



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

As perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das
USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de
saúde primários em Portugal

Beatriz Rodrigues Cruz

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Miguel Faria Araújo,

Professor Convidado - ISCTE Business School

Investigador Associado Business Research Unit (IBS)

Outubro, 2023



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Gestão

As perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das
USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de
saúde primários em Portugal

Beatriz Rodrigues Cruz

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Miguel Faria Araújo,

Professor Convidado - ISCTE Business School

Investigador Associado Business Research Unit (IBS)

Outubro, 2023

Agradecimentos

É com enorme entusiasmo e sentimento de missão cumprida, que chego ao fim de uma das etapas mais desafiantes e extraordinárias da minha vida.

Em tom de profunda gratidão, quero estender o meu agradecimento a todos os que, com as suas preciosas contribuições, desempenharam um papel fundamental na concretização desta dissertação.

Ao Professor Doutor Nuno Araújo, pela paciência inestimável, pela sua orientação e disponibilidade, pela dedicação e interesse com que norteou sempre o meu trabalho e por todas as suas palavras de encorajamento e de motivação nos momentos mais desafiantes, e que foram absolutamente cruciais para me manter focada e determinada ao longo deste caminho.

Aos meus entrevistados, pela suas tão generosas contribuições para o estudo, pela oportunidade de poder contar com as suas perceções, experiências e *insights* tão valiosos. Agradeço a disponibilidade, a abertura, a simpatia e a honra que foi ouvir cada uma das suas vozes, fundamentais para a profundidade e significado deste trabalho.

Ao Professor Doutor Álvaro Rosa, pela sua generosidade, orientações sábias e conhecimento partilhado.

Ao Professor Doutor Henrique Martins, pela sua colaboração e apoio em todas as minhas solicitações, sempre tratadas com grande maestria.

Aos colegas e amigos, perdoem-me todos os cafés adiados e um enorme obrigada por todas as palavras de força e incentivo.

Aos meus pais e irmão, por serem âncora e farol, pelo amor, pela compreensão, pelo apoio incondicional e por representarem a minha maior inspiração nesta vida.

Por fim, à memória dos meus saudosos avós, cujos sábios conselhos e exemplos de coragem, força e determinação, continuam a guiar cada passo da minha história.

Com gratidão no coração e olhos voltados para o futuro, encerro estes agradecimentos.

A todos vós, o meu sincero obrigado, por terem feito parte desta jornada.

Resumo

Introdução: O SNS enfrenta desafios significativos, especialmente na acessibilidade aos cuidados de saúde primários, devido à escassez de médicos de família, o que resulta numa enorme sobrecarga hospitalar e em longos tempos de espera. Este estudo procura compreender as perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das Unidades de Saúde Familiares modelo C, como estratégia para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal, visando fornecer *insights* que orientem políticas e práticas mais eficazes e promissoras para o sistema de saúde.

Metodologia: Foi adotada uma abordagem qualitativa exploratória-descritiva. A amostra não probabilística intencional, engloba quinze peritos em saúde com maturidade profissional na área do estudo (gestão, política, economia, saúde). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e, para o tratamento dos dados recolhidos, procedeu-se a uma análise de conteúdo.

Resultados: As perspetivas sobre a implementação destas unidades são diversas. A melhoria do acesso, a autonomia profissional, a inovação do sistema e a atração profissional, são parte dos benefícios assinalados, que contrastam com os desafios, como a possibilidade de privatização, o foco no lucro e as considerações ideológicas. A priorização dos utentes, os modelos flexíveis de atendimento e a desburocratização constituem estratégias sugeridas para promover a acessibilidade.

Conclusões: Segundo os peritos, a implementação destas unidades constitui uma estratégia promissora para melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários. Contudo, é crucial adotar medidas de gestão e supervisão cautelosas para assegurar o seu sucesso e eficácia.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; acessibilidade em saúde; unidades de saúde familiar; peritos em saúde

Abstract

Introduction: The SNS faces significant challenges, especially in accessibility to primary healthcare, due to the shortage of family doctors, which results in a huge hospital overload and long waiting times. This study seeks to understand health experts' perceptions of the implementation of model C Family Health Units as a strategy to improve accessibility to primary health care in Portugal, with the aim of providing insights to guide more effective and promising policies and practices for the health system.

Methodology: An exploratory-descriptive qualitative approach was adopted. The intentional non-probabilistic sample comprised fifteen health experts with professional maturity in the field of study (management, politics, economics, health). Semi-structured interviews were conducted, and content analysis was used to process the data collected.

Results: The perspectives on the implementation of these units are diverse. Improved access, professional autonomy, system innovation and professional attraction are among the benefits highlighted, which contrast with challenges such as the possibility of privatization, the focus on profit and ideological considerations. Prioritizing users, flexible service models and reducing bureaucracy are strategies suggested to promote accessibility.

Conclusions: According to the experts, the implementation of these units is a promising strategy for improving access to primary health care. However, it is crucial to adopt careful management and supervision measures to ensure their success and effectiveness.

Keywords: primary health care; health accessibility; family health units; health experts

Índice

Agradecimentos	iii
Capítulo 1. Introdução.....	1
1.1. Contextualização	1
1.2. Delimitação do tema	2
1.3. Justificativa	3
1.4. Objetivos e Questão de Investigação	3
1.5. Estrutura da dissertação	4
Capítulo 2. Revisão de literatura	5
2.1 Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal: conceito, evolução e reforma	5
2.2. A criação das Unidades de Saúde Familiares (USF)	8
2.3. As Unidades de Saúde Familiares Modelo C, do papel à prática	9
2.4. Pressupostos e regras gerais subjacentes à abertura das USF modelo C	9
2.5. Implicações da implementação das USF modelo C	11
2.6. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: do conceito aos números	12
2.7. A New Public Management na Gestão da Saúde	13
2.7.1. Economia da Saúde e a Importância da Análise Económica em Saúde	15
2.8. Os efeitos das parcerias público-privadas nos cuidados de saúde	15
Capítulo 3: Modelo e Abordagem Metodológica	17
3.1. Objetivos gerais e específicos	17
3.2. Desenho de Estudo Qualitativo e Exploratório-Descritivo	17
3.3. Amostra e método de amostragem	18
3.4. Procedimento de recrutamento da amostra	18
3.5. Instrumento de recolha de dados	18
3.6. Procedimento de recolha de dados	19
3.7. Procedimento de análise de dados	19
3.8. Considerações éticas	20
3.9. Confiabilidade e validade	21
Capítulo 4: Análise e Discussão dos Resultados	22

4.1. Objetivo Específico 1: Analisar as percepções dos peritos em saúde	22
4.2. Objetivo Específico 2: Identificar potenciais benefícios e riscos da implementação das USF modelo C	25
4.3 Objetivo Específico 3: Explorar a viabilidade do modelo	30
4.4 Objetivo Específico 4: Analisar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários	32
4.5 Discussão dos Resultados	36
Capítulo 5: Conclusões e Recomendações	45
5.1. Sumário das Principais Conclusões	45
5.2. Relação com a literatura	46
5.3. Contribuições para a teoria e implicações para a prática	47
5.4. Limitações do estudo e sugestões de pesquisa futura	48
Considerações finais e agradecimentos	49
Referências Bibliográficas	50
Anexos	54
Anexo A. Consentimento Informado	54
Anexo B. <i>Debriefing</i>	55
Anexo C. Parecer Conselho de Ética ISCTE	56

Capítulo 1. Introdução

1.1. Contextualização

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal tem sido uma pedra angular do bem-estar dos cidadãos, proporcionando cuidados de saúde de qualidade. No entanto, nos últimos anos, o sistema enfrentou uma série de desafios significativos que têm impactado a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, o primeiro ponto de contacto entre os cidadãos e o sistema de saúde. Em primeiro lugar, há uma notável escassez de médicos de família. Esse défice é exacerbado pela tendência de profissionais de saúde migrarem para o setor privado, atraídos por condições de trabalho mais favoráveis, perspetivas de carreira mais promissoras, maior autonomia profissional, estabilidade financeira, equilíbrio entre vida profissional e pessoal e processos menos burocráticos.

Além disso, o envelhecimento da população em Portugal tem sido uma realidade crescente, colocando o país como o quarto mais envelhecido do mundo, o que faz emergir uma procura avassaladora por cuidados de saúde e uma complexidade crescente na prestação de cuidados, devido ao aumento de doenças crónicas e comorbilidades. A crescente tendência para uma prática médica cada vez mais defensiva, caracterizada pelo uso excessivo de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e de fármacos, representa um desafio significativo, o que torna imperativo compreender que a maximização de recursos nem sempre se traduz em melhores resultados de saúde. Além disso, essa abordagem ameaça a estabilidade financeira do sistema de saúde, o que exige uma gestão criteriosa e eficiente dos recursos disponíveis.

Adicionalmente, a iliteracia em saúde e a insuficiente alocação de recursos para a promoção e prevenção da saúde, aliadas à crescente presença de tecnologia e inovação, trazem tanto oportunidades quanto desafios, pois embora contribuam para a eficiência e qualidade da prestação de cuidados, também introduzem obstáculos no que diz respeito à acessibilidade aos cuidados de saúde.

A falta de acessibilidade aos cuidados de saúde primários acarreta diversas consequências negativas tanto para os indivíduos quanto para o sistema de saúde como um todo. Primeiramente, a ausência de acesso a cuidados preventivos e de acompanhamento pode resultar no agravamento de condições de saúde, tornando o tratamento subsequente mais complexo e dispendioso.

Além disso, contribui para uma maior recorrência às urgências hospitalares para tratamento de condições que poderiam ser geridas em centros de saúde, aumentando a pressão os serviços de urgência e dificultando o atendimento adequado. A escassez de consultas disponíveis e os extensos períodos de espera, aliados à complexidade em aceder a serviços essenciais, podem culminar em atrasos no diagnóstico e tratamento de condições de saúde, agravando a situação dos utentes. Os grupos vulneráveis, nomeadamente as pessoas economicamente desfavorecidas, podem ser particularmente afetadas pela falta de acessibilidade aos cuidados de saúde primários, aumentando as disparidades na saúde. O tratamento de doenças crónicas, que poderiam ser geridas de forma mais eficaz nos cuidados de saúde primários pode aumentar significativamente os custos para o sistema de saúde, dado que os custos associados a condições avançadas são mais elevados que os relacionados com a prevenção e tratamento.

O acesso insuficiente aos cuidados de saúde primários pode ter um impacto económico negativo para os utentes, na medida em que poderão ter de suportar custos adicionais para aceder a cuidados de saúde privados ou em áreas mais distantes, contribuindo para a sua insatisfação e para a perda de confiança no SNS. Por fim, também a prevenção e a promoção da saúde são prejudicadas, levando consequentemente, a uma menor prevenção das patologias e à adoção de estilos de vida saudáveis, o que pode ter implicações a longo prazo na saúde da população.

Em síntese, a acessibilidade aos cuidados de saúde primários é absolutamente crucial na prevenção e promoção da saúde; na deteção precoce de condições de saúde; na gestão de doenças crónicas; no descongestionamento dos serviços de urgência; na economia de recursos de saúde; na promoção da equidade em saúde; no foco da relação médico-utente; na melhoria da qualidade de vida; na promoção da saúde mental e na resposta a necessidades específicas de saúde, como o planeamento familiar, a vacinação, cuidados maternos e infantis, entre outros.

1.2. Delimitação do tema

Este estudo, de natureza qualitativa, concentra-se na análise das perceções dos peritos em saúde em relação à implementação das Unidades de Saúde Familiares modelo C, como estratégia para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. O foco da investigação abrange as perceções e avaliações dos peritos em saúde acerca da eficácia, viabilidade e potenciais obstáculos associados à implementação das USF modelo C. Além disso, o estudo baseia-se na opinião de peritos que abrangem diversas áreas de especialização em saúde, nomeadamente medicina,

enfermagem, gestão, política, finanças, economia, entre outras, a fim de obter uma compreensão abrangente e multidimensional das percepções sobre o tema em questão.

1.3. Justificativa

A acessibilidade aos cuidados de saúde primários é uma questão de importância primordial para a promoção da saúde e do bem-estar da população, uma vez que constituem o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde. A implementação das USF modelo C representa um modelo de prestação de cuidados potencialmente inovadora para melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários, porém é uma estratégia que nunca foi concretizada, e, portanto, apesar da sua promessa potencial, há uma lacuna significativa na compreensão das percepções dos peritos em saúde sobre a eficácia e os desafios associados a esse modelo.

Assim, este estudo surge como uma resposta crítica a essa lacuna de conhecimento e à necessidade premente de intervir em estratégias que contribuam para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários. Ao analisar de forma abrangente as perspetivas dos peritos em saúde, pretende-se oferecer uma visão aprofundada e multidisciplinar das implicações práticas e das áreas de aprimoramento que podem ser necessárias na implementação das USF modelo C. Adicionalmente, ao analisar o modo como estas percepções podem influenciar o acesso aos cuidados de saúde primários, pretende-se contribuir para a formulação de estratégias mais eficazes e bem fundamentadas para o fortalecimento do sistema de saúde em Portugal. Por fim, ao explorar este tópico, almeja-se não apenas enriquecer o conhecimento no âmbito da saúde pública em Portugal, mas também fornecer insights que podem ser diretamente aplicados na prática clínica, na reorganização do sistemas de saúde e com conseqüente impacto nas orientação das políticas de saúde. Dessa forma, a relevância e o potencial impacto positivo deste estudo estendem-se além do âmbito académico, promovendo avanços tangíveis na prestação de cuidados de saúde primários e, conseqüentemente, na saúde e bem-estar da população portuguesa.

1.4. Objetivos e Questão de Investigação

Este estudo tem como objetivo central analisar as percepções dos peritos em saúde sobre a implementação das USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. Como objetivos específicos, pretende: 1) Analisar as percepções dos peritos em saúde sobre a implementação das USF modelo C; 2) Identificar potenciais benefícios e riscos da implementação das USF modelo C; 3) Explorar a viabilidade do modelo; 4) Analisar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

Pretende-se responder à seguinte questão de investigação: *“Quais as perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários?”*. Para responder a cada um dos objetivos específicos foram formuladas as seguintes questões de investigação: 1) *“Quais são as suas perceções sobre a implementação das USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal?”*; 2) *“Quais são os benefícios da implementação das USF modelo C?”*; 3) *“Quais são os potenciais riscos ou desafios em relação à implementação das USF modelo C?”* e 4) *“Além das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C, quais outras estratégias considera relevantes para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários?”*.

