como promover a procura, podendo existir utentes considerados sem médico de família, mas por decisão individual. Ter médico de família também não significa que os serviços estejam a ser utilizados, nem que os tempos de espera para consulta sejam acessíveis, e este é um fator muito limitado, sobre o qual não existe muita informação (Moura & Pita Barros, 2018). O horário de funcionamento das unidades também pode influenciar o acesso, uma vez que o sistema de marcação de consultas com recurso a senhas e filas pode resultar em tempos longos de espera, exigindo assim que os utentes cheguem mais cedo às unidades para conseguirem consultas sem marcação prévia, em casos de doença aguda (Menezes et al., 2017).

Para além da má gestão de recursos humanos, sem dúvida, a dispersão de USF e UCSP pelo continente pode influenciar o acesso, embora se verifique que as USF asseguram zonas do país com elevada densidade populacional, como a área da Grande Lisboa, no entanto, estas só se encontram em 140 concelhos de Portugal, principalmente no litoral, deixando cerca de 138 concelhos sem assistência (Menezes et al., 2017). Com a instauração das USF, alguns utentes com médico de família, poderão ter sido prejudicados, uma vez que nem todos os médicos decidiram integrar estas unidades funcionais, e os utentes abrangidos por áreas com mais UCSP

continuam sem médico de família, que por sua vez, têm maiores tempos de espera para consultas, manifestando por este meio mais uma vez, discrepâncias no acesso entre UCSP e USF (Cortez, 2010; Monteiro, 2020).

As condições socioeconômicas podem condicionar o acesso ao médico de família, uma vez que as UCSP abrangem principalmente indivíduos com menores disponibilidades financeiras e com menor nível de escolaridade. Estes resultados estão em conformidade com a literatura existente. O estudo alusivo aos níveis de acesso aos CSP na Europa, realizado pelos autores (Dimitrovová & Perelman, 2018), afirma que pessoas com maiores dificuldades em termos de acesso aos CSP, são indivíduos com menores níveis de escolaridade e disponibilidade financeira.

O principal problema da existência de utentes sem médico de família, é que o valor de 730.232 utentes sem médico, são indivíduos que podem integrar comunidades de saúde mais débil, nomeadamente idosos, doentes crónicos e doentes paliativos. É função das UCC prestar assistência domiciliária a estes doentes, que podem estar ou não acamados, se estes não tiverem médico de família é muito difícil conseguirem consultas domiciliárias (Cortez, 2010).

CAPÍTULO III: DESAFIOS, AVANÇOS E ESTRATÉGIAS

Os capítulos anteriores permitiram o conhecimento das sucessivas reformas e funcionamento dos CSP em Portugal, bem como o estudo da sua cobertura, questões de equidade e os principais fatores que influenciam o acesso. Posto isto, tornou-se necessário a inclusão de um capítulo que reunisse os desafios e avanços associados à reforma portuguesa, bem como as estratégias adotadas para impulsionar o acesso aos cuidados primários não só em Portugal, mas também noutros países.

Em *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*, a WHO descreveu a saúde como um “*indicador tangível de sucesso das sociedades e dos seus governos*” (2008, p. 121). Refere que os países sofrem com custos financeiros desmesurados, ganhos em saúde não atingidos e por vezes, perda de confiança no respetivo sistema de saúde, precisando assim de responder a todos os desafios que surjam, tendo em conta as expectativas das suas comunidades. Sem políticas e lideranças fortes, os sistemas de saúde não progredem voluntariamente para os valores que orientam os CSP, nem respondem eficazmente aos graduais desafios de saúde (WHO, 2008).

Uma das principais dificuldades com que as organizações de saúde se confrontam é a incapacidade de equilibrar a procura com a oferta, assegurando o acesso aos CSP em tempo oportuno. Entende-se por acesso em tempo oportuno, a capacidade de os utentes obterem consultas o mais rápido possível, permitindo assim que recebam assistência em situações de doença aguda, reduzindo também a recorrência às urgências hospitalares desnecessariamente. A continuidade dos cuidados é uma outra vertente importante, uma vez que os serviços devem disponibilizar aos seus utentes, sempre que possível, o acompanhamento do seu estado de saúde por profissionais de MGF, promovendo relações duradouras entre médico e paciente associadas à obtenção de uma melhor qualidade de vida (S. A. Rocha, Bocchi, & Godoy, 2016).

Para além do contexto atual e das diferentes pressões a que o desenvolvimento das populações está sujeito, sejam estas, por exemplo de cariz económico ou social, importa que os sistemas de saúde respondam ainda às crescentes exigências dos variados níveis de prestação de cuidados nas organizações de saúde, protegendo eficazmente os cidadãos das possíveis ameaças à saúde, contribuindo para a melhoria contínua e equidade no acesso, através da promoção de boas práticas pelo sistema de saúde e a monitorização dos seus resultados (SNS; APDH, 2018).

3.1 Avanços e Desafios da Implementação da Reforma de 2005

Nunca é demais lembrar o avanço que a mais recente reforma dos CSP proporcionou em Portugal. Esta reforma contemplou princípios de descentralização, auto-organização, responsabilização e o envolvimento de todos os grupos profissionais na prestação cuidados que respondem às necessidades e preferências das comunidades. O estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década, graças à implementação das sucessivas reformas que melhoraram o acesso aos CSP (Lapão & Pisco, 2019).

Os avanços conseguidos manifestam-se nas áreas da *“acessibilidade, trabalho de equipa, qualidade técnico-científica dos cuidados, inovações nas práticas de gestão, na sustentabilidade das condições de trabalho e infraestruturas”* (Torres et al., 2011, p. 522). As melhorias nas práticas de gestão permitiram o desenvolvimento das diferenciadas unidades funcionais, e o usufruto da população a cuidados de qualidade, com sistemas de atendimento mais eficientes, resultando em menores desperdícios. Por exemplo, em termos de admissões evitáveis às urgências hospitalares, verificou-se que Portugal apresenta as menores taxas de internamentos evitáveis por diabetes, asma e outras doenças crónicas do foro respiratório (por 100 mil habitantes), o que sugere que as condições e o atendimento prestado nas unidades de CSP está a ser feito em condições de qualidade e assim, resultando em poupanças financeiras (Lapão & Pisco, 2019; OECD, 2020).

No entanto, assim como os avanços conseguidos, ao longo dos últimos 5 anos foram persistindo e surgindo novos obstáculos. Apontam-se assim, como principais desafios à reforma de 2005: a articulação dos CSP com outros níveis de cuidados, como os processos de referenciação para os Cuidados de Saúde Secundários, uma vez que esta articulação afeta a qualidade dos cuidados primários (Menezes et al., 2017; Ponte et al., 2006); indefinições político-institucionais, resultantes da despreocupação das autarquias e da dificuldade de integração das várias unidades funcionais e reconfiguração dos centros de saúde em ACES; utilização de sistemas de informação arcaicos e desatualizados (Torres et al., 2011); dificuldade em garantir que todos os utentes têm médico de família (Cortez, 2010); inexistência de indicadores de avaliação de desempenho que reflitam ganhos em saúde; e a desmotivação dos profissionais de saúde associado às metas contratualizadas, em especial os profissionais das UCSP e USF-A, uma vez que estes podem sentir-se pressionados em atingir objetivos desmedidos e ambiciosos, para progredirem para USF de modelos superiores que exigem o cumprimento de padrões e requisitos muito superiores aos habituais (Braga, 2013a).

Não só interessa identificar os avanços alcançados em termos de saúde, qualidade e eficiência dos processos, mas também entender a satisfação e percepção dos indivíduos face à implementação das novas práticas de gestão. Os autores (Norwood et al., 2019) realizaram um estudo em Portugal que pretendia analisar as opiniões e percepções dos portugueses face às melhorias conseguidas com a implementação da reforma dos CSP em 2005. Entrevistaram-se vários indivíduos, com e sem médico de família, do distrito de Braga, que destacam o melhor funcionamento dos CSP com a implementação da reforma de 2005. Enumeram como benefícios as relações interpessoais e a comunicação com os médicos, referindo a sua valorização pelos vários profissionais, afirmando que foram contactados pelas unidades em casos de cancelamento/reagendamento ou em casos de confirmação de consultas. Referem ainda a vantagem da possibilidade de lhes ser atribuído um médico de família, permitindo que o seu estado de saúde seja acompanhado ao longo de todo o seu ciclo vital.

Como aspetos a melhorar, evidenciam alguns obstáculos ao acesso em termos da localização das unidades funcionais em que estão inscritos ou que precisam de recorrer, sentido a dificuldade na obtenção de lugares de estacionamento, disponibilidade dos transportes públicos e no acesso por pessoas com mobilidade motora reduzida. Identificaram como maior problema os elevados tempos de espera, afirmando precisar de vários meses para conseguirem uma consulta médica. Para solucionar esta dificuldade, os entrevistados revelam que muitas vezes acabam por recorrer a serviços fornecidos por instituições privadas de saúde, ou acabam por utilizar inadequadamente os serviços de urgência à procura de tratamentos em casos de doença aguda. Em termos de qualidade da prestação de cuidados, afirmam a discrepância na qualidade dos serviços prestados pelas USF em comparação com as UCSP, uma vez que os utentes sem médico de família atribuído, ou seja, atendidos em UCSP, recebem um serviço inferior, relatando dificuldades no acesso à marcação de consultas e na relação médico-paciente (Norwood et al., 2019).

As conclusões retiradas neste estudo, encontram-se em conformidade com a literatura existente. Tornou-se importante a sua inclusão no presente subcapítulo, uma vez que permitiu consolidar o conhecimento relativo aos desafios experienciados pelos utentes em Portugal, bem como integrar as suas diferentes perspetivas. Estes resultados abrem novas possibilidades para o desenvolvimento de investigações e para a produção de conhecimento sobre práticas inovadoras face aos elevados tempos de espera experienciados nos CSP em Portugal (Norwood et al., 2019).

Nos subcapítulos seguintes, será feita uma retrospectiva das estratégias implementadas em Portugal para reforço dos CSP, e seguidamente vão ser abordados especificamente dois dos

desafios supramencionados, sendo estes relacionados com os indicadores utilizados na contratualização, e com a dificuldade em assegurar a atribuição de médicos de família a todos os utentes. Neste sentido, foram estudadas e reunidas estratégias de intervenção apresentadas em vários artigos, para cada um dos desafios. Posteriormente, segue-se a apresentação de recomendações para o reforço deste tipo de cuidados, pela *WHO* e por outros autores.

3.1 Retrospectiva das Estratégias adotadas em Portugal, nos últimos 5 anos

Promovido pelo Ministério da Saúde desde 2004, o Plano Nacional de Saúde inclui estratégias específicas, inclusivas e centradas no utente, para os vários tipos de cuidados. O PNS 2015-2020 é a sua versão mais recente, no qual constam as estratégias de intervenção para o setor da saúde, que respondem às conseqüentes forças que afetam a sociedade portuguesa. Este guia foca-se em 4 eixos estratégicos, sendo um destes, a equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde. Neste âmbito, uma das orientações da DGS é o reforço da atividade dos CSP através do reforço da sua governação, de modo a permitir a tomada de decisão adequada, efetiva e monitorizada, facilitando ao cidadão o acesso oportuno aos cuidados que necessita e satisfazendo as necessidades de primeira linha, assim conseqüentemente são libertados recursos necessários a outros níveis de cuidados (A. R. Biscaia & Heleno, 2017; DGS, 2015).

Como tal, para maximizar ganhos em saúde, reduzindo as desigualdades, e por forma a aumentar a capacidade de resposta dos CSP às populações mais vulneráveis, o Ministério da Saúde através do PNS formalizou a necessidade de reforço do acesso aos programas de vacinação nacional, saúde mental, rastreios, e medidas de prevenção de doenças relacionadas com os fatores de risco, em destaque o tabagismo e a obesidade infantil (Capela dos Santos, 2016; DGS, 2015).

Paralelamente à informação contida no PNS, o Ministério da Saúde organizou um grupo de trabalho responsável pela Missão para os CSP (MCSP), que desenvolveu o *Plano Estratégico e Operacional pela Coordenação Nacional para a Reforma dos CSP* em 2016 (Capela dos Santos, 2016). Esta investigação segue os valores pelos quais o SNS se rege, nomeadamente a transparência, prestação de contas, foco nos resultados em saúde, centralidade nas pessoas, modernização e qualificação organizacional. Os objetivos de melhoria definidos por este grupo incluíam (Miguel & Sá, 2010; SNS, 2019a):

1. Aumentar a implementação e autonomia dos ACES, promovendo mais diversidade na oferta;

2. Reforço das competências dos ACES nas áreas da gestão e contratualização, através de indicadores de eficiência e qualidade;
3. Reforço da eficácia dos cuidados prestados através da evidência de melhores resultados de saúde da população;
4. Reforço da racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados através de indicadores baseados em evidência clínica;
5. Implementação de sistemas de informação robustos e de fácil utilização na prática clínica, tendendo para um registo eletrónico centrado no cidadão;
6. Captar e incentivar estudantes de medicina para desenvolverem a sua especialização nas áreas da MGF ou Saúde Pública;
7. Introdução de novos modelos organizativos de gestão das USF, nomeadamente o modelo C sugerido pela MCSP. Esta medida ganha especial interesse no contexto das novas contratações em MGF.

O mesmo grupo de trabalho desenvolveu um relatório de avaliação, que permitiu a identificação dos principais aspetos positivos e negativos no decorrer da avaliação da reforma no período em estudo, desde 2014 a 2019 (SNS, 2019a). Nos últimos 5 anos, destacaram-se como aspetos positivos: aposta contínua na transparência e ética; utilização do Portal do SNS, que resultou em melhorias a nível da participação ativa, educação e literacia dos cidadãos; utilização do BI-CSP como ferramenta de apoio à melhoria contínua da avaliação de desempenho; melhoria da acessibilidade, gestão da saúde e doenças crónicas; inclusão de mais grupos profissionais, como psicólogos e nutricionistas; adoção de uma cultura de governação clínica; e produção de evidência científica relativa aos resultados alcançados com a reforma de 2005 (Miguel & Sá, 2010). Em relação aos aspetos negativos, verificou-se: a ineficaz gestão de recursos humanos; a relação disfuncional entre a liderança estratégica e executiva a nível nacional e regional; dificuldade em implementar a transformação digital e novos sistemas de informação; e falta de articulação entre os CSP com os restantes níveis de cuidados (SNS, 2016, 2019a).

Face à persistência de problemas não resolvidos que resultam em divergências no acesso aos CSP, em 2020 o XXII Governo Constitucional aumentou o orçamento para o setor público da saúde em mais de 941 milhões de euros face a 2019. Este esforço financeiro reflete a continuidade das escolhas políticas de investimento no SNS que têm como objetivo final, maximizar a capacidade resolutiva dos serviços, motivar os profissionais de saúde e investir continuamente na rede de cuidados do SNS (S. A. Rocha et al., 2016; SNS, 2019b).