1.5. Estrutura da dissertação

No que diz respeito à estrutura da dissertação, no primeiro capítulo, é apresentada a contextualização do tema, a delimitação do tema, a justificativa, os objetivos do estudo e a questão de investigação central que orienta o estudo e que será explorada ao longo dos capítulos subsequentes. No segundo capítulo, pretende-se delimitar o enquadramento teórico e concetual do problema em análise, e são abordados tópicos como a evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal, a criação das Unidades de Saúde Familiares e, de forma específica, as Unidades de Saúde Familiares Modelo C, a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, desde a definição do conceito até aos números que refletem a realidade nacional, os conceitos de economia da saúde e de análise económica em saúde, a New Public Management, as parcerias público-privadas e os seus efeitos nos cuidados de saúde. No final do capítulo, aborda-se a implementação das USF modelo C, os seus benefícios e os desafios da privatização dos cuidados de saúde primários. No terceiro capítulo, é apresentada a fonte de dados e a metodologia utilizada para recolher e analisar as perceções dos peritos em saúde. O quarto capítulo, reflete os principais resultados obtidos a partir da análise das perceções dos peritos em saúde e a discussão destes em profundidade, proporcionando uma visão crítica e analítica das implicações práticas e desafios associados à implementação das USF modelo C. Finalmente, no quinto capítulo, apresentam-se os principais resultados do estudo e recomendações práticas e estratégicas para fortalecer a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal.

Esta dissertação visa aprofundar a compreensão sobre a implementação das USF modelo C, um tema de grande relevância e atualidade na área da saúde. Pretende-se perceber se este modelo pode representar uma estratégia promissora para melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários. É absolutamente crucial que as decisões e políticas de saúde sejam fundamentadas em evidências sólidas, visando assim promover uma abordagem mais eficaz e significativa na construção de uma sociedade com uma saúde mais robusta e abrangente.

Capítulo 2. Revisão de literatura

2.1 Os Cuidados de Saúde Primários em Portugal: conceito, evolução e reforma

Em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) em Alma-Ata, foi proposta atingir-se a meta “Saúde para todos no ano 2000”, por via da implementação e desenvolvimento, a nível mundial, dos cuidados de saúde primários que, foram definidos como cuidados essenciais de saúde, que se baseiam em abordagens e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, disponibilizadas de forma universal a todos os membros de uma comunidade, permitindo a sua participação ativa e mantendo um custo viável para a sociedade e para o país, em cada fase do seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Estes cuidados são uma parte essencial do sistema de saúde do país, do qual constituem a sua função central e o seu foco principal, mas também têm um impacto significativo no avanço social e económico global da comunidade e correspondem à primeira linha de contacto entre os indivíduos, famílias e comunidades com o serviço nacional de saúde, pelo que preconizam a prestação de cuidados de saúde o mais próximo possível dos locais de residência e de trabalho das pessoas, constituindo assim, o ponto inicial de um processo contínuo de assistência à saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978). A Declaração de Alma-Ata enfatizou principalmente a indispensabilidade de sistemas de saúde abrangentes, caracterizando a saúde como um direito humano. Porém, ainda que alguns dos objetivos delineados em Alma-Ata não tenham sido plenamente atingidos, transformaram-se num ponto de referência primordial para as reformas e reestruturações implementadas nos sistemas de saúde de várias nações durante as décadas de 1980 e 1990, incluindo Portugal, que iniciou esse processo já na década de 1970 (Pisco & Pinto, 2020).

Em Portugal, os cuidados de saúde primários têm passado por diversas reformas resultantes das alterações nas práticas de gestão, que visam responder às necessidades em constante evolução da saúde da população e a correção das deficiências identificadas nos modelos de organização anteriores (Ramalho, 2021). Com o passar do tempo, essas mudanças tiveram um impacto positivo na qualidade da prestação dos cuidados e serviços e na sustentabilidade das condições laborais e infraestruturas, impulsionando a acessibilidade, a equidade, o trabalho em equipa e um maior envolvimento e responsabilização de todos os grupos profissionais (Biscaia & Heleno, 2017).

Em Portugal, os cuidados de saúde primários têm uma história de mais de cinco décadas, que teve início com a criação dos centros de saúde, em 1970 e que teve dois marcos importantíssimos: um em 1982, aquando da implementação da carreira médica e outro em 2005, com a reforma dos cuidados de saúde primários e que permitiu o desenvolvimento das unidades de saúde familiares (USF) (Silva, 2023).

A Reforma do Sistema de Saúde e da Assistência (Decreto-Lei n.º 413/71), originou os “centros de saúde de primeira geração”, visando a reestruturação dos serviços de saúde em diferentes níveis e a priorização dos cuidados primários. Após a Revolução dos Cravos em 1974, muitos médicos que originalmente seriam enviados para o Ultramar permaneceram em Portugal, levando à criação do "serviço médico à periferia" em 1975, e resultando na melhoria da assistência médica em áreas rurais interiores do país. Em 1979, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), representou um compromisso do Estado em proporcionar cuidados de saúde acessíveis a todos. Na mesma linha, durante os anos 70 e início dos anos 80, foram estabelecidos os Institutos de Clínica Geral e a formação de médicos de cuidados de saúde primários. Em 1982, foi introduzida a carreira de Clínica Geral, seguida pelos "centros de saúde de segunda geração" em 1983 e foi criado o Colégio de Clínica Geral da Ordem dos Médicos e a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG). A década de 1980, também acarretou desafios relacionados com a gestão e contenção de custos, levando à introdução das primeiras taxas moderadoras em centros de saúde e hospitais. Em 1989, a revisão da Constituição tornou a saúde tendencialmente gratuita, e em 1990, a Lei de Bases da Saúde permitiu uma maior cooperação entre o Estado e o setor social e privado na prestação de serviços de saúde. No entanto, os "centros de saúde de segunda geração" ainda enfrentavam limitações de autonomia administrativa e financeira, o que intensificou a necessidade crescente de reformas institucionais, que surgiram a partir de 1996, liderados por médicos de família associados à Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (Pisco & Pinto, 2020).

Os "Projetos Alfa" foram implementados em Lisboa e Vale do Tejo em 1996 e 1997, com o objetivo de aprimorar a eficiência e de utilizar eficazmente os recursos nos cuidados de saúde primários, permitindo argumentar, a partir daí, a captação de mais recursos para o sistema, consoante as necessidades. Na sequência do sucesso dos projetos Alfa, surgiu em 1998, o Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral (Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio), valorizando o bom desempenho clínico, ao mesmo tempo que se uniam esforços para expandir esta reflexão a outros profissionais de saúde, e baseando-se no pagamento associado à qualidade e quantidade do seu desempenho (Conceição et al., 2005). As Agências de Contratualização foram estabelecidas em 1997 e 1999 para separar o financiamento da prestação de cuidados de saúde, promovendo transparência e responsabilidade. Em 1999, houve debate sobre a descentralização da gestão dos cuidados de

saúde primários para os centros de saúde de terceira geração, com maior autonomia administrativa e financeira, visando aprimorar a gestão e facilitar o acesso aos cuidados de saúde. No entanto, esses centros não foram plenamente implementados devido à resistência das sub-regiões de saúde, e acabaram por ser extintos (Pisco & Pinto, 2020).

A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, surgiu como uma forma de progresso ao nível da saúde e como uma resposta à necessidade de reorganização do sistema de saúde, reconhecendo a importância dos cuidados primários na relação com o utente e foi implementada em 2005, tendo por base o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que identificou algumas falhas nos cuidados de saúde primários, como a oferta insuficiente de cuidados para a população e a falta de organização dos centros de saúde. A reforma recomendou a organização dos cuidados de saúde primários em pequenas unidades de saúde familiar e foi considerada uma das mais bem-sucedidas reformas dos serviços públicos em Portugal (Tavares, 2019). Para (Pisco, 2011), esta Reforma foi motivada por diversos fatores, como a insatisfação dos intervenientes (cidadãos, profissionais e decisores políticos), a baixa acessibilidade, ineficiência, existência de barreiras burocráticas e falta de incentivos para a melhoria da produtividade e qualidade dos serviços. Adicionalmente, a má utilização dos serviços de saúde também foi um fator agravante. Assim, a reforma foi dirigida não só aos serviços, mas também aos utentes, com a promoção de formação em cuidados preventivos e sessões de informação aos utentes. O objetivo era melhorar a eficiência na prestação de serviços e a gestão eficiente dos recursos financeiros, exigindo a criação de novas formas de organização e gestão dos serviços de saúde (Rebelo, 2015).

Assim, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2006), uma estrutura autónoma responsável pela condução do projeto global da Reforma dos cuidados primários, que destacou que o Programa do XVII Governo Constitucional em Portugal, considerava a reforma dos cuidados de saúde primários como um fator-chave para modernizar e recentrar o sistema de saúde, tornando-o mais centrado nos cuidados de saúde primários e desenvolveu uma matriz organizativa que procurou reconfigurar os centros de saúde e estabelecer as Unidades de Saúde Familiar (USF) como a primeira linha de um sistema de saúde acessível, eficiente e equitativo, cujo principal objetivo era o de alcançar ganhos em saúde, aprimorar a organização e a gestão dos cuidados de saúde primários e melhorar a qualidade e a acessibilidade dos utentes aos mesmos (Ministério da Saúde, 2006). Esta reforma e a transição para os "novos centros de saúde" ocorreram em várias fases, incluindo a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), a formação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), o estabelecimento de outras unidades funcionais dentro dos ACeS, a introdução de um novo modelo de gestão, a implementação da governação clínica, a reorganização dos serviços de suporte

e, por último, a informatização completa dos serviços e a eliminação da maioria dos suportes em papel (Pisco, 2011).

2.2. A criação das Unidades de Saúde Familiares (USF)

A implementação das unidades de saúde familiares teve como princípios fundamentais a formação de equipas pequenas, multiprofissionais, com capacidade de auto-organização; a manutenção da autonomia funcional e técnica das unidades; a contratualização de uma carteira básica de serviços a serem prestados e a criação de um sistema de incentivos financeiros que premiava a produtividade, a acessibilidade e a qualidade dos serviços prestados (Ministério da Saúde, 2006).

Estas unidades, dizem respeito a um modelo inovador na prestação de cuidados de saúde primários em Portugal, reguladas por um regulamento interno ou plano de ação, e são compostas pelo coordenador de equipa, pelo conselho técnico e pelo conselho geral, que procuram atingir objetivos e metas de qualidade de processos e resultados de saúde, estabelecidos através de uma carta de compromisso contratualizada entre as direções executivas dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e destas com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), sendo avaliadas e responsabilizadas pelos seus desempenhos, tendo para isso sistemas de informação que possibilitam a monitorização dos indicadores contratualizados. No que concerne à remuneração, os médicos acedem a um sistema retributivo misto, que premeia a otimização do acesso e o desempenho coletivo para o alcance da eficiência e da qualidade, e por sua vez, os enfermeiros e secretários clínicos têm incentivos financeiros que dependem do alcance das metas de desempenho contratualizadas. A par disso, as USF também oferecem outros incentivos, nomeadamente, a estruturação de planos de desenvolvimento de competências e formação e ainda, prémios monetários para reinvestimento na USF, baseados no desempenho nos indicadores de acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência. No que diz respeito ao acesso, os profissionais destas unidades, estabelecem um acordo de intersubstituição que garante atendimento imediato aos utentes inscritos e detêm, ainda, uma base de dados informática fiável dos mesmos (Biscaia & Heleno, 2017). Para a USF-AN (Unidades de Saúde Familiar – Associação Nacional), as USF dizem respeito a pequenas unidades operacionais dentro dos centros de saúde, com autonomia funcional e técnica e que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, garantindo aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços, porém, a sua classificação em modelos (A,B e C), depende do seu nível de desenvolvimento e autonomia organizacional, da diferenciação do seu modelo remuneratório e de incentivos para os profissionais e do seu modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico (Teixeira, 2016).

O modelo A é destinado à fase de aprendizagem e aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, representa o primeiro passo para o desenvolvimento da prática de contratualização interna, aplica-se às USF do setor público reguladas pela Administração Pública, com remunerações correspondentes e permite contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário e sujeita ao cumprimento de objetivos e metas, cujo alcance pode resultar em incentivos institucionais a aplicar na própria USF (Biscaia & Heleno, 2017). Este modelo é imprescindível em situações onde predomina o trabalho individual isolado e/ou não se executam práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar (Ministério da Saúde, 2007). Por sua vez, o modelo B é indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, disponíveis para aceitar um nível mais exigente de contratualização de desempenho e aplica-se às USF do setor público, oferecendo um regime retributivo especial para médicos e incentivos monetários para enfermeiros e secretários clínicos. Em ambos os modelos (A e B), são contratualizados indicadores relativos aos incentivos organizacionais e uma eventual carteira adicional de serviços (Biscaia & Heleno, 2017).

2.3. As Unidades de Saúde Familiares Modelo C, do papel à prática

As USF modelo C dizem respeito a um modelo experimental, com carácter supletivo em relação às eventuais insuficiências demonstradas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), são reguladas por um diploma próprio e podem abranger o setor público, privado, cooperativo ou social, em cooperação com centros de saúde, mas sem depender hierarquicamente destes (Biscaia & Heleno, 2017). Estas unidades de saúde, correspondem a um modelo idealizado e empírico, que ainda não se encontra efetivo nem regulamentado na sua totalidade (Magalhães, 2013). As suas atividades são regidas por um contrato-programa estabelecido pelo departamento de contratualização da ARS e sujeitas a controlo e avaliação externa por parte desta ou de outras entidades designadas para esse fim. (Ministério da Saúde, 2007).

2.4. Pressupostos e regras gerais subjacentes à abertura das USF modelo C

O Grupo de Trabalho constituído para analisar as condições de abertura das USF modelo C, elaborou um documento intitulado *“Condições de abertura das USF Modelo C ao sector social e cooperativo a título experimental – Recomendações e Propostas”*, que englobou, entre outras propostas, a finalização do processo de atualização das listas de utentes com vista a identificar as áreas com uma resposta deficitária em termos de médicos de família, junto de cada uma das Administrações Regionais de Saúde, e com potencial para a implementação deste modelo de organização de unidades de saúde familiares (Tribunal de Contas, 2014).