Cada unidade funcional responsável por prestar CSP, tem o potencial de diminuir as iniquidades de saúde na região em que se insere, o que pode ser conseguido se forem implementadas medidas coesas, que integrem atividades que visem o aumento da equidade (Freeman et al., 2018). Torna-se assim necessário cultivar a melhoria do acesso aos CSP em Portugal, através da formulação de estratégias que garantam ganhos em saúde, equidade entre populações e redução de custos. Reconhece-se a necessidade de aumentar os recursos financeiros, humanos, materiais e de infraestruturas, de modo que a capacidade de resposta seja estendida. São vários os autores que defendem a importância de implementar medidas coesas e direcionadas, como (Menezes et al., 2017; S. A. Rocha et al., 2016; SNS, 2019b):

- Garantir a motivação dos profissionais - através do incentivo à participação dos profissionais de saúde na formulação de propostas de melhoria para as unidades funcionais onde trabalham; criação de melhores condições de trabalho, através do aumento do número de vagas em MGF em zonas mais carenciadas de profissionais, de forma a que o trabalho seja distribuído uniformemente, pois o excesso de trabalho associado a equipas com número insuficiente de profissionais, baixos salários, falta de mecanismos e valorização profissional, principalmente sentida pelos profissionais das UCSP e USF-A, são desafios para os quais é importante promover estratégias de melhoria, uma vez que estes geram stress e reduzem a qualidade das práticas clínicas. Estas situações podem levar a que os profissionais não continuem as práticas, reduzindo assim o seu tempo de trabalho ou até ausência ao serviço por situações de stress, sobrecarga ou *burnout*, resultando num efeito de bola de neve que diminui a capacidade de resposta dos serviços, e conseqüentemente condiciona o acesso (Menezes et al., 2017);

- Redução dos tempos de espera para consulta - através da maximização da efetividade do processo de agendamento de consultas; intervenção nas áreas da tecnologia e nos sistemas de informação; ampliação dos horários de funcionamento das unidades funcionais; incentivo à implementação de novas soluções de prestação de cuidados como, a telemedicina ou a hospitalização domiciliária, bem como o reforço e expansão das equipas comunitárias em cuidados paliativos;

- Investir no aumento do número de USF - Desde o pico da abertura de 71 novas USF em 2009, verificou-se a oscilação desse valor nos anos seguintes. No ano de 2013, apenas 17 USF entraram em funcionamento, enquanto a média dos anos anteriores foi de 48 USF por ano. De 2018 para 2019, foi celebrado a abertura de 32 novas USF, embora o número de entrada de novas USF continue a aumentar, verifica-se que a velocidade de crescimento tem diminuído e a cobertura universal ainda não foi atingida. A velocidade do processo de transformação das

UCSP em USF continua lento, e abaixo das expectativas. Assim, surge também a necessidade de incentivar a abertura de novas USF, de forma a ampliar a cobertura dos CSP, resolvendo também a questão dos utentes sem médico de família (Capela dos Santos, 2016; Norwood et al., 2019; OPSS, 2019);

- Assegurar a articulação dos CSP - com outros níveis de cuidados, como os processos de referenciação para os Cuidados de Saúde Secundários, uma vez que esta articulação afeta a qualidade dos cuidados (Menezes et al., 2017; Ponte et al., 2006); Portugal sofre com desafios relativos à organização dos processos de trabalho das equipas, devendo ser alvo de aposta o apoio ao desenvolvimento de planos locais de saúde, bem como a sua articulação com os planos nacionais, o fortalecimento de estratégias de financiamento e o desenvolvimento de ações intersectoriais que reforcem a participação de todos os setores do governo (DGS, 2015);

- No conhecimento - tanto na literacia dos cidadãos, de forma a incitar à participação ativa nas suas escolhas em saúde, reduzindo a prevalência dos comportamentos de risco, como no conhecimento sobre outros fatores que condicionem o acesso e respetivas estratégias de melhoria.

- Processos político-institucionais e de implementação das USF - resultantes da despreocupação das autarquias e das dificuldades de integração das várias unidades funcionais e reconfiguração dos centros de saúde em ACES; existe a necessidade de integrar equipas e políticas de educação permanentes, estimulando a inclusão de novos profissionais às equipas de CSP para o desenvolvimento de serviços adicionais. Algumas das áreas que necessitam deste tipo de intervenção, são os cuidados dentários e a medicina física e de reabilitação, cuja incapacidade de resposta pela maioria dos ACES é notória, embora esteja muito melhor em 2019 quando comparado com anos anteriores (Braga, 2013a; Capela dos Santos, 2016; P. D. M. Rocha, 2011). A reforma destes cuidados pressupõe, uma maior diversidade na oferta de cuidados em áreas que a cobertura do SNS seja insatisfatória, e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos utentes. A convenção contratualizada em MGF pode ampliar a possibilidade de escolha dos utentes, introduzindo um elemento concorrencial regulado entre os prestadores do SNS e suplementando a oferta dos serviços (Torres et al., 2011);

- Desenvolvimento de indicadores de avaliação de desempenho que reflitam ganhos em saúde - intervenção na melhoria da contratualização, descrito em 3.1.1;

- Aumento do número de utentes com médico de família atribuído - descrito em 3.1.2.

3.1.1 Estratégias no âmbito da Contratualização

A reforma implementada em 2005, para além de todos os benefícios descritos anteriormente, potenciou a eficiência do sistema, uma vez que a adoção de práticas erradas pode resultar no desperdício de recursos.

“O impacto desta reforma está agora a ser testemunhado, o que justifica a necessidade de avaliar os seus resultados de modo a identificar as melhores práticas nos CSP” (Gouveia et al., 2014, p. 639). Sendo o sistema de remuneração associado ao desempenho das instituições de saúde um dos desafios persistentes, considera-se a necessidade de reajustamento, de forma que a contratualização atue exclusivamente no sentido de alargar os benefícios aos utentes. Neste sentido, surge a necessidade de renovar e ajustar a escolha de indicadores, a fim de evitar a adoção de comportamentos inadequados pelos profissionais (Monteiro, Pisco, et al., 2017).

Relembrando o capítulo I, em Portugal existem algumas desvantagens associadas ao uso de indicadores de desempenho. São exemplos, a utilização de indicadores que não integrem a componente psicossocial, a comparação desmedida entre diferentes regiões (OPSS, 2019), o perigo de excessivos diagnósticos e questões éticas, descentralização do foco no utente, priorização do cumprimento dos indicadores em prol da vertente monetária, medição de resultados em saúde por aproximação, fraca evidência científica dos indicadores e os valores definidos para as metas (Melo & Correia de Sousa, 2011). Vários autores afirmam que o maior desafio do sistema remuneratório presente em Portugal, é a incapacidade de os indicadores refletirem verdadeiramente os ganhos em saúde.

São sugeridas em vários estudos, medidas que incentivam a criação de novos indicadores direcionados para os ganhos em saúde, desviando a atenção das equipas na vertente monetária. Como solução, sugerem que o sistema de contratualização em Portugal, deveria promover um quadro de incentivos negociado, em que a metodologia de construção das metas para cada unidade funcional fosse personalizada e adaptada tendo em conta vários fatores. Fatores como a dispersão geográfica, circunstâncias locais, dimensão da unidade funcional e o número de utentes, deveriam ser considerados. As metas que têm sido propostas não são realistas, sendo que o valor proposto é cada vez mais próximo de 100%, e o mesmo se verifica para os indicadores de desempenho assistencial (Braga, 2013b; Melo & Correia de Sousa, 2011; P. D. M. Rocha, 2011).