As USF modelo C dizem respeito a um modelo de cooperação entre o setor público e entidades do setor social e cooperativo, de caráter supletivo e complementar, uma vez que apenas preconizam o preenchimento de claras deficiências evidenciadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS). Por sua vez, a sua implementação engloba uma definição clara, minuciosa e exaustiva das necessidades da população, com vista a identificar as reais incapacidades dos serviços estatais e as carências identificadas ao nível dos cuidados de saúde primários, absolutamente cruciais para corroborar o objeto da parceria. A identificação dos locais onde se revela necessária uma USF deste tipo é feita através da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) e de critérios a definir e, por sua vez, está sujeita a quotas máximas estabelecidas por região de saúde e à disponibilidade de médicos de família. Ademais, é recomendada a promoção da concorrência para a seleção de parceiros sempre que possível. As USF modelo C, devem obrigatoriamente coordenar-se com o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área geográfica correspondente, mantendo, no entanto, a sua autonomia hierárquica intacta. Além disso, a prestação de serviços requer uma equipa devidamente identificada, qualificada e coesa, que cumpra todos os requisitos previamente definidos. A obtenção de acreditação é um requisito que deve ser cumprido no prazo de 3 anos, e a celebração de um contrato regula a relação com o Ministério da Saúde (MS) e o plano de atividades a serem desenvolvidas e engloba o cumprimento obrigatório da carteira básica de serviços e, quando justificável, compromissos assistenciais adicionais. Por sua vez, a compensação financeira pela prestação dos serviços deve levar em consideração os valores praticados no setor público e as características e dimensão das listas de utentes. De forma a permitir a uniformização da avaliação e comparação dos registos realizados, em relação às restantes USF, recorre-se a sistemas de informação já em utilização no Serviço Nacional de Saúde. Além disso, adota-se um modelo de acompanhamento da execução do contrato com foco na obtenção de resultados em saúde e a avaliação da iniciativa envolvendo o comparador público. Outro pressuposto da constituição destas unidades, envolve uma evidente separação entre a prestação de cuidados e a proibição de acumulação de funções em serviços oficiais do SNS ou com ele convencionados. Ademais, é instituída uma cláusula de salvaguarda para todos os profissionais que impeça a transição direta de qualquer figura jurídica de mobilidade do setor público para o modelo C, exceto em casos de aposentação ou reforma. Por fim, é desejável dar prioridade às cooperativas de profissionais de saúde (médicos e/ou enfermeiros), sempre que possível (Pisco et al., 2013 cit in Tribunal de Contas, 2014).

No mesmo documento, o Grupo de Trabalho, evidenciou os critérios favoráveis para a implementação de USF modelo C, nomeadamente: uma melhor distribuição e cobertura de populações com carências ao nível dos cuidados de saúde primários; a disponibilidade de serviços adicionais (em formato de Atendimento complementar, Serviço de Atendimento Permanente,

Serviço de Atendimento Situações Urgentes, Consulta Aberta), com um efeito previsível na redução de fluxos na procura, devido à abrangência oferecida pela USF modelo C; a fixação de jovens médicos e recurso a médicos aposentados que atribuem um valor muito positivo a modelos autónomos e inovadores de prática clínica e por fim, o desenvolvimento de estratégias que se adaptem às diversas realidades locais. Ainda neste relatório, foi adicionalmente sugerida a criação das Cooperativas de Saúde, com o intuito de proporcionar um enquadramento legal para a atividade das USF modelo C nos setores social e cooperativo (Tribunal de Contas, 2014).

2.5. Implicações da implementação das USF modelo C

A respeito da criação das USF modelo C, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), I.P., destacou que este modelo de organização de cuidados de saúde primários, representa um desafio que poderá alterar o modelo de gestão das USF e dos cuidados de saúde primários. Porém, enfatizou a importância de incorporar essa mudança na revisão da legislação então vigente e sublinhou que qualquer inovação na gestão dos cuidados de saúde primários, deve focar-se na resolução do problema dos utentes sem médico atribuído, priorizando a alocação de USF nos locais onde são necessárias. De outro modo, para garantir a sustentabilidade e competitividade do modelo, é mais provável que seja implementado em áreas onde essas necessidades são mais notórias, ou seja, nos grandes centros ou onde existem mais USF, perpetuando a carência dos médicos de família para os utentes e a desigualdade entre o litoral e o interior, entre as zonas com mais população e com uma oferta de equipamentos de saúde mais diversificado e as com menos densidade populacional e menos alternativas para o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Em contraste, a Ordem dos Enfermeiros, ao apresentar as suas alegações, levantou dúvidas sobre a relevância de considerar a implementação deste modelo, argumentando, por um lado, que não seria esperado que a sua implementação contribuísse para reduzir as desigualdades existentes e, por outro, afirmaram não ter havido ainda uma implementação efetiva e a integração de todas as unidades funcionais propostas pela Reforma, o que dificulta uma avaliação precisa dos modelos de gestão e financiamento vigentes (Tribunal de Contas, 2014).

Quanto à estrutura das unidades funcionais propostas pela Reforma, o Tribunal de Contas (2014), admite que a forma como as USF são geridas pode sofrer uma mudança significativa com a implementação deste modelo, dado que este, prevê que os serviços públicos sejam fornecidos por entidades do setor privado, social ou cooperativo. Assim, caso a implementação do modelo C se prove benéfica para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em comparação com as abordagens existentes, implicará uma necessária reformulação do atual modelo de financiamento e a eventual introdução de diferentes níveis de partilha de riscos nos contratos programa/gestão e

uma redefinição dos critérios de desempenho. Assim, para este autor, apesar das razões mencionadas, é válido considerar que a implementação das USF modelo C poderia potencialmente representar uma alternativa para fazer face a mais de um milhão e meio de utentes sem médico de família, com a vantagem de obter resultados e ganhos na saúde, particularmente na promoção eficaz da prestação de cuidados e na melhoria da acessibilidade aos serviços de saúde.

2.6. Acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: do conceito aos números

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que todas as pessoas devem ter a oportunidade de alcançar uma saúde ótima, independentemente das suas circunstâncias económicas e sociais (Tavares, 2018). Em Portugal, o artigo 64º da Constituição, afirma que todos têm o direito à proteção da saúde e a obrigação de a promover e defender. Por conseguinte, o Estado é responsável por garantir que todos os cidadãos tenham acesso aos cuidados de saúde preventivos, curativos e de reabilitação, independentemente da sua condição financeira e de assegurar uma distribuição justa e adequada dos profissionais de saúde e das unidades de saúde em todo o país, de forma a garantir que todas as pessoas, independentemente da sua localização geográfica, tenham acesso aos cuidados de saúde necessários.

Para Levesque et al., (2013), a acessibilidade na área da saúde refere-se à facilidade de utilização dos serviços de saúde por parte dos utilizadores e da comunidade, de acordo com as suas necessidades. Para Furtado & Pereira (2010), a acessibilidade em saúde é um conceito central nas políticas de saúde, já que está intimamente ligada à equidade em saúde, que diz respeito a um dos objetivos mais importantes dos sistemas de saúde, uma vez que assegura o direito universal à saúde. Por sua vez, a equidade em saúde é um valor de justiça distributiva que procura reduzir as desigualdades de oportunidades de saúde entre grupos sociais menos favorecidos (Braveman & Gruskin, 2003) e deve ter em consideração as necessidades de cuidados de saúde e a capacidade de pagamento dos utentes. Para esse efeito, no Serviço Nacional de Saúde, os objetivos da equidade no acesso aos cuidados de saúde devem ser universais, gerais e tendencialmente gratuitos, com financiamento na sua maioria, proveniente do Estado (Tavares, 2018).

Segundo o Relatório n.º 07/22 “Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021” do Conselho das Finanças Públicas (2022), tendencialmente, no nosso país, é incentivado que os cuidados de saúde primários sejam a primeira e principal fonte de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde e prova disso, é que este tipo de cuidados, teve um papel preponderante durante a pandemia de Covid-19 na identificação e triagem de possíveis casos, no seguimento das pessoas infetadas e na implementação do plano de vacinação, levando Portugal a liderar as taxas de

vacinação em todo o mundo. Porém, em termos de acessibilidade aos cuidados de saúde primários, verifica-se um número cada vez maior de utentes sem médico de família. Segundo este relatório, no final de 2021, mais de 10,4 milhões de pessoas estavam inscritas no SNS, com 65,8% registados em unidades de saúde familiar, porém mais de 1.1 milhões de pessoas não tinham médico de família atribuído, representando um aumento de mais de 303 mil pessoas relativamente ao ano anterior, e inviabilizando o objetivo de cobertura total da população por médicos de família, e portanto, a cobertura universal de saúde. Pese embora, o aumento do número de consultas médicas presenciais em cuidados de saúde primários em 2021 comparativamente com 2020, não se atingiram os níveis pré-pandemia, tendo sido realizadas 6,4 milhões de consultas a menos. Em oposição, o número de consultas não presenciais, de medicina, de enfermagem e de outros técnicos de saúde, sofreu um aumento derivado da maior utilização de recursos tecnológicos para monitorizar a saúde dos utentes, principalmente os diretamente afetados pela pandemia e do plano de vacinação, respetivamente. Importa considerar ainda que, no que concerne à atividade dos cuidados de saúde primários em Portugal, constatou-se em 2021, um desvio significativo na sua utilização em relação às necessidades da população, avaliadas com base em critérios sociodemográficos e de morbilidade, e que se verificou quer nos cuidados médicos, quer nos de enfermagem, sugerindo a presença de necessidades ocultas não satisfeitas. Com base nesta análise liderada pelo Conselho das Finanças Públicas (2022), constatou-se que os principais indicadores de acesso, eficiência e qualidade dos cuidados primários não atingiram os valores pré-pandemia, o que constitui um enorme desafio e cada vez mais crescente, ao nível da saúde em Portugal, exigindo a criação de modelos e estratégias inovadoras para atender às necessidades da população de forma eficaz e eficiente (CFP, 2022).

2.7. A New Public Management na Gestão da Saúde

As Reformas da Administração Pública em Portugal apoiam-se diretamente na Constituição de 1976, e tiveram como foco principal evitar a burocratização, aproximar os serviços das populações e garantir a participação dos interessados na sua gestão efetiva, o que obrigaria a Administração Pública a orientar os seus esforços para se adaptar ao contexto social, cultural, tecnológico e económico vigente. Do ponto de vista económico-financeiro, o ambiente instável, enfatizou a urgência de diminuir a dívida pública, gastando de forma mais eficaz e eficiente e, por outro lado, de aumentar a produtividade no setor público e melhorar a qualidade dos bens e serviços públicos oferecidos à população (Bilhim, 2021). As estratégias de reforma adotadas envolveram cortes orçamentais, venda de bens estatais, privatizações e a implementação de técnicas de gestão privada inspiradas no modelo de reforma gestor, conhecido como Nova Gestão Pública (NGP), que surgiu nos países anglo-saxónicos no final da década de 1970, com o objetivo de solucionar problemas enfrentados pela Administração Pública (Araújo, n.d.), promover a competitividade entre

fornecedores de bens e serviços públicos e melhorar a qualidade do serviço, através da introdução de mecanismos de mercado e ferramentas de gestão privada, que visam aumentar a eficiência e flexibilidade da gestão (Rodrigues, 2005). Para lidar com os desafios da Nova Gestão Pública, surgiram novos instrumentos de gestão pública, entre os quais as parcerias público-privadas (PPP's), que foram amplamente adotadas em Portugal, desde 1990, e têm sido especialmente relevantes na área da saúde, por incluírem a exploração dos serviços clínicos (Rebelo, 2014).

Atualmente, os líderes políticos da área da saúde têm-se envolvido cada vez mais em parcerias público-privadas, que são acordos contratuais entre empresas privadas e o governo, com o objetivo de financiar e fornecer novas infraestruturas e serviços de saúde. Este modelo de financiamento foi inicialmente implementado em países desenvolvidos como a Austrália, Canadá, França, Itália e Reino Unido, mas tem sido adotado por muitos outros países ao redor do mundo (Hellowell, 2016). Existem diversas classificações que podem ser aplicadas às PPP's, no entanto o modelo DBFO (design-build-finance-operate) proposto por Flyvbjerg et al. (2002), no qual o Estado especifica os serviços que deseja que sejam fornecidos pelo setor privado, que será responsável por financiar, construir, gerir e fornecer esses serviços, tem sido amplamente utilizado (IMF, 2004).

As parcerias público-privadas (PPP's) podem contribuir positivamente para a melhoria da eficiência, através da redução de custos e aumento da qualidade e eficácia dos serviços prestados; a melhoria da acessibilidade, possibilitando um maior acesso aos serviços de saúde a toda a população, inclusive com meios mais rentáveis e recursos especializados do setor privado; e, por fim, a produção de recursos adicionais para o setor público, através do fornecimento de instalações, equipamentos ou conhecimento especializado ao setor privado a um menor custo (Jütting, 1999). Adicionalmente, segundo Tuohy (2001), estas parcerias, na área da saúde, promovem uma mudança de paradigma na gestão dos sistemas de saúde pelos governos, concentrando-se em objetivos de eficácia e eficiência, em parceria com o setor privado, o que possibilita às entidades públicas o acesso a capital privado, à sua experiência e gestão mais eficientes, a tecnologias menos dispendiosas e a uma redistribuição dos riscos, garantindo segurança na prestação de serviços e expansão das infraestruturas e serviços de saúde. Igualmente, o setor privado pode ajudar o Estado na adequação dos seus objetivos, através do uso da sua flexibilidade e precisão, de modo a evitar a morosidade e a burocracia comuns em regulamentações e procedimentos governamentais e na resolução de diversas necessidades, tais como a falta de financiamento, a necessidade de maior oferta de serviços de saúde e as restrições orçamentais, através do aumento da eficiência e eficácia dos serviços públicos e do reforço da sua viabilidade financeira, operacional e infraestrutural (Yaya, 2005).

2.7.1. Economia da Saúde e a Importância da Análise Económica em Saúde

A Economia da Saúde diz respeito a um campo de estudo que se aplica à análise económica e que se tornou cada vez mais relevante nos últimos anos, preocupando-se com a alocação de recursos limitados para satisfazer necessidades ilimitadas, o que representa um grande desafio. Vários fatores têm contribuído para a importância crescente da Economia da Saúde, incluindo a necessidade de gerir a relação entre a oferta e a procura, a escassez de recursos, o aumento das expectativas dos utentes, o aparecimento de novas doenças e o progresso tecnológico (Barros, 2013).

De acordo com Pereira (2009), a Análise Económica em Saúde é uma ferramenta que permite comparar as consequências diretas e indiretas de diferentes opções de tratamento e os seus custos, ajudando os decisores a escolher as alternativas que proporcionem o maior benefício pelo menor custo. Esta abordagem tem sido utilizada há mais de cinquenta anos e é essencial para ajudar os gestores de saúde a priorizar as opções mais eficazes e eficientes, uma vez que os recursos são escassos e limitados (McLaughlin et al., 2014).

A partir de 2007, todos os países da União Europeia experimentaram uma recessão económica, embora não de forma simultânea, pelo que a maioria das políticas implementadas pelos governos, durante esse período, foram relacionadas com a concessão de apoio financeiro aos bancos, resultando num aumento significativo da dívida pública (Reeves et al., 2014). Por sua vez, em Portugal, a crise económica teve um grande impacto em vários setores, incluindo a saúde, pelo que o Governo implementou cortes orçamentais significativos, o que levantou preocupações sobre como estes afetariam os gastos com a saúde pública, que embora sendo responsabilidade do Estado, se este não os conseguir cobrir, os utentes dos serviços de saúde podem ter de suportar essas despesas, o que afeta negativamente a sua qualidade de vida (Azevedo, 2016). Por outro lado, a crise económica e social prolongada pode ter efeitos a médio e longo prazo na saúde dos portugueses, o que intensifica a necessidade de investigar em que medida a igualdade, o direito e o acesso à saúde, estão a ser proporcionados aos utentes dos serviços de saúde em Portugal, especialmente nos cuidados de saúde primários (Moreira, 2016).

2.8. Os efeitos das parcerias público-privadas nos cuidados de saúde

De acordo com (Nunes, 2020), a implementação das parcerias público-privadas tem trazido resultados positivos para os hospitais, apresentando uma maior tendência para melhores resultados em termos de eficiência e produtividade. Além disso, o relatório síntese das Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS, emitido pelo (Tribunal de Contas, 2021), indica que as PPP's hospitalares foram mais eficientes em comparação com a média dos hospitais de gestão pública comparáveis e estiveram alinhadas com o desempenho médio do seu grupo de referência quanto aos

indicadores de qualidade, eficácia e acesso, pelo que os hospitais geridos em PPP apresentaram, globalmente, indicadores de eficiência económica e operacional superiores aos verificados nos hospitais de gestão pública, como confirmado pela análise de dados de benchmarking atualizados referentes ao triénio 2016-2018 (Tribunal de Contas, 2021).

Segundo Rodrigues (2022), quanto à acessibilidade aos cuidados de saúde, o relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde (2018), relativo ao Hospital de Braga, concluiu que esta unidade hospitalar demarcou o seu lugar, como uma instituição relevante no âmbito do SNS, tendo manifestado uma atividade significativa e contribuindo de maneira decisiva para o aumento da capacidade de resposta do Serviço Nacional de Saúde aos cidadãos.

Estas conclusões sugerem que em Portugal, as parcerias público-privadas na saúde têm sido um elemento importante na estratégia de investimento, com o objetivo de utilizar as competências de gestão do setor privado em serviços públicos e proporcionar melhorias na qualidade dos serviços e economia de recursos, que são escassos e limitados (Ministério das Finanças, 2003). No entanto, de acordo com Rodrigues (2022), a ideologia política tem um papel fundamental na decisão sobre qual modelo de gestão é escolhido, especialmente no setor da saúde em parcerias público-privadas, pelo que por esta razão, o modelo é frequentemente politizado, não sendo visto pelos governos portugueses como uma ferramenta de gestão capaz de melhorar as condições de saúde da população ou gerar economias para os contribuintes. Como resultado, os resultados positivos dessas parcerias muitas vezes são ignorados, com base nas convicções ideológicas da força política que está no poder em Portugal naquele momento, o que pode contribuir para uma disseminação de informações equivocadas à população sobre os resultados alcançados pelas PPP's, levando à perpetuação da ideia generalizada de que essas parcerias são prejudiciais para a prestação de cuidados de saúde.

Capítulo 3: Modelo e Abordagem Metodológica

Ao longo deste capítulo, pretende-se detalhar os métodos de investigação utilizados, a amostra selecionada, as técnicas utilizadas na recolha e análise de dados e a justificação das razões que estiveram na base dessa escolha, com vista à resposta aos objetivos preconizados. Por sua vez, o estudo tem por base uma abordagem metodológica qualitativa, exploratória e descritiva.

3.1. Objetivos gerais e específicos

Este estudo tem como objetivo central analisar as perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. Como objetivos específicos, permitirá: 1) Analisar as perceções dos peritos em saúde; 2) Identificar potenciais benefícios e riscos da implementação das USF modelo C; 3) Explorar a viabilidade do modelo e 4) Analisar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários.

3.2. Desenho de Estudo Qualitativo e Exploratório-Descritivo

Com o objetivo de atender aos objetivos mencionados anteriormente, optou-se pela utilização de uma abordagem qualitativa, uma vez que permite explorar e compreender de maneira abrangente e detalhada os fenómenos, experiências e processos, levando em consideração os significados atribuídos pelos participantes. Dessa forma, o processo de investigação, envolve questões emergentes e procedimentos, no qual os dados são recolhidos no ambiente dos participantes e a sua análise é realizada de forma indutiva, partindo de detalhes específicos para temas gerais (Creswell, 2009). Adicionalmente, permitirá identificar que variáveis poderão influenciar os resultados da implementação das USF modelo C sendo, portanto, crucial para futuras investigações (Shapiro et al., 2015). Este tipo de abordagem depende maioritariamente de dados qualitativos tais como palavras e experiências, originando resultados qualitativos e não mensuráveis, por meio de uma análise fundamentalmente interpretativa (O’Leary, 2017), e proporciona a descoberta de conceitos e relações entre os dados, organizados posteriormente em esquemas teóricos e explicativos ou analisados quantitativamente, o que permitirá obter uma visão holística dos mesmos (Silverman, 2015).

Como mencionado anteriormente, o estudo é do tipo exploratório-descritivo, cujo objetivo é investigar e explicar abrangente e minuciosamente um tema específico, sem partir de hipóteses pré-estabelecidas. Deste modo, a intenção é obter uma compreensão inicial do tema, identificando variáveis relevantes e gerando hipóteses ou *insights* que guiarão futuras investigações mais aprofundadas. Além disso, o estudo procura descrever e caracterizar de forma precisa os fenómenos

estudados, utilizando métodos apropriados de recolha de dados, particularmente dados qualitativos, e com vista à obtenção de uma imagem clara e detalhada do tema, sem partir de suposições específicas.

3.3. Amostra e método de amostragem

No que diz respeito ao método de amostragem utilizado, escolheu-se uma amostra não probabilística intencional, pois os peritos foram selecionados com base na facilidade de acesso e na sua maturidade profissional em relação ao tema do estudo. O estudo contou com a participação de um total de 15 participantes, caracterizados por possuírem uma ampla experiência profissional em diversas áreas nomeadamente: política, saúde, gestão, finanças, ensino, economia, entre outras, e que fazem parte da *networking* da equipa de investigação (critérios de inclusão).

3.4. Procedimento de recrutamento da amostra

Os participantes do estudo foram contactados pela equipa de investigação a fim de se inquirir a sua vontade e disponibilidade para integrarem o estudo, e que consistiu na sua participação numa entrevista, devidamente estruturada. No total, estabeleceu-se contacto, via e-mail, com trinta e nove indivíduos, dos quais quinze aceitaram participar no estudo, por meio da assinatura do consentimento livre e informado e da autorização para posterior contacto com vista ao agendamento da entrevista. Contudo, cinco dos contactados não aceitaram participar e dezanove não responderam à convocatória.

3.5. Instrumento de recolha de dados

Com o objetivo de recolher a informação a integrar no estudo e que se relaciona com o contributo da implementação das USF modelo C na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal, foi realizada uma entrevista semiestruturada e individual. Esta entrevista foi realizada online através da plataforma Zoom. A escolha pelo instrumento de recolha de dados baseado na entrevista justificou-se essencialmente pelo facto de possibilitar o acesso às perceções dos entrevistados acerca do tema (Horton et al. 2004).

O guião da entrevista foi constituído por sete questões, de resposta aberta. As questões tiveram como principal finalidade recolher informação relativa às perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das USF modelo C, como estratégia para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. Além disso, visa identificar potenciais benefícios e riscos da implementação das USF modelo C; explorar a viabilidade do modelo e analisar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários. Antes da aplicação do guião, o instrumento foi submetido a um processo de validação, com a realização de duas entrevistas

experimentais a pessoas com experiência relevante acerca do tema abordado, para aferir o guião, o que resultou em resultados satisfatórios relativos à adequabilidade das questões, contribuindo para assegurar a validade e confiabilidade dos dados recolhidos ao longo da investigação.

3.6. Procedimento de recolha de dados

À semelhança do que foi mencionado anteriormente, foram contactados peritos em saúde com maturidade profissional em diversas áreas de atuação, tendo 15 aceitado participar no presente estudo. As entrevistas semiestruturadas e individuais, foram realizadas pela autora desta dissertação, agendadas de acordo com a disponibilidade e conveniência dos entrevistados, tendo decorrido entre 19 de julho e 14 de setembro, por videoconferência. Numa fase anterior às entrevistas, cada entrevistado forneceu o seu consentimento informado, autorizando a gravação áudio da mesma e a utilização da informação obtida para fins investigativos (ver anexo A). As entrevistas foram gravadas, mediante aceitação dos participantes, e contabilizaram uma duração estimada de 30 minutos.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, codificadas e categorizadas, para serem submetidas a uma análise de conteúdo, com apoio do software MAXQDA. Após a sua transcrição e codificação, foram destruídos todos os registos de voz e efetuada a anonimização total dos dados, de forma a não serem passíveis de qualquer identificação dos entrevistados.

3.7. Procedimento de análise de dados

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de análise textual que tem como finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto, ou seja, das características visíveis e mensuráveis do material analisado. Deste modo, esta técnica visa identificar e categorizar os elementos pertencentes ao conteúdo, nomeadamente palavras, frases, temas, conceitos ou imagens, com o objetivo de extrair informações relevantes e insights e fazer inferências e conclusões com base nos dados recolhidos. Esta análise desenrola-se em três etapas principais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Para abordar de forma mais detalhada e baseado nas ideias de Bardin (2011), na pré-análise foram organizados e preparados os dados, a partir das transcrições das entrevistas realizadas com os peritos em saúde. Seguidamente, foi realizada uma leitura flutuante dos dados, para permitir uma visão abrangente das opiniões dos peritos e a familiarização com o conteúdo. Após a pré-análise, avançou-se para a exploração do material, que envolveu a codificação, a categorização e a criação de temas e subtemas. Na codificação foram atribuídos códigos a partes específicas dos dados com significados ou conceitos relativos ao tema do estudo. Para a categorização, os códigos identificados, foram agrupados por categorias (temas) e subtemas. Os temas dizem respeito aos conceitos e ideias

principais emergidos das categorias, e os subtemas às nuances englobadas pelo tema principal, por exemplo, “Desafios da Implementação das USF modelo C” (tema) e “Barreira Política” (subtema). Para averiguar a consistência dos temas e categorizações foi realizada uma matriz de consistência, garantindo a validade da análise. Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, que englobou a interpretação dos resultados obtidos com base nas categorizações e temas identificados. Por fim, os dados foram agrupados em tabelas, que serão apresentadas no decurso deste trabalho e ilustradas a partir de citações dos peritos em saúde. As principais opiniões dos peritos, tendências observadas, bem como todos os *insights* recolhidos acerca do tema, apresentam-se na análise e discussão dos resultados.

3.8. Considerações éticas

Este estudo foi realizado em estrita conformidade com os princípios éticos que norteiam a investigação e envolvendo participantes humanos. Cada fase do processo de investigação foi conduzida com o compromisso de preservar os direitos e o bem-estar dos participantes, garantindo a integridade e a validade dos dados recolhidos. Adicionalmente, é relevante salientar que o projeto foi apreciado pelo Conselho de Ética do ISCTE, tendo recebido a devida aprovação para prosseguimento (ver anexo C), o que assegura a sua condução em estrita conformidade com os princípios éticos e as normas regulamentares pertinentes. É importante salientar que de acordo com as orientações fornecidas, os dados pessoais foram encriptados nos dispositivos de armazenamento; as sessões de acesso aos dados protegidas por autenticação com credenciais pessoais e o armazenamento dos dados foi realizado em serviços institucionais.

Antes da recolha de dados, foi facultada aos entrevistados uma explicação detalhada sobre os propósitos da investigação, a natureza da sua participação e os procedimentos envolvidos, nomeadamente a participação numa entrevista, devidamente estruturada. Foi solicitado o consentimento livre e informado de cada participante, assegurando a sua total compreensão e livre vontade de participar, bem como, transmitido o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer repercussão. Todas as informações recolhidas foram tratadas preservando o sigilo e a confidencialidade dos dados. Assim, todos os dados pessoais foram encriptados nos dispositivos de armazenamento e acessíveis exclusivamente aos membros da equipa de investigação. De forma a preservar o anonimato dos entrevistados, os dados foram devidamente anonimizados e atribuídos a identificadores numéricos, não sendo, por isso, passíveis de qualquer identificação. As sessões de acesso aos dados e as entrevistas foram protegidas por autenticação com credenciais pessoais, garantindo a total segurança e privacidade dos dados. A investigação visa oferecer contribuições significativas para a compreensão do tema, sem impor qualquer risco ou dano aos participantes.

Os participantes foram informados acerca da sua plena autonomia para escolher participar do estudo ou não participar, bem como, no caso de participarem, da sua livre interrupção, a qualquer momento, sem necessidade de qualquer justificação, e da retirada do seu consentimento, sem afetar a legalidade dos tratamentos previamente efetuados com base no consentimento prestado. Não existem conflitos de interesse que afetem a integridade e a imparcialidade do presente estudo, pelo que todos os membros da equipa de investigação, declararam de forma inequívoca, a sua total independência em relação a qualquer influência externa que possa comprometer a objetividade da investigação, garantindo a credibilidade e validade dos resultados obtidos.