Deve-se evoluir para indicadores que representem os níveis de satisfação dos utentes, promovendo melhores resultados e diminuindo o número de hospitalizações evitáveis. A construção dos indicadores, para além de que devesse abranger mais áreas clínicas, o

acompanhamento de todas as doenças crónicas, taxa de internamentos evitáveis, aspetos organizacionais e educacionais, deveriam também ser construídos envolvendo a participação dos profissionais de saúde de CSP. No sistema de saúde português, o foco das práticas clínicas exercidas deve ser sempre o utente, e isto coloca-se em causa quando são utilizados métodos de avaliação em que a preocupação das equipas de saúde é atingir as metas estabelecidas, deixando para segundo plano a preocupação com a saúde da população. Por vezes, as unidades funcionais responsáveis por CSP estão mais preocupadas em atingir as metas a todo o custo, e para isso, podem não incluir piores resultados dos utentes. Por exemplo, os indicadores referentes aos rastreios clínicos, podem não se justificar, uma vez que podem induzir ao aumento desmedido de diagnósticos, apenas para aumentar o valor do indicador e, conseqüentemente o recebimento do incentivo financeiro (Melo & Correia de Sousa, 2011; Monteiro, Pisco, et al., 2017).

Para solucionar alguns dos obstáculos associados ao sistema de avaliação dos CSP sugere-se, a revisão anual dos IDC, a construção de indicadores consoante as melhores evidências de resultados para a saúde da sociedade, satisfação dos utentes e que permitam avaliar várias componentes, como a qualidade global da especialidade de MGF e das unidades prestadoras de CSP. Estes indicadores deveriam ter em consideração a prevalência das condições de saúde que afetam as populações das diferentes regiões de Portugal, contemplando os motivos que atraem os utentes aos serviços e as morbidades que afetam a população portuguesa (Braga, 2013b; Melo & Correia de Sousa, 2011; Monteiro, Pisco, et al., 2017).

Recomendam-se ainda outras estratégias, como a ampliação das auditorias externas aos registos da atividade, incluindo a codificação médica e de enfermagem da atividade clínica realizada, e auditorias à organização do trabalho de equipa. Por último, os vários autores salientam a necessidade de realizar alterações periódicas aos indicadores e a adaptação das metas a estabelecer, em que o cálculo das metas deve basear-se na evidência científica, integrando os fatores supramencionados e as características específicas das comunidades que abrangem, através da monitorização e avaliação da própria metodologia do processo de contratualização (Melo & Correia de Sousa, 2011; Monteiro, Pisco, et al., 2017).

3.1.2 Estratégias para os utentes sem médico de família

Apesar dos resultados positivos atingidos em 2019, cerca de 730.232 portugueses continuam sem médico de família atribuído. No estudo contemplado no capítulo II, destacaram-se quatro fatores que podem influenciar o número de utentes sem médico de família, sendo estes: má gestão de recursos humanos; atração de utentes ao setor privado; desigual dispersão geográfica das unidades de saúde; e as condições socioeconómicas dos portugueses (Cortez, 2010).

De modo a minimizar as assimetrias de acesso provocadas por estes fatores, o XIX Governo Constitucional estabeleceu como objetivo prioritário a hipótese de todos os portugueses terem médico de família atribuído em 2014. Para alcançar tal objetivo, foi prevista a realização de um plano que incluía várias medidas, como o aumento das listas de utentes dos médicos de família, a extensão do horário de trabalho dos médicos de 35 para 40 horas semanais e a abertura de concursos para novas vagas na especialidade de MGF. A abertura de novas vagas não só seria para aumentar o número de médicos em CSP, mas também para incentivar à abertura de novas USF e à passagem das mesmas para modelo B. Novas contratações também seriam eficazes para colmatar a falta de médicos nas regiões geograficamente mais afetadas (Capela dos Santos, 2016; Moura & Pita Barros, 2018).

Adicionalmente, foi instituída a publicação periódica por parte da ACSS, de um relatório de acesso aos CSP, de modo a fomentar o conhecimento sobre as atuais condições de acesso. O objetivo prioritário do Ministério da Saúde não foi conseguido, uma vez que em 2014 cerca de 1.478.271 portugueses permaneciam sem médico de família atribuído. No entanto, nos últimos 5 anos verificou-se uma diminuição significativa do número de utentes nesta situação, correspondendo a uma decréscimo de 49% (Moura & Pita Barros, 2018; OPSS, 2019).

No livro *Um Caminho para a Cura*, o autor apresenta a necessidade da implementação urgente de estratégias para a resolução do problema dos utentes sem médico de família. Propõe como estratégia a “*contratualização com terceiros, sejam entidades públicas, privadas ou sociais de modo a assegurar um médico de família para todos*” (Leite, 2020, p. 197). Esta é uma estratégia de carácter temporário, até que o SNS resolva o problema da má gestão dos recursos humanos em CSP, uma vez que se estima que até 2050, o número de médicos de MGF com idade para reforma irá aumentar, provocando assim consequências a cerca de dois milhões de portugueses.

De modo a solucionar o problema do elevado número de utentes sem médico de família, alguns países como a Holanda, a Dinamarca e o Reino Unido, implementaram medidas assentes na valorização do papel dos enfermeiros em CSP, promovendo o desenvolvimento da prática

assistencial do enfermeiro. As medidas visam a reorganização das agendas dos profissionais para melhorar o acesso, através da delegação do trabalho dos enfermeiros nas áreas de prevenção e vigilância de doenças crônicas, permitindo assim a repartição da carga de trabalho nas unidades de saúde. Esta estratégia possibilitou o aumento do número de vagas nas listas dos médicos de família. Assim sendo, a valorização dos enfermeiros poderia ser uma estratégia a considerar para resolver a situação em Portugal, uma vez que, embora o número de utentes com enfermeiro de família atribuído esteja a aumentar, o número de consultas de enfermagem tem diminuído ao longo dos últimos 5 anos. Cerca de 86% dos utentes têm enfermeiro de família atribuído, mas continua a ser necessário o reforço neste âmbito, aumentando o número de consultas de enfermagem, garantindo a cobertura máxima, numa tentativa de solucionar o problema dos utentes sem médico de família (Cortez, 2010; Lowen, Peres, Ros, Poli Neto, & Faoro, 2017; OPSS, 2019).

Nos países enunciados, verificou-se que o aumento do número de tarefas atribuídas aos enfermeiros não condicionou o nível de qualidade dos cuidados, uma vez que cada profissional continuo a desempenhar as suas atividades com competência, sendo exemplos destas atividades as consultas do viajante, a vigilância de doentes diabéticos, hipertensos, asmáticos, cessação tabágica e exames de rotina, em que os enfermeiros fazem muitas vezes as consultas sem a presença dos médicos de MGF. No caso dos enfermeiros não realizarem as consultas sem a presença de um médico, é importante destacar o benefício originado pela colaboração entre médico e enfermeiro, através da partilha de conhecimentos e experiências, que fomenta a aprendizagem, integração e o trabalho em equipa (Cortez, 2010; Lowen et al., 2017).

3.2 Aprender com Estratégias Internacionais

“O acesso aos serviços de saúde é motivo de preocupação internacional” (Menezes et al., 2017, p. 890). São vários os países e respetivos sistemas que pretendem melhorar a alocação de recursos financeiros, humanos e materiais, com o intuito de aumentar os benefícios em saúde para as suas comunidades (Monteiro, Pisco, et al., 2017).