3.9. Confiabilidade e validade

Para assegurar a confiabilidade da análise, foram realizadas diversas etapas, incluindo a revisão detalhada dos dados, categorização inicial, identificação de padrões emergentes, revisão cruzada entre entrevistas e fontes, além de reuniões regulares de discussão com a equipa de investigação e o uso de software de análise qualitativa (MAXQDA). Esses procedimentos reforçaram a consistência dos resultados obtidos. Para garantir a validade dos resultados, foram adotadas estratégias como a triangulação de métodos (entrevistas semiestruturadas e análise documental), triangulação de fontes (percepções dos peritos e dados relevantes sobre o tema), análise reflexiva e crítica durante todo o processo e revisão por pares envolvendo profissionais externos com experiência na área de estudo para validação das conclusões.

Por fim, importa enfatizar que a opção pela inclusão de perspetivas de diferentes peritos em saúde de diversas áreas reforça a validade e solidez do estudo, através da triangulação de fontes, permitindo obter conclusões a partir de diversas perspetivas e assegurando que a compreensão do tema seja completa e abrangente, contribuindo significativamente para fortalecer tanto a validade quanto a confiabilidade do estudo.

Capítulo 4: Análise e Discussão dos Resultados

O presente capítulo engloba a análise detalhada das percepções dos peritos em saúde em relação à implementação das USF modelo C, como estratégia para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. De modo a clarificar os principais conceitos em estudo, foram utilizadas algumas técnicas de análise de informação para garantir resultados melhores e mais consistentes. O capítulo subdivide-se em duas partes: a apresentação e análise qualitativa dos dados emergidos das entrevistas realizadas a peritos e a discussão dos mesmos.

4.1. Objetivo Específico 1: Analisar as percepções dos peritos em saúde

Quando colocada a seguinte questão de Investigação: “Quais são as suas percepções sobre a implementação das USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal?”, emergiram as seguintes dimensões:

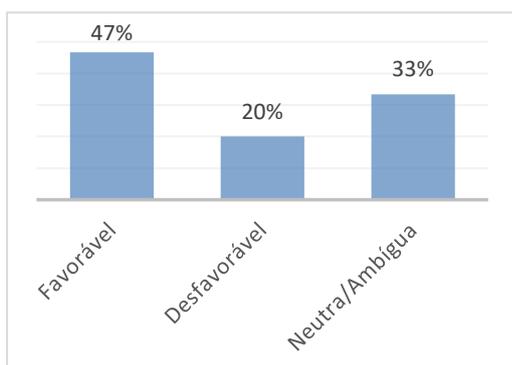
Tabela 4.1.1. Opiniões acerca da Implementação das USF Modelo C

<u>Categorias</u>	<u>Sub-categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
<u>Opiniões dos Peritos</u>	<u>Favoráveis</u>	<p>“...uma aliança perfeita entre...o funcionamento em equipa, a remuneração de base de desempenho...a responsabilidade por um certo número de famílias e de utentes... muito interessante para os cuidados de saúde primários,..” (E11)</p> <p>“...um modelo alternativo em que nessas situações, que eu acredito que sejam uma minoria,...uma solução diferente de funcionamento e que até podem ser estas USF’s modelo C...e que iria responder a esta carência num determinado local.” (E15)</p> <p>“...como lhe disse, não é nada do outro mundo, existe já nos cuidados continuados, existe em Inglaterra. É...absolutamente normal, não seria difícil de implementar... agora que há tantos médicos reformados, poderia haver cooperativas de médicos reformados, que fizessem USF’s modelo C, seria perfeitamente razoável...as C’s teriam que ser colocadas onde são precisas e são complementares aos serviços que existem...” (E5)</p> <p>“...não havendo resposta para todas as situações, o SNS não pode ter aqui nenhum prurido em ir procurar essas respostas... um aspeto que vai reforçar os cuidados de saúde primários...há aqui uma área deficitária no SNS que a construção do modelo de USF-C poderia vir dar aqui outro tipo de resposta... fazer aqui uma ponte para outros setores,...para conseguir ter uma ajuda...em áreas em que o SNS pode ter dificuldades em dar uma resposta.” (E2)</p> <p>“...é incompreensível por que razão ainda não foi testado ou operacionalizado...a contratualização é transparente, é feita em igualdade de circunstâncias, e em determinadas áreas, médicos aposentados... cooperativas de médicos, poderiam, perfeitamente, se eu não consigo dar respostas a um determinado conjunto populacional,...é absolutamente imoral que eu não tente e não ensaie modelos alternativos apenas e só, porque existe uma resistência, ou política ou cooperativa,...a algo que está na lei...” (E14)</p> <p>“era um modelo compatível com o Serviço Nacional de Saúde.” (E7)</p>

	<p><u>Desfavoráveis</u></p>	<p><i>“Acho que é um modelo...que tem de sair, é a nossa proposta que aquilo saia do Decreto-Lei, porque é impossível... resume-se a uma linha do Decreto-Lei...não queremos isso para os cuidados de saúde primários...são cuidados essenciais...uma falha do Estado colmata-se melhorando o Estado e não procurando soluções no privado... é um cuidado essencial,...está na Constituição,...tem que estar disponível para todos e o Estado tem que assegurar isso.” (E1)</i></p> <p><i>“...seria sobretudo interessante em duas situações...os reformados não podiam trabalhar para o Estado...portanto,...organizam-se em cooperativas,...e têm o modelo C para continuar a trabalhar...as entidades do setor social têm...alguma tradição e...alguma facilidade de organização que o Estado não tem... poderia ser útil considerar...um modelo em que, tendo o Estado dificuldades de organização, pudesse haver essa alternativa... Mais uma vez, o panorama atual não encaixa porque...onde o setor social é mais influente e mais prevalente...o Estado também melhor se conseguiu organizar...é um modelo que deve existir teoricamente...na prática, vejo algumas dificuldades em que hoje,...possa ser usado com muito proveito...não vejo nenhuma razão para que essa possa ser uma mais-valia na área dos cuidados de saúde primários.” (E4)</i></p> <p><i>“...não acredito na bondade de um processo de privatização das USF’s...tenho dúvidas se uma entidade privada tomar conta em parceria público-privada de cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários que os constitua enquanto USF’s modelo C...vai procurar uma orgânica para responder às pessoas e não uma orgânica do modelo organizacional como ele está pensado...eu não considero que possa eventualmente ser um bom caminho...mas admito-o enquanto experiência, ...muito focada, limitada, muito bem acompanhada, porque eu acho que o objetivo principal da prevenção e da promoção de cuidados não é o foco,...o negócio dos operadores privados...” (E11)</i></p>
	<p><u>Neutras</u></p>	<p><i>“A grande questão...é se precisamos...de uma USF que tenha aqui uma participação de privados. Isso vai depender...da forma como essa participação for definida.” (E3)</i></p> <p><i>“...já poderiam ter sido implementadas...é uma decisão política, claramente. “Depois...nós nunca chegámos a conseguir perceber se...teriam sucesso ou não,...se havia equipas interessadas...instituições interessadas em avançar...depois já mete aqui com estruturas financeiras...se for o setor privado obriga a que haja alguma rentabilidade...dado que nunca foi implementado,...não conseguimos...ter dados fidedignos para o fazer.” “As USF’s modelo C...entram em conflito com questões políticas, ideológicas e partidárias...tendemos muito a extremar posições...Há quem diga que são o demónio e que é abrir a porta do SNS ao privado e há quem diga que são a solução universal para todas as crenças...se calhar vamos ter que ter aqui uma posição um bocadinho intermédia.” (E15)</i></p> <p><i>“...nunca foi experimentado,...fica sempre a questão do caminho que não foi possível trilhar...não sei se...é a resposta, teria de se refletir...sobre a adequação daquilo que estava desenhado...para as necessidades que hoje temos,....” (E13)</i></p> <p><i>“Sim, desde que bem desenhadas, não vejo que não haja razão para não tentar ensaiar...com aquelas ressalvas...o tempo de duração, o que...têm que fazer exatamente, como...garanto o seguimento dos doentes de uma forma permanente...se é uma solução temporária...Se eu tenho confiança que o Estado...é capaz de gerar bem esse tipo de contratos, frequentemente tenho dúvidas...mas não é razão para não tentar. No caso das parcerias público-privadas...não teve a nada a ver com o contrato,...teve apenas a ver com opções políticas...acaba por ser um bom sinal sobre a capacidade...de estabelecer contratos adequados,...provavelmente montá-lo é mais exigente do que os defensores políticos fazem disso...quem politicamente defende...tende a subestimar as dificuldades, quem se opõe...tende a descartar um instrumento que...pode ser útil, desde que devidamente construído...Vale a pena tentar, temos é que pensar bem como é que o fazemos.” (E7)</i></p>

Da análise das percepções dos peritos em saúde em relação à implementação das USF modelo C, emergiram diversas opiniões: umas favoráveis, outras desfavoráveis e outras neutras. Relativamente às perspetivas favoráveis, os peritos destacaram a integração eficaz entre trabalho em equipa, remuneração baseada no desempenho e a responsabilidade sobre grupos específicos de famílias e utentes e sublinharam a importância da adaptabilidade do modelo, considerando-o uma solução valiosa em situações específicas, mesmo que sejam uma minoria. No entanto, a análise revelou também perspetivas divergentes entre os participantes. Enquanto um dos participantes expressou uma forte oposição ao modelo C, argumentando que seria impraticável e deveria ser removido do Decreto-Lei, outros sugeriram relevância em cenários específicos, como para médicos reformados ou em áreas onde entidades do setor social desempenham um papel significativo. Contudo, argumentam que tais situações já não se verificam atualmente, questionando a utilidade do modelo. Verificou-se ainda ceticismo em relação à aplicabilidade prática do modelo C, com participantes que destacaram a limitada experiência em parcerias público-privadas na área dos cuidados de saúde primários e que denotaram preocupações sobre a privatização das USF e o seu impacto no acesso universal aos cuidados essenciais de saúde. Assim, a discussão sobre as USF modelo C mostrou-se polarizada, variando desde considerá-las como uma solução universal até vê-las como uma potencial ameaça ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). Um participante enfatizou a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre a adequação do modelo às necessidades atuais, especialmente dada a falta de experimentação prática. Por fim, a possibilidade de implementação foi vista de forma favorável, desde que bem desenhada e com precauções adequadas. No entanto, surgiram dúvidas sobre a capacidade do Estado em gerir eficazmente os contratos para as USF modelo C, e a importância de enfrentar desafios muitas vezes subestimados pelos defensores políticos foi ressaltada. Em resumo, as opiniões sobre as USF modelo C abrangem uma gama de perspetivas, indicando a complexidade do tema e a importância de abordagens equilibradas na tomada de decisões.

4.1.2. Distribuição das Opiniões dos Peritos em Saúde sobre a Implementação das USF modelo C



No gráfico, que ilustra a distribuição das opiniões dos peritos em saúde em relação às USF modelo C, verifica-se que a maioria dos peritos (47%;n=7) expressou uma visão positiva em relação a este modelo; 33% (n=5) demonstrou uma posição neutra ou ambígua e, por fim, uma minoria (20%; n=3) posicionou-se de forma

desfavorável à sua implementação.

4.2. Objetivo Específico 2: Identificar potenciais benefícios e riscos da implementação das USF modelo C

Quando colocada a seguinte questão de Investigação: *Quais são os benefícios da implementação das USF modelo C?* surgiram as seguintes categorias:

Tabela 4.2.1. Benefícios da implementação das USF modelo C

Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo
Benefícios	Melhoria da Acessibilidade	<p>“...onde o SNS não conseguisse chegar, abrimos então aqui a porta a um tipo de unidades diferentes... estas equipas fariam chegar os cuidados de saúde primários a locais onde o SNS ainda não tivesse sido capaz de suprir essa lacuna.” (E15)</p> <p>“...e até preencher necessidades em zonas tão carenciadas como na região de Lisboa e Vale do Tejo ou do Alentejo e do Algarve.” (E14)</p> <p>“...pode fazer sentido a meu ver numa lógica de garantir resposta e acesso a cuidados de saúde em regiões do país, onde não é possível hoje...a lei existe, portanto, é uma questão de o governo tomar a decisão de regulamentar e avançar. Não o fazer está a levar a que partes da população continuem sem acesso à saúde que hoje poderiam ter acesso a um médico de família e não têm.” (E8)</p> <p>“...uma ajuda para reforçar o Serviço Nacional de Saúde em áreas onde acaba por estar um bocadito mais carenciado.” (E2)</p>
	Inovação na gestão	<p>“...uma experiência com um ou vários casos de gestão por privados de cuidados de saúde primários pode ser importante, porque introduz novas formas de gestão...”(E6)</p> <p>“Então, se aumenta a oferta, aumenta o acesso.” (E10)</p> <p>“...mais independentes do Estado... baseando-se mais ou menos nos mesmos princípios das restantes USF’s, mas com esta gestão diferente e possivelmente com a realização de um contrato-programa (E15)</p> <p>“...permitiria que...pudessem de uma forma diferente, organizar recursos...” (E14)</p> <p>“O C é uma organização dos próprios profissionais, com muito mais autonomia.” (E12)</p> <p>“Pode fazer sentido também por trazer novos modelos de gestão...” (E8)</p>
	Benchmarking	<p>“...acaba também por servir como benchmarking para outras USF ou outros ACeS, portanto eu acho que seria uma boa experiência ter em Portugal.”(E6)</p> <p>“...a competição entre modelos e entre tipologias de organização acrescenta sempre valor, porque...estimula a melhoria dos resultados.” (E14)</p> <p>“...pode ser útil precisamente para até criar aqui um espírito de melhoria contínua por via de comparação de diferentes abordagens...” (E8)</p> <p>““Eu só vejo vantagens em termos distintos modelos, exatamente, para poder comparar...”(E9)</p>

<p><u>Otimização de Custos</u></p>	<p><i>“...o princípio das PPP e o princípio do modelo C é que em caso algum, o pagamento seria superior ao custo que essa prestação de cuidados teria também quando feita diretamente pelo Estado, pelo que haveria mais oferta de cuidados de saúde primários e a um custo inferior para o Estado (seria poupador).”(E6)</i></p> <p><i>“...Os modelos público-privados podem fazer sentido quando o investimento público não é possível e aí conseguirmos no fundo diluir no tempo essa despesa por via de uma parceria com os privados.” (E8)</i></p>
<p><u>Atração de profissionais</u></p>	<p><i>“...pode ser importante porque introduz...incentivos distintos..” (E6)</i></p> <p><i>“O modelo C pode ser muito interessante, particularmente em regiões do país que não conseguem atrair profissionais... no fundo criamos mais um incentivo para os profissionais estarem a investir em algo que também é seu...garantir resposta e acesso a cuidados de saúde em regiões do país, onde não é possível hoje, com a oferta de benefícios que existe atrair profissionais de saúde para determinadas partes do território.” (E8)</i></p> <p><i>“...até porque elas podem vir a ser, têm esta vantagem,...atrativas para os funcionários, para os médicos, neste caso, e pode ser uma resposta.” (E9)</i></p>
<p><u>Ganhos Abrangentes</u></p>	<p><i>“...pode ser um modelo que traga benefícios quer para o Estado, quer para os profissionais, mas mais importante para os doentes.” (E8)</i></p>

Os peritos em saúde expressaram opiniões favoráveis à implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C, destacando diversos benefícios potenciais. Em primeiro lugar, ressaltaram a importância desse modelo na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários, especialmente em áreas geograficamente desfavorecidas, como Lisboa, Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Para eles, as USF modelo C representam uma oportunidade de preencher lacunas no acesso aos cuidados de saúde, alinhando-se com o princípio constitucional do direito à saúde. Outro ponto enfatizado foi a inovação na gestão proporcionada por esse modelo. Os peritos acreditam que as USF modelo C poderiam introduzir novas formas de gestão, conferindo maior autonomia aos profissionais de saúde envolvidos. Essa autonomia, aliada a uma abordagem baseada em contrato-programa, permitiria uma gestão mais independente do Estado. Além disso, a implementação das USF modelo C foi vista como um potencial processo de benchmarking para outras unidades de saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS). A competição entre diferentes modelos de organização foi considerada benéfica, incentivando a busca por resultados mais eficazes e promovendo a inovação na prestação de cuidados de saúde primários. Os peritos também enfatizaram a otimização de custos como um dos benefícios do modelo C. Argumentaram que os custos associados a esse modelo não seriam superiores aos custos da prestação de cuidados diretamente pelo Estado. Dessa forma, as USF modelo C representariam uma maneira eficiente de expandir a oferta de cuidados primários a um custo inferior para o Estado, resultando em economias substanciais. Além desses benefícios, os peritos também consideraram que as USF modelo C poderiam atrair profissionais de

saúde para regiões que enfrentam dificuldades nesse aspeto. A oferta de benefícios e a oportunidade de participação ativa no modelo C foram vistos como incentivos importantes para a adesão e atração de profissionais de saúde. Em resumo, os peritos concordaram que as USF modelo C têm o potencial de trazer benefícios abrangentes para o sistema de saúde em Portugal. Ao melhorar a acessibilidade, promover a inovação na gestão, servir como *benchmarking*, otimizar custos e atrair profissionais de saúde, esse modelo representa uma abordagem valiosa para a prestação de cuidados de saúde primários no país.

Quando questionados sobre “*Quais são os potenciais riscos ou desafios em relação à implementação das USF modelo C?*”, emanaram as seguintes categorias:

Tabela 4.2.2. Riscos e desafios da implementação das USF modelo C

Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo
Riscos	<u>Aproveitamento Abusivo do termo de USF</u>	<i>“... a questão da própria utilização do termo, ou seja, tem-se falado, as USF modelo C...vamos fazer cooperativas de médicos. Cooperativas de médicos não são USF’s...as USF’s são multiprofissionais, portanto tem de ser médicos, enfermeiros e secretários clínicos. São cooperativas de médicos, portanto é uma cooperativa de médicos, não é uma USF-C. Isso acaba por ser até um aproveitamento abusivo do bom nome das USF’s...utilizar o termo USF para se promover um negócio privado...”(E1)</i>
	<u>Incertezas na Qualidade dos Privados</u>	<i>“...ninguém sabe exatamente a qualidade que existe nos cuidados privados, ou seja, não há dados sobre isso...qualquer salto para a privada é um salto no escuro, porque são instituições que em termos de resultados são opacas.” (E1)</i>
	<u>Privatização do SNS</u>	<i>“...depois sempre se entendeu que as USF de modelo C poderiam ser um princípio de privatização do SNS e foi com este receio (bicho-papão) que acabou por nunca se experimentar...” (E6)</i> <i>“...isto também é um misto entre, digamos, um certo ambiente em que é assim um bocadinho contra a iniciativa privada dentro do SNS. (E9)</i> <i>“...a suspeição que isso poderia ser o fim do Serviço Nacional de Saúde e o caminho para a privatização do sistema.” (E5)</i>
	<u>Foco no lucro</u>	<i>“... a promoção da saúde, a prevenção da saúde é...comunitária,...uma aliança perfeita de saúde pública com a medicina geral e familiar, e não são unidades que possam ser criadas, organizadas visando o lucro...não podemos admitir de maneira alguma que o setor privado vai organizar qualquer coisa pro bono, ou...organizar e disponibilizar-se a organizar unidades de um determinado tipo onde não obtenha lucro...não é essa a filosofia do setor privado”. (E11)</i> <i>“...com a ressalva de que para evitar que os valores do lucro se sobrepusessem aos valores da promoção da saúde e da prevenção e dum serviço compreensivo e não de multiplicação de atos...neste ambiente em que os valores da concorrência passam à frente dos valores da ética humanista e da equidade” (E10)</i> <i>“...penso que foi essencialmente por receio que, até dos efeitos laterais, porque uma escolha de implementação do modelo tipo C tem também efeitos colaterais...e às vezes o risco de manter o que está, vence quando se avalia o risco da incerteza.” (E13)</i>
	<u>Viabilidade Incerta</u>	

		<i>"...nunca chegámos a conseguir perceber se elas teriam sucesso ou não, que era,...perceber se havia equipas interessadas em aceitar este modelo." (E15)</i>
Desafios	<u>Equidade de Acesso</u>	<i>"...os cuidados de saúde primários...têm de estar disponível para todos, ...e sem qualquer tipo de constrangimento. Estar num serviço privado é um grande constrangimento." (E1)</i>
	<u>Barreira Política</u>	<i>"...é claramente uma barreira política que tem bloqueado a tentativa de fazer um modelo C, e com a tendência para a política em geral, portuguesa e internacional, de se focar em extremismos de tribos e não tanto em soluções para as populações, acho que isso tem sido o principal bloqueio..." (E7)</i> <i>"...tem sido sempre uma questão de barreira ideológica na realidade...uma vez que isto implica, por um período de tempo, que os profissionais de saúde acabem por gerir como se de uma entidade privada se tratasse uma unidade de saúde, apesar de estar na lei..."(E8)</i> <i>"...o poder político não tem conseguido vencer as resistências sócio corporativas que existem fundamentalmente, que veem nessa entrada de modelos inovadores uma ameaça." (E14)</i>
	<u>Contratualização</u>	<i>"A maior parte dos indicadores...são indicadores de processo....poucos indicadores de resultados, e esse é talvez o maior pecado que um modelo assente em avaliação de desempenho pode ter...não é fácil acompanhar e garantir um acompanhamento...adequado do sistema na base dos resultados, porque...são complexos, discutíveis e cada pessoa...é uma pessoa." As nossas maiores preocupações...sejam a monitorização e o acompanhamento e a avaliação, ou seja, as três fases...nos processos de contratualização e...para a avaliação do desempenho. Portanto, estes processos implicam...termos bem definidos os indicadores...alguns indicadores não provam para o processo de contratualização, outros têm dificuldade em ser acompanhados e outros...são muito facilitadores." (E11)</i> <i>"... se formos olhar para o que tem acontecido nos outros modelos...com o pagamento de incentivos, tal não tem ocorrido nos últimos anos, há muito tempo que o pagamento de incentivos é no mínimo errático. E isso também coloca aqui em causa a aplicabilidade do modelo C." (E15)</i>
	<u>Iniciativa dos profissionais</u>	<i>"...as USF modelo C também são espontâneas...eu não tenho conhecimento de nenhum projeto de USF modelo C que tenha sido chumbado. Eu acho é que não houve nenhum..não houve iniciativas, que eu saiba." (E9)</i>
	<u>Operacionalização</u>	<i>"...do ponto de vista técnico, ou seja, a operacionalização deste tipo de unidades não é tão linear...uma dificuldade de articulação com os sistemas de informação que já existem no público com as outras unidades de cuidados de saúde primários, hospitalares,..." (E3)</i> <i>"Até porque o Estado não tem...competências para acompanhar isto...tem que reunir as competências técnicas para acompanharem uma experiência destas. E tem que formar as pessoas..." (E10)</i>
	<u>Sustentabilidade Financeira</u>	<i>"...depois já mete aqui com estruturas financeiras...se for o setor privado obriga a que haja alguma rentabilidade em tudo isto, se for o setor de IPSS, pelo menos a que não haja prejuízo...se for a nível de cooperativas de profissionais tem que, pelo menos ser sustentável..." (E15)</i>

A análise das opiniões dos peritos em saúde revela diversos riscos e desafios em relação à implementação das USF modelo C. Uma das principais preocupações mencionadas é o potencial aproveitamento abusivo do termo "USF". Alguns peritos expressam inquietação com a possibilidade

de se usar o prestígio das USF para promover negócios privados, alertando para a necessidade de manter a integridade do conceito. Além disso, a incerteza quanto à qualidade dos serviços prestados pelo setor privado é um risco relevante para os peritos. A falta de dados sobre a qualidade dos cuidados privados gera dúvidas sobre a eficácia desses serviços em comparação com o setor público.

A privatização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um tema sensível. Alguns peritos destacam a preocupação de que a implementação das USF modelo C possa ser vista como um primeiro passo em direção à privatização do sistema de saúde, o que gera resistência e desconfiança. A possibilidade de foco no lucro ao invés do cuidado também é um risco de preocupação, pelo que os peritos sublinham a importância de manter o objetivo primordial de promoção da saúde, receando que a busca pelo lucro possa comprometer a qualidade e a ética na prestação de cuidados de saúde.

A viabilidade do modelo C é vista como incerta por alguns peritos, que apontam para o risco de efeitos colaterais e a falta de clareza sobre a aceitação e adesão das equipas de saúde. Adicionalmente, a equidade de acesso aos cuidados de saúde é uma preocupação central para os peritos, pelo que argumentam que a participação no setor privado pode criar barreiras de acesso para determinados grupos populacionais. As barreiras políticas também são apontadas como obstáculos à implementação das USF modelo C, bem como a resistência ideológica e as divergências políticas. A contratualização é vista como um processo complexo que requer indicadores claros e monitorização eficaz, assim, a falta de indicadores de resultados sólidos levanta dúvidas sobre a aplicabilidade do modelo.

Por fim, a necessidade de iniciativa dos profissionais de saúde é destacada como um ponto crítico. A ausência de projetos de USF modelo C iniciados pelos profissionais pode ser um fator limitante. A operacionalização do modelo também é vista como um desafio técnico, principalmente em relação à integração com os sistemas de informação existentes. A sustentabilidade financeira é uma questão vital para os peritos, portanto, destacam a importância de garantir que o modelo seja economicamente viável, independentemente do setor de implementação.

Em resumo, as opiniões dos peritos refletem uma série de riscos e desafios em relação à implementação das USF modelo C, abordando desde questões de integridade conceitual até desafios práticos de operacionalização e sustentabilidade financeira. Essas considerações são cruciais para a avaliação e o desenvolvimento futuro do modelo.

4.3 Objetivo Específico 3: Explorar a viabilidade do modelo

Relativamente à seguinte questão de investigação, "Análise da Viabilidade Operacional das USF Modelo C em Portugal: Que fatores-chave determinam o sucesso na implementação deste modelo de cuidados de saúde primários?", destacaram-se as seguintes categorias:

Tabela 4.3.1. Viabilidade operacional das USF modelo B: fatores críticos de sucesso

Categorias	Sub-categorias	Unidades de Registo
"Viabilidade Operacional das USF Modelo C: Fatores Críticos de Sucesso"	Ciclo de Gestão	<p>"...isto tem de ser é pensado e acompanhado. O problema aqui é largar-se as coisas. E não há preparação do que é que se pretende, e de como se acompanha e como se avalia. Se isso for feito convenientemente, isso obviamente que é um fator de desenvolvimento. Tem que ser testado e avaliado, certamente...é o modo como se faz...a diferença está na forma de fazer, no rigor, por exemplo, nos detalhes do contrato...tem que haver competência...É no como...que está o segredo. E as competências de quem, digamos, pilota a experiência. De quem controla, de quem avalia...isto tem pernas para andar se tiver uma task force, o que for, que pega nisto e pensa isto a sério. E diz assim, "vamos experimentar,...vamos controlar isto, e vamos comparar...mas isto depende da habilidade de quem faz isto, é o como se faz, quem e como faz." (E10)</p> <p>"Portanto, isto tem que haver aqui uma conjugação virtuosa entre estes passos, a definição dos indicadores, os BI's bem definidos e bem acompanhados, o processo de monitorização mensalmente, sistemático, e com um bom sistema de informação, o processo de acompanhamento...e depois,...a avaliação propriamente dita, que é chegado o final de um determinado período, normalmente é o ano,...dar consequências àquilo que são...os compromissos que foram assumidos, porque senão isso descredibiliza completamente o processo." (E11)</p> <p>"...as USF's de modelo C sim, mas tem que haver indicadores de controle..."(E12)</p> <p>"...com aquelas ressalvas de qual é o tempo de duração, o que é que eles têm que fazer exatamente, como é que eu garanto o seguimento dos doentes de uma forma permanente e se é uma solução temporária ou não." (E7)</p>
	Sistema de Informação	<p>"...seria talvez muito importante caminharmos na abrangência das USF's modelo C, pese embora, temos que referir e reforçar, que importa garantir um sistema de informação absolutamente indispensável para este acompanhamento." (E11)</p>
	Contratualização	<p>"...falta perceber...de que modo é que essas USF's modelo C, estas parcerias com o Estado iriam ser concretizadas, nomeadamente no que diz respeito ao pagamento, como é que ficaria o vínculo destes profissionais ao Estado, ou se seria uma autonomia completa...quando...vamos fazer um contrato com o Estado, estamos a assumir que o Estado é bom pagador. E isso é absolutamente crucial para que este modelo funcione. Infelizmente, como nós sabemos, o Estado não é assim tão bom pagador e não sendo assim tão bom pagador coloca em causa tudo isto, porque isto exige aqui um compromisso." (E15)</p> <p>"As pessoas não podem ir para lá na expectativa de gerar lucro...mas...na expectativa de conseguirem fazer um excelente trabalho com o orçamento que lhes vão dar. Que obviamente tem que ser negociado. "...PPP's hospitalares que têm um problema grave...o contrato...estabelecido entre o Estado...e o privado, e define aquilo que o Estado vai pagar àquela entidade privada e...que pessoas é que vai tratar... aqui é a mesma coisa, ou seja, se eu faço um contrato com uma entidade privada...que...diz..."as doenças...muito caras não quero,...este é o problema das PPP's." (E12)</p>