Na literatura encontram-se definidas algumas tendências que influenciam o funcionamento dos vários sistemas de saúde atuais, sendo estas: o foco desproporcionado em cuidados terciários (hospitalares), frequentemente denominado de ‘‘hospitalo-centrismo’’; a fragmentação, como resultado da proliferação de programas/projetos prioritários; e a comercialização generalizada dos cuidados de saúde. Nos países em que o subfinanciamento combina com a capacidade reguladora limitada, estas tendências têm resultado em enormes

prejuízos. Sucintamente, encontram-se descritas as principais tendências que podem influenciar o acesso aos CSP, sentido por vários países:

1. Hospitalo-centrismo - Reflete o peso e a centralidade que estas instituições assumem na configuração do sistema de saúde. É importante o estabelecimento de novas pontes entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários (Antunes & Correia, 2009);

2. Fragmentação (sistemas de saúde centrados em programas prioritários) - Originalmente consideradas como estratégias para atingir resultados equitativos em saúde, estes programas emergiram da preocupação com a expansão lenta do acesso aos cuidados de saúde. A pouca sustentabilidade de uma abordagem limitada ao controlo de doenças, tem sido bastante criticada. A prestação de cuidados acabará por abordar apenas as doenças para as quais existia um programa financiado, ignorando as pessoas que tiveram a infelicidade de não se enquadrarem nas prioridades definidas nos programas prioritários. Deste modo, é difícil manter a atenção das pessoas se estas forem consideradas alvos de programas, o que revela a falta de sustentabilidade social dos serviços (WHO, 2008);

3. Sistemas de saúde em direção à comercialização - a falta de recursos e a fragmentação dos sistemas de saúde aceleram o desenvolvimento de cuidados de saúde comercializados, isto é, a difusão do setor privado, em que os serviços de saúde são prestados a troco de um pagamento pelo serviço, independentemente de ser ou não do Estado, privado ou não governamental. A comercialização tem consequências a nível do acesso aos cuidados, uma vez que pode distorcer resultados dos sistemas de saúde públicos, conduzir à exclusão de grupos mais vulneráveis economicamente (WHO, 2008), e ao abandono dos profissionais de saúde para o setor privado, bem como dos utentes (Cortez, 2010). A preferência dos utentes por serviços, quer públicos ou privados, está muitas vezes associada à sua experiência anterior. Se for positiva, há maior possibilidade de retorno, e são várias as causas que contribuem para o sucesso, seja a proximidade dos serviços, a prestação de cuidados e atendimento centrado no utente, os tempos de espera para consultas, horário de funcionamento das unidades, facilidade em resolução de problemas (reagendamento de consultas, prescrição de medicação e MCDT), ofertas personalizadas como telemedicina e consulta domiciliária, estes são fatores que os utentes consideram na sua escolha aos serviços, podendo as instituições privadas serem uma alternativa a sistemas públicos pouco eficazes (Menezes et al., 2017).

O desenvolvimento e expansão dos sistemas de saúde, permitiu a criação de oportunidades de melhoria para todos os níveis de cuidados, em destaque os CSP enquanto pilar dos sistemas de saúde. Apesar dos contextos característicos de cada país e as tendências a que estão expostos, é objetivo comum, a promoção de cuidados de qualidade focados nas comunidades e que

permitam alcançar a equidade em saúde, possibilitando ainda a proteção financeira e a sustentabilidade dos recursos. A nível global e enquanto recomendação para todos os países do mundo, tendo em conta as tendências comuns, a *WHO* definiu como principais estratégias para maximizar o acesso e a equidade - a mobilização da produção de conhecimento, dedicação da força de trabalho e a participação dos indivíduos (WHO, 2008):

1. *Mobilizar a produção de conhecimento* - a experiência internacional mostra que as estratégias de organização, gestão e financiamento adotadas em CSP, bem como a sua articulação com os outros níveis de cuidados, podem promover o cumprimento dos princípios e valores dos sistemas de saúde, assim como das prioridades definidas no âmbito do acesso, equidade, eficiência e qualidade dos serviços de saúde, sendo importante a partilha de experiências como meio para alcançar os resultados esperados (Gouveia et al., 2014). O fenómeno de globalização possibilitou a aproximação dos países, facilitando a partilha de conhecimento e a revisão política das reformas dos CSP. Este fenómeno tornou as decisões políticas mais suscetíveis à influência dos exemplos de outros países, promovendo a partilha de evidências, estratégias e conhecimento através de diálogos políticos. A possibilidade de comparar diferentes organizações de CSP, alimenta bastante o conhecimento sobre equidade em saúde (Freeman et al., 2018). A mobilização da produção de conhecimento com base na articulação entre os países poderá ajudar a implementar e liderar as reformas dos CSP, permitindo a revisão das suas políticas, promovendo benefícios para os países envolvidos, como o desenvolvimento dos sistemas de saúde e consequentemente, o aumento dos ganhos em saúde (Richard et al., 2016). Isto, poderá ser alcançado através da criação de redes de *expertise* que integrem diferentes nações de modo a produzir conhecimento não só relativo a melhorias nas reformas, avaliação do progresso dos sistemas de saúde, mas também a integração de dados relevantes, promovendo canais de fácil acesso a fontes de informação internacionais para a monitorização dos resultados. Atualmente existem vários projetos de investigação no âmbito das políticas, tratamento e apresentação de dados em saúde, como por exemplo, o relatório *Health at a Glance*. No entanto, a articulação e transmissão de informação entre países pode e deve ser melhorada, uma vez que o setor saúde continua a necessitar de investimentos em investigação relacionada com a redução de desigualdades e o desenvolvimento de melhores e mais eficazes políticas públicas;

2. *Mobilizar a dedicação da força de trabalho* - é indispensável mencionar a relevância dos recursos humanos em saúde, em especial a sua capacitação, formação e qualificação por meios de abordagens educacionais inovadoras que poderão incluir a formação contínua, de modo a desenvolver as competências necessárias ao bom funcionamento das equipas

multidisciplinares (Menezes et al., 2017). O acesso das populações menos favorecidas, poderá manter-se ineficiente, se não forem recrutados profissionais de saúde capazes, que continuem a trabalhar motivados pelo aumento da equidade. Os incentivos poderão continuar a motivar os profissionais de todos os grupos, mas também a promover o investimento na sua educação, de modo que estes consigam aprender, adaptando-se aos vários contextos nacionais, representando papéis ativos nas equipas e desenvolvendo *skills* de sensibilidade à equidade e à focalização nos utentes. Todos os profissionais devem estar motivados, recorrendo também à partilha de conhecimentos e experiências, de modo a assegurar serviços de saúde com cada vez mais eficiência, qualidade e segurança;

3. *Mobilizar a participação dos indivíduos* - os membros das sociedades têm um peso importante nas decisões em cuidados de saúde. O que não significa, que as políticas públicas devam ser dirigidas pelas exigências da sociedade, mas sim, que estas considerem as expectativas e respondam às necessidades de saúde dos seus cidadãos, considerando não só a sua situação socioeconómica, mas também as suas condições de vida, nutrição, habitação, educação e poder de compra (Menezes et al., 2017). Deste modo, torna-se importante que as autoridades de saúde promovam serviços centrados dos seus utentes, assentes em valores como a equidade e a solidariedade, e que incluam as opiniões, e fomentem a participação ativa dos membros da comunidade.

Anteriormente descreveram-se as estratégias gerais da *WHO* para a melhoria dos sistemas de saúde, no entanto, situações mais específicas requerem estratégias direcionadas. Segundo os autores (S. A. Rocha et al., 2016) a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde deve considerar as necessidades de saúde da população com a disponibilidade dos serviços de saúde em tempo e local apropriado. No entanto, existem vários obstáculos que podem condicionar a acessibilidade, como barreiras estruturais, culturais e organizacionais. Fornecer uma vasta gama de serviços de CSP nem sempre é suficiente, devendo também ser considerado os tempos de espera aos mesmos. De modo a diminuir os tempos de espera, é necessário maximizar a eficiência dos recursos disponíveis.