<u>Origem dos Recursos Humanos</u>	<i>“...vai depender muito sobre de onde é que vêm esses recursos...se estes médicos de família já estavam no setor privado e agora vão passar a...prestar cuidados de saúde públicos, então temos um aumento de capacidade...isto permite tratar mais doentes dentro do SNS...se nós tivermos...a saída de profissionais de, por exemplo, uma UCSP e entrada para uma USF tipo C, na prática, nós não vamos aumentar a capacidade para tratar doentes...precisamos...de garantir que nós temos um aumento de capacidade e não apenas uma redistribuição dentro da capacidade que já existia...” (E3)</i>
<u>Manutenção da relação médico-utente</u>	<i>“...o modelo C tem que ter algum cuidado adicional...quando falamos em médicos de família, nós estamos a pensar numa relação de longo prazo entre o médico de família e...os doentes que são seguidos no agregado familiar...não é uma relação anual...contratar médicos no setor privado...tem que ter uma lógica de longo prazo,...e nesse caso a relação...entre o SNS e os médicos privados, também tem que ser uma relação de longo prazo para garantir que os mesmos doentes são seguidos ao longo do tempo pelo mesmo médico.” (E7)</i>
<u>Flexibilidade</u>	<i>“...se o modelo C é apenas contratar de uma forma diferente, mas mantendo toda a estrutura burocrática e forma de pensar do Serviço Nacional de Saúde como até agora? Não, não vai ser a solução, porque não vai ter o elemento de flexibilidade desejado. Se o modelo C conseguir ter elementos de flexibilidade, então sim, poderá ser parte da solução.” (E7)</i>
<u>Conformidade legal</u>	<i>“...tem que ser mesmo USF, ou seja, autosseleção da equipa, a gestão participativa, autonomia técnica total, eleição do coordenador, eleição dos conselhos técnicos...para ser uma USF privada, eu acho que tem que se cumprir aquilo que deve ser uma USF...isso está bem escrito na lei...” (E1)</i>

Ao analisar os fatores críticos de sucesso para a viabilidade operacional das USF modelo C, com base nas opiniões dos peritos em saúde, surgiram várias considerações fundamentais. Em primeiro lugar, destaca-se a importância do ciclo de gestão. Os peritos ressaltam a necessidade de uma preparação meticulosa e de um acompanhamento contínuo, sublinhando que a definição precisa de indicadores, a monitorização sistemática e a avaliação rigorosa são cruciais para o sucesso do modelo. Além disso, a competência da equipa encarregada da supervisão e avaliação é vista como um fator determinante. Outro ponto-chave é a relevância do sistema de informação. Os peritos enfatizam que um sistema eficaz é indispensável para um acompanhamento adequado das USF modelo C. Também a contratualização surge como um ponto crítico, evidenciando preocupações expressas sobre como as parcerias com o Estado seriam efetivamente concretizadas, especialmente em relação ao pagamento e ao vínculo dos profissionais, pelo que a confiabilidade do Estado como pagador é vista como um fator determinante para o sucesso do modelo. A origem dos recursos humanos é outro aspeto a ser considerado, na medida em que os peritos apontam que a fonte dos profissionais tem um impacto direto na capacidade de atendimento, pelo que é vital garantir que haja um aumento real na capacidade de tratamento e não apenas uma redistribuição da capacidade existente.

A manutenção da relação médico-utente também é uma preocupação central. Os peritos sublinham a necessidade de estabelecer uma relação a longo prazo entre médicos de família e pacientes para garantir a continuidade do cuidado. Assim, contratar médicos do setor privado requer um compromisso de longo prazo para manter essa relação vital. A flexibilidade do modelo é vista como uma característica essencial para o seu sucesso, pelo que os peritos apontam que a eficácia das USF

modelo C está intrinsecamente ligada à sua capacidade de adaptação e flexibilidade para responder às necessidades em constante mudança. Por fim, a conformidade legal é crucial. Os peritos ressaltam que é imperativo cumprir estritamente os critérios legais estabelecidos para as USF modelo C. A conformidade com a legislação é vista como um elemento-chave para a legitimidade e eficácia do modelo. Dessa forma, ao considerar as opiniões dos peritos em saúde, fica evidente que cada um desses fatores desempenha um papel fundamental na determinação do sucesso operacional das USF modelo C. A preparação cuidadosa, a implementação de sistemas eficazes, a definição clara de parcerias com o Estado e a conformidade legal são aspetos essenciais a serem considerados para assegurar a viabilidade e eficácia deste modelo na melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários.

4.4 Objetivo Específico 4: Analisar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários

Relativamente à seguinte questão de investigação, “Além das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C, quais outras estratégias considera relevantes para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários?”, despontaram as seguintes categorias:

Tabela 4.4.1. Estratégias adicionais para potencializar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários

<u>Categorias</u>	<u>Sub-categorias</u>	<u>Unidades de Registo</u>
<u>Estratégias adicionais para potencializar a acessibilidade</u>	<u>Priorização de acesso por critérios</u>	“...darmos prioridade aos utentes que têm mais necessidades em saúde..e,... uma equipa de saúde familiar para aquilo que são os utentes com menos comorbilidades,...” (E3)
	<u>Modelos alternativos de atendimento</u>	“...generalizar modelos que neste momento já estão a ser experimentados em algumas partes do país,...que são os modelos “Via Verde”...de atendimento a utentes sem médico de família.” (E3) “...permitir mais modelos....como soluções temporárias, quer como soluções permanentes...nalgumas zonas, nomeadamente de grandes centros urbanos,...ter formatos para os cuidados de saúde primários que acomodem a diversidade de pessoas que existem.” (E7)
	<u>Reconfiguração dos centros de saúde</u>	“...passarem todas para USF tipo B é positivo,...é fundamental avançar rapidamente com a construção de mais USF’s...tentar fazer com que os centros de saúde clássicos...deixem de existir...” (E3) “há aqui que encontrar uma forma de termos aquilo que a OMS tem colocado como objetivo, que é a cobertura universal,...terão que existir outros modelos organizativos que permitam alcançar este objetivo...”(E6) “...as pessoas têm acesso a cuidados de saúde tão diferentes, não cumpre os requisitos da universalização dos cuidados de saúde...o caminho tem que ser no sentido da mudança do modelo de governança...um sistema uniformizado...precisamos de uma carta de saúde...uma fotografia clara...das respostas de saúde que existem...em função das necessidades populacionais...para não...a duplicar investimentos onde não é necessário...fazer parcerias...que garantam a resposta a essas populações...uma visão real do terreno...que olhe para o sistema como um todo...devemos maximizar e otimizar os recursos...uma resposta diferenciada...nas necessidades dos profissionais...reorganizando o sistema...focado em

	<p><i>melhorar a saúde e bem-estar da população.”(E8)</i></p> <p><i>“...as unidades de saúde familiar...abertas à cooperação...esta maneira de trabalho em rede...articular e de coordenar o envolvimento de outras competências...próximas desta equipa...em função dos momentos e das situações de cada pessoa...de uma forma flexível e dinâmica...” (E10)</i></p> <p><i>“...adaptação ao tempo presente, às características sociais e demográficas e até económicas...uma maior articulação e até integração com os cuidados de saúde hospitalares... perceber o que é que está a funcionar...essa grelha de avaliação deve ser feita e...construída...adaptar a resposta à procura de acordo com o modelo de necessidades.” (E14)</i></p>
<u>Desburocratização do trabalho</u>	<p><i>“...avançar naquilo que é a desburocratização do trabalho...reduzir o tempo que os profissionais de saúde estão a perder em tarefas...mais rotineiras...e permitir,...que...possam passar a ter mais utentes nas suas listas.” (E3)</i></p> <p><i>“...quem decide no Serviço Nacional de Saúde, tem de pensar de uma forma menos burocrática...” (E7)</i></p>
<u>Incentivos e condições de trabalho</u>	<p><i>“...criar condições para atrair os médicos e fixá-los...o aspeto financeiro, é importante...mas não é só...o foco fundamentalmente é no bem-estar das pessoas...iniciativas para captar médicos para os cuidados de saúde primários e para os fixar...e...também aqui condições remuneratórias que possam ser atrativas em zonas onde à partida os médicos não querem estar.” (E2)</i></p> <p><i>“...modelos...que possam ter alguns daqueles elementos de flexibilidade que ...possam atrair os profissionais...o pagamento de acordo com o desempenho...rever o que é que se inclui nesses indicadores de desempenho...como são calculados, qual é o valor de cada indicador...pensar em...flutuações no tipo de contrato ao longo do ciclo...profissional...as oportunidades de futuro...a ideia de equilíbrio de família e da vida profissional.” (E7)</i></p> <p><i>“...precisamos de valorizar esses profissionais,...o foco tem que estar no utente, mas se não tivermos lá ninguém para tratar deles...eles não vão ter cuidados...” (E15)</i></p> <p><i>“O mais importante agora é acabar com as quotas para USF modelo B e...melhorar um pouco as condições de trabalho e remuneratórias...” (E1)</i></p> <p><i>“as pessoas mais jovens, os incentivos que querem são não financeiros...valorizam muito...podem conciliar a sua vida profissional com a sua vida pessoal,...ter boa formação,...boas condições de trabalho,...não estar a grandes distâncias da família...a esmagadora maioria dos médicos são médicas, que, felizmente, têm bebés,...e não se faz contas com isso...” (E5)</i></p>
<u>Reorganização do encaminhamento de utentes</u>	<p><i>“...é preciso modificar o sistema, é preciso criar...circuitos em que os utentes, em primeiro lugar, se devam direccionar sempre para o seu médico de família...uma primeira abordagem dos cuidados de saúde primários...” (E2)</i></p> <p><i>“...aposta muito significativa...na integração de cuidados...de acompanhamento do fluxo dos doentes...entre hospital, cuidados de saúde primários, cuidados continuados...” (E11)</i></p>
<u>Análise macroeconómica</u>	<p><i>“O que falta em Portugal é uma análise macro, nomeadamente, dos cuidados de saúde primários.” (E2)</i></p>
<u>Integração da tecnologia</u>	<p><i>“...aumento do peso da tecnologia no sistema...e, portanto, a solução de melhorar os cuidados de saúde primários e aliviar a pressão sobre os hospitais era de facto fornecer alguma tecnologia aos centros de saúde para que aumentassem a sua resolutividade.” (E4)</i></p> <p><i>“...as questões dos sistemas de informação, utilizar melhor a tecnologia, aproximar...das pessoas...” (E11)</i></p> <p><i>“...os sistemas informáticos...faço muita tarefa burocrática, que não tem interesse absolutamente nenhum e que me consome muito tempo.” (E1)</i></p>
<u>Priorização</u>	<p><i>“...eu tenderia a valorizar mais a doença aguda para não termos este triste espetáculo da afluência que</i></p>

<p><u>da doença aguda</u></p>	<p>temos aos serviços de urgência.”(E5)</p> <p>“...o privado está a ter um consumo de médicos enorme, mas depois são concorrenciais, enfim, podiam ser complementares e...trabalhar em conjunto...o nosso problema não está, de facto, na falta de médicos, está sim na sua distribuição...(E5)</p> <p>“...precisamos mesmo de reforçar o nº de médicos em Portugal.”(E6)</p> <p>“...tem que ter uma outra forma de se relacionar com os profissionais de saúde e não só remuneração.” (E7)</p>
<p><u>Reforço dos cuidados de saúde primários</u></p>	<p>“...o acesso que elas precisam...exige três situações: recursos humanos suficientes...mais recursos financeiros...a questão da organização...temos mesmo de reforçar os cuidados de saúde primários...para evitar...o excesso de afluência aos cuidados de saúde hospitalar...que causa depois problemas na gestão de todo o Sistema.” (E6)</p> <p>“...se eu tivesse por exemplo laboratórios, testes rápidos, conseguia identificar muito mais coisas, conseguia ser muito mais eficiente.” (E1)</p>
<p><u>Integração e articulação com cuidados hospitalares</u></p>	<p>“...a intenção de termos unidades locais de saúde em todo o país...é que haja uma maior articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares que facilite...a porta de entrada no SNS e...a articulação e a referência entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.” (E6)</p> <p>“...generalizarmos as unidades locais de saúde, faz todo o sentido...as unidades locais de saúde que passam a gerir a saúde populacional, em que passamos a ter indicadores...de base comunitária.” (E8)</p> <p>“...terá boas consequências na sustentabilidade...a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares...minimizar e diminuir o número de necessidade de idas ao hospital...olhar para o doente como um todo...mais eficiência...” (E9)</p>
<p><u>Melhoria dos indicadores</u></p>	<p>“Quando se começa a medir resultados... há uma melhoria dos ganhos em saúde....se somarmos...incentivos financeiros, conseguimos de facto melhorar ainda mais esses indicadores...estão mais focados em questões de gestão e produção do que...nos ganhos em saúde...a fase seguinte será o tal modelo de governança que tem um enfoque naquilo que é a melhoria dos resultados em saúde...incentivos financeiros que se foquem...na redução da carga da doença, na prevenção...em que a saúde pública faça parte do próprio sistema de saúde...” (E8)</p>
<p><u>Focalização no utente</u></p>	<p>“As pessoas têm que ser o foco de toda a nossa ação,...de todo o nosso trabalho... não ter administradores hospitalares ou de centro de saúde, mas sim administradores da saúde da população.” (E8)</p> <p>“...os contratos são cada vez...mais densos, do ponto de vista do número de KPI’s,...corremos o risco de ter médicos, muito focados no processo,...informático e administrativo,...e muito menos focados, por falta desse tempo, no resultado que é no tratamento do doente, da prevenção da doença, da promoção da saúde, e dessa interação mais com o doente...” (E9)</p> <p>“...levar às pessoas...aquilo que elas precisam cada vez mais nas suas casas, e indo cada vez menos a estes grandes hospitais altamente especializados...” (E11)</p> <p>“...nós temos que ter estas ECCI’s,...24 horas por dia...cuidados de saúde primários, efetivos, integrados, que deem a resposta à comunidade, onde ela está...” (E12)</p>

Após analisar as opiniões dos peritos em saúde, emanaram diversas estratégias adicionais para aprimorar os cuidados de saúde primários em Portugal, especialmente no que diz respeito à acessibilidade. Em relação à Priorização de Acesso por Critérios, destaca-se a recomendação de

priorizar utentes com maiores necessidades de saúde e a criação de equipas de saúde familiar específicas para aqueles com menos comorbilidades. A implementação de Modelos Alternativos de Atendimento é sugerida, como os modelos "Via Verde", visando atender utentes sem médico de família. Além disso, propõe-se a adaptação de soluções temporárias e permanentes, especialmente em grandes centros urbanos, para acomodar a diversidade da população. Quanto à Reconfiguração dos Centros de Saúde, observa-se uma avaliação positiva da transição para USF modelo B e há também um apelo urgente para a construção de mais USF e a transformação dos centros de saúde clássicos, com o intuito de atingir a cobertura universal preconizada pela OMS. A necessidade de uma mudança no modelo de governança é ressaltada, com destaque para a uniformização do sistema de saúde. Sugere-se a criação de uma "carta de saúde" para mapear as respostas de saúde de acordo com as necessidades populacionais, visando evitar duplicação de investimentos. Ademais, a importância do trabalho em rede e articulação é enfatizada, com a abertura das unidades de saúde familiar à cooperação e à necessidade de adaptação às características sociais, demográficas e económicas. A integração com cuidados hospitalares e a avaliação constante são apontadas como essenciais para otimizar a resposta.