Um estudo desenvolvido na Austrália em colaboração com o Canadá, com o objetivo de identificar intervenções no acesso a populações menos favorecidas, sendo que foram identificadas intervenções a vários níveis (locais, regionais e nacionais), e direcionadas tanto para sistemas de saúde (e.g. alterar formas de organização e práticas de gestão), como para os indivíduos (e.g. aumentar a participação dos utentes nos processos de tomada de decisão sobre questões de saúde). Os autores reuniram conhecimento sobre os componentes do lado da oferta e do lado da procura que podem não devem ser menosprezados no momento da formulação e

implementação de intervenções. Afirmam que do lado da oferta, é necessário que os serviços de saúde respondam às necessidades existentes e que provoquem impactos positivos na vida dos indivíduos, integrando e considerando fatores sociais e culturais, e que estejam disponíveis fisicamente em tempo oportuno, assegurando o acesso a populações com diferentes rendimentos económicos e níveis de educação. Do lado da procura, é importante que os indivíduos tenham a capacidade de identificar as suas necessidades de saúde e os mecanismos para as manifestar, a capacidade de se deslocarem ou acederem aos serviços de saúde, e o envolvimento na sua tomada de decisão (Richard et al., 2016).

Em investigações realizadas nos Estados Unidos da América identificaram-se como principais barreiras de acesso aos CSP: *panel size* (número de utentes à responsabilidade dos médicos de MGF), distância geográfica dos serviços, agendamento e disponibilidade de horário dos serviços, opção de telemedicina e os recursos humanos disponíveis. Nestes mesmos estudos, identificaram-se como possíveis estratégias de melhoria, o incentivo aos alunos de faculdades de Medicina aderirem às áreas prioritárias de CSP, a extensão do horário dos centros de saúde, investimento em programas a nível nacional destinados ao apoio dos centros de saúde e a motivação das equipas multidisciplinares em promoverem consultas virtuais.

Um outro exemplo, acontece no sistema nacional de saúde do Reino Unido, que estabeleceu os prazos de 24 e 48 horas para que os utentes pudessem ter acesso a uma consulta, ou ter uma consulta de acompanhamento. Neste âmbito, foram vários os incentivos financeiros implementados numa tentativa de equilibrar a procura com a disponibilidade diária dos serviços. Esta experiência permitiu a redução do agendamento de consultas de longo prazo, aumentando assim o número de consultas agendadas e realizadas nos tempos de espera estabelecidos (24 e 48 horas). O sistema de saúde do Reino Unido conseguiu assim criar melhorias no acesso, incentivando a obtenção de consultas rapidamente e a manutenção dos agendamentos de rotina, promovendo a continuidade dos cuidados e o acompanhamento dos utentes. Para avaliar a implementação desta estratégia, desenvolveu-se um inquérito anual, a nível nacional, para avaliar a satisfação dos utentes de forma a medir as dimensões de acesso, e promover ajustes nas intervenções, se necessário (S. A. Rocha et al., 2016).

Numa abordagem diferente na Austrália, o governo permitiu a celebração da *Australian Primary Care Collaboratives* (APCC), que desenvolveu estratégias no âmbito da prevenção, através da melhoria dos resultados clínicos dos utentes, por meio da redução dos fatores de risco associados ao estilo de vida quotidiano, assim permitia aos cidadãos manterem melhores resultados em saúde, em especial para os doentes crónicos, diminuindo a recorrência aos

serviços de saúde e aumentando a qualidade de vida destes. Esta é uma estratégia para moldar a procura dos utentes por cuidados de saúde (S. A. Rocha et al., 2016).

Em conclusão, existem diferentes estratégias para maximizar o acesso, cobertura e equidade dos CSP. Sejam estratégias que atuem na dimensão dos tempos de espera, como a reorganização do número de utentes sob a responsabilidade de um médico; valorização dos enfermeiros; incentivos financeiros a unidades que atendam em horários alargados (noturnos e aos fins de semana), e a reorganização dos processos de agendamento. Em situações em que a procura por consultas ultrapassa a capacidade dos utentes conseguirem utilizar os serviços em tempo útil, é também importante considerar o número de utentes agendados por hora, no entanto, o tempo de consultas não deve de forma alguma prejudicar a qualidade dos serviços.

A prestação de cuidados em tempo útil, deve ter como objetivo, o atendimento dos utentes no mesmo dia em que se deslocam às unidades, quer seja para situações de doença aguda, consultas de rotina ou de prevenção (De Souza Santos, Oliveira Almeida, Marques, & De Gouveia Vilela, 2019). Deve ser também incorporado a possibilidade do alargamento do horário de consultas para situações de doença aguda, como a existência de um horário noturno ou aos fins de semana (Menezes et al., 2017; S. A. Rocha et al., 2016).

A distância aos serviços é ainda um fator importante a considerar, uma vez que o acesso às populações em zonas rurais e periféricas, deve ser assegurado. Posto isto, devem ser consideradas todas as dificuldades de acesso aos transportes, a acessibilidade motora dos utentes, sobretudo aqueles que não reúnam os meios físicos e psicológicos que lhes permitam sair de casa. Neste contexto surge a oportunidade de aposta continua na telemedicina e na deslocação dos cuidados de saúde ao domicílio (S. A. Rocha et al., 2016).

CONCLUSÃO

Em Setembro de 2019, através da publicação em *Diário da República* da Lei n.º 56/79, fundou-se o SNS, visando a prática do direito à proteção da saúde e à prestação de cuidados. Atualmente com 40 anos em Portugal, o SNS manifesta-se por todo o país através de diferentes unidades funcionais, sustentado pelo apoio e dedicação de milhares de profissionais, respondendo às necessidades de saúde cada vez mais exigentes da população portuguesa (Leite, 2020).

Os CSP são considerados a base central do sistema de saúde, contribuindo para o acesso aos restantes tipos de cuidados (Menezes et al., 2017). Neste contexto, surgiu a necessidade de contribuir para o conhecimento da sua organização, funcionamento, fatores condicionantes de acesso e estratégias de melhoria.

Para responder às questões de investigação colocadas inicialmente, sendo a questão fundamental “como é o acesso aos CSP em Portugal?”, e as questões complementares “qual é a cobertura dos CSP em Portugal?”, “quais os fatores que condicionam o acesso aos CSP?”, e “quais as estratégias de melhoria do acesso?” realizou-se uma investigação baseada na revisão de literatura dos tópicos em questão, tendo sido analisadas 57 fontes de informação, que incluíram artigos, livros e publicações de organismos governamentais, permitindo assim retirar várias conclusões.

Em primeiro lugar, destaca-se o conhecimento da atual reforma dos CSP em Portugal, bem como do seu funcionamento, respetivas unidades funcionais, práticas de gestão, mecanismos de organização e avaliação de desempenho. A reforma implementada em 2005 veio reformular as organizações, criando inúmeros benefícios para a população portuguesa. Tal reforma foi marcada pela reorganização e articulação das unidades funcionais, estabelecimento da governação clínica em todas as unidades, incentivando à participação ativa dos profissionais na tomada de decisão. Este modelo instituiu pela primeira vez a aposta na qualidade organizacional, formação e investigação, adotando ainda um novo modelo de avaliação de desempenho (P. D. M. Rocha, 2011; SNS, 2019a).

Em comparação com reformas anteriores, verificou-se o aumento da satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde, o que revelou impactos positivos a nível do acesso, cobertura e qualidade dos cuidados de saúde. Os ganhos de saúde manifestam-se através da realização preventiva de cada vez mais rastreios ao cancro da mama e colo-retal, vigilância de doentes crónicos permitindo assim a eficiência económica, através da poupança de gastos em medicação e na prescrição de MCDT (Braga, 2013a).

A monitorização do desempenho em saúde surgiu para melhorar a qualidade dos cuidados, através do acompanhamento e avaliação de indicadores (Melo & Correia de Sousa, 2011). Em relação ao estudo dos indicadores de acesso dos CSP em Portugal incluído na dissertação, conclui-se que nos últimos 5 anos verificaram-se melhorias significativas em todos os indicadores. No ano de 2019, em Portugal existiam 564 USF, 264 UCC e 345 UCSP, com as USF a assegurar a cobertura de 63.2% dos indivíduos residentes em Portugal, e as UCC de 95.9%. Em termos de dispersão da cobertura regional, verifica-se a região de Lisboa e Vale do Tejo com menor nível de cobertura (85.6%), sendo que o Alentejo apresentou a menor taxa de crescimento ao longo dos últimos 5 anos (2%). Em contrapartida, destaca-se o Algarve com um progresso de 21.7% em termos de cobertura regional (OPSS, 2019). Importa enunciar ainda a realização de 31.5 milhões de consultas médicas, mais de 19 milhões de consultas de enfermagem e de 664 mil consultas por outros grupos profissionais (Ministério da Saúde, 2016b).

Em suma, desde 2014 a 2019 manifestaram-se melhorias na capacidade de resposta e resolução em CSP, no entanto reforça-se a preocupação das desigualdades no acesso aos CSP, comprovada pela inexistência da cobertura de 100% da população e da permanência de utentes sem médico de família atribuído, tornando assim a equidade inalcançável. Continuam a verificar-se divergências também na prestação de cuidados entre as USF e UCSP, revelando que as UCSP abrangem a maior proporção de idosos, e revelaram maiores taxas de mortalidade por diabetes, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório (OPSS, 2019). Quanto às condições socioeconómicas dos utentes que abrangem, recorrerem mais frequentemente às UCSP utentes com menores rendimentos e escolaridade (Dimitrovová & Perelman, 2018; OPSS, 2019).

Relembrando que as UCSP atendem apenas doentes sem médico de família atribuído, procurou-se identificar possíveis fatores condicionantes da atribuição de um médico de família, sendo estes: má gestão de recursos humanos, dispersão geográfica, privatização dos serviços e condições socioeconómicas dos utentes. A má gestão de recursos humanos leva à carência de profissionais em algumas zonas do país, impedindo que todos os utentes acedam os serviços, e o mesmo se verifica consoante a dispersão geográfica. Existem zonas do país com maior ou menor número de unidades funcionais de CSP, produzindo assim assimetrias na disponibilidade dos serviços. A privatização em saúde pode influenciar a escolha dos utentes, podendo estes preferir por serviços privados e assim, não só distorcer os resultados, como também diminuir a recorrência dos utentes aos serviços públicos (Cortez, 2010; Menezes et al., 2017; Moura & Pita Barros, 2018).

Identificaram-se como principais desafios sentidos pelas organizações de CSP, a ineficaz gestão de recursos humanos, a relação disfuncional entre a liderança estratégica e executiva a nível nacional e regional, a dificuldade em implementar a transformação digital e novos sistemas de informação, e falta de articulação entre os CSP com os restantes níveis de cuidados (SNS, 2016, 2019a).

É importante referir que as intervenções apresentadas nos últimos anos continuam bastante limitadas, surgindo assim a necessidade de identificar novas formas de melhorar o acesso aos CSP (Richard et al., 2016). Assim, reconhece-se a necessidade de investimento em recursos financeiros, humanos, materiais e de infraestruturas, de modo que a capacidade de resposta seja maximizada. Neste âmbito, surgiu a pesquisa de estratégias que podem ser aplicadas ao contexto português, sendo estas direcionadas para a motivação dos profissionais, redução dos tempos de espera para consultas, ampliação do número de USF, aposta na articulação dos CSP com outros níveis de cuidados, incentivo ao conhecimento, resolução de processos político-institucionais, desenvolvimento de indicadores de avaliação de desempenho mais eficazes, e a atribuição de médicos de família a todos os utentes (Menezes et al., 2017; S. A. Rocha et al., 2016; SNS, 2019b).

Tendo em conta a revisão de literatura realizada, conclui-se que existem diferentes estratégias para maximizar o acesso, cobertura e equidade dos CSP, podendo estas atuar: na dimensão dos tempos de espera, como a reorganização do número de utentes sob a responsabilidade de um médico; valorização dos enfermeiros; incentivos financeiros a unidades que atendam em horários alargados (noturnos e aos fins de semana), e a reorganização dos processos de agendamento. Em situações em que a procura por consultas ultrapassa a capacidade dos utentes conseguirem utilizar os serviços em tempo útil, é também importante considerar o número de utentes agendados por hora, no entanto, o tempo de consultas não deve de forma alguma prejudicar a qualidade dos serviços (De Souza Santos et al., 2019; Freeman et al., 2018; Menezes et al., 2017; Richard et al., 2016; S. A. Rocha et al., 2016).

As várias reformas dos CSP portugueses demonstraram que não foi dada a devida atenção à vertente acesso, e por isso, foram alvo de intervenção, tendo sido nos últimos 5 anos alcançados resultados bastante favoráveis (Gouveia et al., 2014). Em última análise, importa lembrar que sem políticas e lideranças fortes, os sistemas de saúde não progredem voluntariamente para os valores que orientam os CSP, nem respondem eficazmente aos graduais desafios de saúde (WHO, 2008). É necessário, principalmente, melhorar as práticas de gestão e motivar os profissionais em prestar cuidados de qualidade, no entanto, não esquecendo que constantemente surgem desafios, e para isso, é importante contribuir

constantemente para o conhecimento não só de estratégias de melhoria que permitam aumentar os ganhos em saúde, mas também o conhecimento dos fatores condicionantes e tendências futuras, de forma a que todas as dimensões económicas, sociais, culturais e políticas sejam consideradas (De Souza Santos et al., 2019; Gouveia et al., 2014).

Em termos de limitações desta dissertação, importa salientar a exclusão dos resultados relativos ao acesso de 2020 e 2021, pois foram considerados irrealistas. Quanto aos dados recolhidos, a utilização de indicadores apresenta algumas limitações, uma vez que estes dados não consideram o desejo dos utentes em utilizarem os serviços, por exemplo, poderá existir utentes sem médico de família por opção própria.

As questões de saúde da população global são constantes desafios para os CSP, o que implica a melhoria contínua destes cuidados (Starfield, 2007). Verificam-se consequências do envelhecimento populacional que afeta Portugal, como o aumento da prevalência de doenças crónicas. O futuro poderá passar pela aposta contínua no desenvolvimento dos CSP, sendo importante aplicar estratégias generalizadas como a mobilização da produção de conhecimento, dedicação da força de trabalho e o incentivo à participação dos indivíduos. Os desafios que poderão permanecer, prendem-se essencialmente com o alcance do equilíbrio da sustentabilidade financeira com as melhorias do SNS em áreas menos privilegiadas. As reformas implementadas ao longo dos anos, representam também oportunidades para aprender, inovar e melhorar as práticas (Lapão & Pisco, 2019; Leite, 2020; WHO, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2019). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2019*. Lisboa.
- Antunes, R., & Correia, T. (2009). Sociologia da saúde em Portugal: Contextos, temas e protagonistas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 61(1987), 101–125.
- Biscaia, A. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 67–79.
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 701–712. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Braga, R. (2013a). A desaceleração do processo de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(4), 218–220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i4.11104>
- Braga, R. (2013b). Os indicadores de saúde e a contratualização. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(5), 278–280. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i5.11160>
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5–11. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cuidados+de+saude+primarios+em+Portugal#0>
- Capela dos Santos, D. (2016). *A POLÍTICA DE REFORÇO DA RESPOSTA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: PSICOLOGIA, OFTALMOLOGIA, OBSTETRÍCIA, PEDIATRIA E MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO*. Lisboa.
- Cortez, I. (2010). Desigualdade no acesso aos Cuidados de Saúde Primários – a outra face das USF. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 189–194.
- De Souza Santos, D., Oliveira Almeida, I., Marques, D., & De Gouveia Vilela, M. F. (2019). Advanced access in primary health care: improving the people-centred service. *International Journal of Integrated Care*, 19(4), 591. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3591>
- DGS. (2015). PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020. In *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.
- Dimitrovová, K., & Perelman, J. (2018). Changes in access to primary care in Europe and its patterning, 2007–12: a repeated cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 28(3), 398–404. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky019>
- Enfermeiros, C. I. de. (2008). “*Delivery Quality, Serving Communities: Nurses Leading Primary Health Care.*” (12), 1–41. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde. (2015). *ESTUDO SOBRE O DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE*. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf
- Freeman, T., Javanparast, S., Baum, F., Ziersch, A., & Mackean, T. (2018). A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities. *International Journal of Public Health*, 63(5), 567–575. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1083-9>
- Gouveia, M. C., Dias, L. C., Antunes, C. H., Mota, M. A., Duarte, E. M., & Tenreiro, E. M. (2014). Avaliação de desempenho das unidades de saúde para a melhoria dos cuidados de saúde primários. In *Investigação operacional em ação: casos de aplicação* (pp. 637–672). https://doi.org/10.14195/978-989-26-0738-2_18
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm. In *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Instituto Nacional de Estatística. (2020a). Estatísticas da Saúde - 2018. In *Instituto Nacional de*

- Estatística*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=320460040&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2020b). *Estatísticas Demográficas - 2019*. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.7853>
- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(suppl 2), e00042418. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042418>
- Leite, B. R. (2020). *Um caminho para a cura - Realidades e Propostas para o Sistema de Saúde em Portugal* (Grupo Leya; D. Bárbara & I. Garcia, Eds.). Lisboa: Dom Quixote.
- Lowen, I. M. V., Peres, A. M., Ros, C. da, Poli Neto, P., & Faoro, N. T. (2017). Innovation in nursing health care practice: expansion of access in primary health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 898–903. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131>
- Matias Dias, C., Freitas, M., & Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23(2), 439–450.
- Melo, M., & Correia de Sousa, J. (2011). Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 36–42.
- Menezes, E. L. C. de, Scherer, M. D. dos A., Verdi, M. I., & Pires, D. P. de. (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 888–903. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. de. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei n.º28/2008. *Diário Da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22, I(38)*, 1182–1189. Retrieved from www.dre.pt
- Ministério da Saúde. (2016a). História do SNS. Retrieved January 25, 2021, from Ministério da Saúde website: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- Ministério da Saúde. (2016b). *RELATÓRIO ANUAL SOBRE O ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relatório-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Saúde-no-SNS-2015-MS.pdf>
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde 2018. In *Ministério da Saúde*. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- Monteiro, B. R. (2020). Monitoring and performance indicators in family health units and the objectives of sustainable development goals (SDG 3) in health: A comparative analysis in Portugal in the 2013-2018 period. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(4), 1221–1232. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31422019>
- Monteiro, B. R., Candoso, F., Reis, M., & Bastos, S. (2017). Análise de desempenho de indicadores de contratualização em cuidados de saúde primários no período de 2009-2015 em Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 807–818. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33242016>
- Monteiro, B. R., Pisco, A. M. S. A., Candoso, F., Bastos, S., & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(3), 725–736. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>
- Moura, A., & Pita Barros, P. (2018). As Desigualdades Socioeconómicas na Atribuição de Médicos de Família em Portugal estão a Diminuir? *Acta Médica Portuguesa*, 31(12), 730. <https://doi.org/10.20344/amp.9873>

- Norwood, P., Correia, I., Veiga, P., & Watson, V. (2019). Patients' experiences and preferences for primary care delivery: a focus group analysis. *Primary Health Care Research & Development*, 20, e106. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000422>
- OECD. (2019). Health at a Glance 2019. In *OECD iLibrary*. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- OECD. (2020). Health at a Glance: Europe 2020. In *OECD iLibrary*. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Oliveira, A., Marques, C., Mauritti, M., & Reis, T. (2008). *USF 2008: Afirmação* (1ª Edição; VFBM Comunicação, Ed.). Lisboa.
- ONU. (1968). Universal declaration of human rights. *Zeitschrift Fur Krankenpflege. Revue Suisse Des Infirmieres*, 61(12), 499–502. Retrieved from https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf
- OPSS. (2019). Saúde: Um Direito Humano. Relatório de Primavera 2019. In *Relatório de Primavera*. Retrieved from <http://opss.pt/wp-content/uploads/2019/07/RP2019.pdf>
- Ponte, C., Moura, B., Cerejo, A., Braga, R., Marques, I., Teixeira, A., ... Trancoso, J. (2006). Referenciação aos cuidados de saúde secundários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22:555-568.
- Pordata. (2020). *Retrato de Portugal PORDATA, Edição 2020*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Richard, L., Furler, J., Densley, K., Haggerty, J., Russell, G., Levesque, J.-F., & Gunn, J. (2016). Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0351-7>
- Rocha, P. D. M. (2011). Family Health Reform in Portugal: analysis of its implementation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2853–2863.
- Rocha, S. A., Bocchi, S. C. M., & Godoy, M. F. de. (2016). Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 87–111. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>
- SNS; APDH. (2018). *Ação Formação de Suporte ao Plano Nacional para a Segurança do Doente*. Retrieved from <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Anexo III - Qualidade na Saúde.pdf>
- SNS. (n.d.). BI-CSP @ ACES Loures/Odivelas. Retrieved October 20, 2020, from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30029/Pages/default.aspx>
- SNS. (2016). *REFORMA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: COORDENAÇÃO NACIONAL PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS*. Retrieved from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano_Estrategico_e_Operacional.pdf
- SNS. (2019a). *COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A REFORMA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE: Área dos Cuidados de Saúde Primários*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/10/CNCSP-Relatório-Final-2019.pdf>
- SNS. (2019b). *Relatório Anual: ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE NOS ESTABELECIMENTOS DO SNS E ENTIDADES CONVENCIONADAS*. Lisboa.
- Soranz, D., & Pisco, L. A. C. (2017). Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 679–686. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33722016>
- Starfield, B. (2007). Global Health, Equity, and Primary Care. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(6), 511–513. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.06.070176>
- Teixeira, V., Macedo, A. M., Borges, C., Carrapa, S., China, S., & Cunha, R. (2016). O impacto do nível socioeconómico na acessibilidade aos cuidados de saúde primários: estudo em

- quatro unidades de saúde do Norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(6):376-386. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000600004&lng=en&tlng=en#?
- Torres, G. D. V., Mendes, F. R. P., Mendes, A. F. R. F., & Torres, S. M. da S. G. S. de O. (2011). Primary health care in portugal: evolution, current situation, progress and challenges. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(2), 522. <https://doi.org/10.5205/reuol.1718-11976-1-LE.05spe201127>
- WHO. (n.d.). Social determinants of health. Retrieved January 25, 2021, from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3
- WHO. (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2021). Primary Health Care. Retrieved December 3, 2020, from <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>