No que diz respeito à Desburocratização do Trabalho, destaca-se a urgência de reduzir a burocracia para permitir que os profissionais de saúde dediquem mais tempo aos utentes e também é mencionada a importância de uma abordagem menos burocrática na tomada de decisões no Serviço Nacional de Saúde. Os Incentivos e Condições de Trabalho são identificados como cruciais para atrair e fixar médicos nos cuidados de saúde primários. Além do aspeto financeiro, a valorização do bem-estar dos profissionais é enfatizada, pelo que os peritos sugerem a implementação de modelos flexíveis de contrato e remuneração baseada no desempenho. A Priorização da Doença Aguda é recomendada para reduzir a afluência aos serviços de urgência, observando-se que o problema não reside na escassez de médicos, mas sim na distribuição eficaz dos mesmos.

O Reforço dos Cuidados de Saúde Primários é apontado como vital, exigindo recursos humanos e financeiros suficientes para evitar a sobrecarga nos cuidados hospitalares. A Integração e Articulação com Cuidados Hospitalares são vistas como essenciais para melhorar a eficiência e minimizar idas ao hospital, pelo que os peritos propõem a generalização de unidades locais de saúde para gerir a saúde populacional. A Melhoria dos Indicadores é destacada como um meio eficaz de impulsionar os ganhos em saúde, sugerindo-se a implementação de incentivos financeiros focados na redução da carga da doença e na prevenção. A Focalização no Utente é considerada vital, na medida em que colocar o utente no centro do cuidado é visto como crucial para garantir cuidados acessíveis e integrados, evitando excesso de burocracia e proporcionando cuidados efetivos e contínuos. Adicionalmente, os peritos sugerem-se a reorganização do encaminhamento de utentes, criando

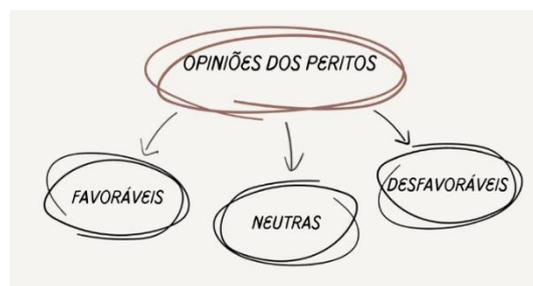
circuitos que direcionem os utentes para o seu médico de família como primeira abordagem nos cuidados de saúde primários. Também enfatizam a necessidade de realizar uma análise macroeconómica dos cuidados de saúde primários em Portugal, para melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. Finalmente, os peritos sugerem aumentar o uso da tecnologia no sistema de saúde, proporcionando recursos tecnológicos aos centros de saúde para aumentar a resolatividade, e salientam a importância dos sistemas de informação. Estes resultados refletem as opiniões expressas pelos peritos em saúde e delineiam diretrizes cruciais para aprimorar os cuidados de saúde primários em Portugal.

4.5 Discussão dos Resultados

A análise das questões colocadas aos peritos teve como objetivo reunir informações que, quando consideradas em conjunto, permitissem identificar conceitos relacionados às Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C. Esses conceitos, quando analisados de forma teórica, têm o potencial de evidenciar as ideias e teorias defendidas pelos peritos. Os discursos dos participantes destacam a relevância de alguns desses conceitos, que foram agrupados em categorias, que seguidamente apresentamos e descrevemos.

Partindo das respostas dos peritos em saúde sobre a questão de investigação, *“Quais são as suas percepções sobre a implementação das USF modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal?”*, as opiniões foram categorizadas em três grupos distintos, apresentados na seguinte representação:

4.5.1. Representação das opiniões dos peritos acerca da implementação das USF modelo C



Os resultados da análise das percepções dos peritos em saúde fornecem uma visão abrangente das opiniões sobre a implementação das USF modelo C. As perspectivas variam amplamente, revelando a complexidade e a sensibilidade do tema. Um grupo significativo de peritos expressou opiniões favoráveis em relação ao modelo C. Eles destacaram a integração eficaz entre trabalho em equipa, remuneração baseada no desempenho e a responsabilidade sobre grupos específicos de famílias e utentes como pontos positivos do modelo. Além disso, a adaptabilidade do modelo foi vista como uma solução valiosa, especialmente em situações específicas. Essas perspectivas alinham-se com uma

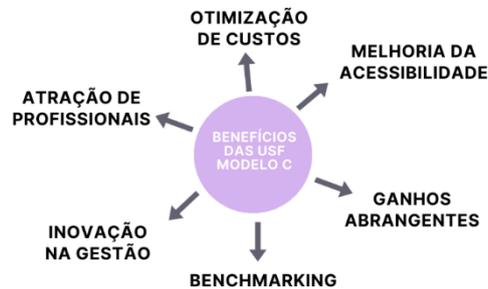
abordagem centrada no utente, que é um dos pilares dos cuidados de saúde primários. De facto, segundo o Relatório Anual de Atividades do Centro Europeu para os Cuidados de Saúde primários (OMS, 2017), o cuidado centrado no utente aumenta a acessibilidade e reduz a utilização desnecessária dos serviços e diz respeito ao cuidado certo, na hora certa e no local certo.

No entanto, também houve divergências significativas de opinião entre os participantes. Enquanto alguns peritos se opuseram veementemente ao modelo C, argumentando que seria impraticável e deveria ser removido do Decreto-Lei, outros sugeriram que o modelo poderia ter relevância em cenários específicos, como para médicos reformados ou em áreas onde entidades do setor social desempenham um papel significativo. No entanto, questionaram a aplicabilidade prática do modelo C atualmente. Essas divergências ressaltam a importância de considerar a diversidade de contextos e necessidades na implementação de modelos de prestação de cuidados de saúde. Foi evidente um certo ceticismo em relação à aplicabilidade prática do modelo C, pelo que foi destacada a experiência limitada em parcerias público-privadas na área dos cuidados de saúde primários. Os peritos expressaram preocupações sobre a privatização das USF e o seu impacto no acesso universal aos cuidados essenciais de saúde, o que reflete a necessidade de um escrutínio cuidadoso e uma abordagem ponderada na implementação do modelo C.

Um participante enfatizou a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre a adequação do modelo às necessidades atuais, especialmente dada a falta de experimentação prática. Este ponto sublinha a importância de uma abordagem baseada em evidências na implementação de modelos de cuidados de saúde primários. Também surgiram dúvidas sobre a capacidade do Estado em gerir eficazmente os contratos para as USF modelo C, e a importância de enfrentar desafios muitas vezes subestimados pelos defensores políticos foi ressaltada. Este aspeto destaca a necessidade de uma gestão cuidadosa e eficiente na implementação de novos modelos de prestação de cuidados de saúde. Também (Autun et al., 2005 cit in Biscaia & Heleno, 2017), consideram ser necessário para o sucesso da implementação de uma reforma: uma liderança forte, boa coordenação entre o nível político e operacional, abordagem prática da implementação, estratégias de envolvimento e gestão cuidadosa da mudança, com investimento forte e precoce na formação dos profissionais. Em síntese, as opiniões dos peritos em saúde sobre as USF modelo C são diversas e refletem a complexidade do tema. A apresentação dessas perspetivas proporciona uma base valiosa para a tomada de decisões informadas sobre a implementação do modelo C nos cuidados de saúde primários. Além disso, ressalta a importância de abordagens equilibradas e adaptáveis na procura pela melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal.

Relativamente à questão de investigação: *Quais são os benefícios da implementação das USF modelo C?*, foi construído o seguinte diagrama com as subcategorias que emanaram do discurso dos participantes:

4.5.2. Representação dos benefícios das USF modelo C segundo os peritos



Os resultados da investigação com os peritos em saúde demonstram uma forte inclinação favorável em relação à implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C em Portugal. Esta atitude positiva baseia-se em diversos benefícios potenciais que os peritos identificaram. A perceção de que as USF modelo C podem desempenhar um papel crucial na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários é de suma importância. Esse reconhecimento é particularmente relevante para áreas geograficamente desfavorecidas, como Lisboa, Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Esta observação está alinhada com o princípio constitucional do direito à saúde e reflete uma preocupação genuína com a igualdade de acesso aos serviços de saúde em todo o país (conforme o artigo 64.º da CRP).

A perspetiva dos peritos sobre a capacidade das USF modelo C de introduzir inovações na gestão é uma consideração notável. Além disso, a autonomia proporcionada aos profissionais de saúde é vista como um fator-chave para promover uma gestão mais ágil e adaptável às necessidades locais. A implementação dessas unidades pode, portanto, representar um avanço significativo na forma como os serviços de saúde são gerenciados e entregues. A ideia de que as USF modelo C podem servir como uma ferramenta de benchmarking para outras unidades de saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) é uma perspetiva valiosa, pelo que esta competição saudável entre diferentes modelos de organização pode impulsionar a procura por resultados mais eficazes e incentivar a inovação na prestação de cuidados de saúde primários, tal como Couto (2003), que corrobora esta afirmação, argumentando que “*benchmarking* deve ser reconhecido como um catalisador para alcançar melhorias e inovações.” (p.13). A consideração dos custos associados ao modelo C é uma análise estratégica e indica uma compreensão da importância de uma alocação eficiente de recursos.

A argumentação de que este modelo pode resultar em economias substanciais, ao mesmo tempo em que mantém a qualidade do cuidado, é uma consideração económica relevante. Além disso, a atratividade deste modelo para profissionais de saúde pode ajudar a abordar desafios de escassez de pessoal em determinadas áreas.

Em resumo, os peritos em saúde têm uma visão otimista sobre o potencial das USF modelo C para o sistema de saúde em Portugal, pelo que a implementação dessas unidades pode acarretar uma série de benefícios, desde a melhoria da acessibilidade até a inovação na gestão e a otimização de custos, pelo que esta perspetiva positiva oferece uma base sólida para futuras considerações e implementações nesta área.

As categorias emanadas dos discursos dos peritos em saúde quando questionados sobre “*Quais são os potenciais riscos ou desafios em relação à implementação das USF modelo C?*”, apresentam-se na representação que se segue:

4.5.3. Representação dos riscos e desafios das USF modelo C segundo os peritos



A análise das opiniões dos peritos permitiu uma visão abrangente dos desafios e riscos associados à implementação das USF modelo C, pelo que abordaram, desde questões conceituais até considerações práticas, fornecendo um quadro detalhado para a avaliação e desenvolvimento futuro deste modelo de organização de cuidados de saúde. Deste modo, apresentam-se as principais categorias emergidas da análise das opiniões dos peritos e a sua discussão.

Uma das principais preocupações apontadas pelos peritos é o risco de aproveitamento abusivo do termo "USF", deste modo, a integridade conceitual do modelo é considerada vital para evitar a utilização indevida do prestígio associado às USF para promover negócios privados, pelo que é estabelecer critérios rigorosos para a designação de uma unidade como modelo C, garantindo que

apenas aquelas que cumpram os requisitos específicos possam adotar essa designação. A incerteza em relação à qualidade dos serviços prestados pelo setor privado é uma preocupação legítima, pelo que a falta de dados concretos sobre a eficácia desses serviços em comparação com o setor público levanta questões importantes. Nesse sentido, é essencial implementar mecanismos de monitorização e avaliação contínua para garantir que os padrões de qualidade sejam mantidos e que os utentes recebam cuidados de saúde de alta qualidade, independentemente do setor de implementação.

A preocupação com a possível interpretação da implementação das USF modelo C como um primeiro passo em direção à privatização do sistema de saúde é compreensível. Assim, para mitigar esse receio, é crucial comunicar de forma transparente que o objetivo primordial é melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados, sem comprometer os princípios fundamentais do Serviço Nacional de Saúde. Além disso, estabelecer regulamentações e mecanismos de supervisão claros é fundamental para garantir que o foco no lucro não prevaleça sobre o cuidado, salvaguardando a ética na prestação de serviços de saúde.

A incerteza sobre a viabilidade do modelo C e a falta de clareza sobre a aceitação e adesão das equipas de saúde são desafios significativos, assim torna-se crucial implementar um processo de forma gradual e monitorização constante, que envolva um feedback contínuo das equipas de saúde e ajustes adaptativos, absolutamente essenciais para garantir que o modelo seja bem-sucedido e eficaz na prática. A equidade de acesso aos cuidados de saúde é uma preocupação central, pelo que os peritos argumentam que a participação no setor privado pode criar barreiras para determinados grupos populacionais. De modo a superar as barreiras políticas, ideológicas e garantir a equidade, é vital envolver os principais *stakeholders* e promover um diálogo construtivo que demonstre os benefícios tangíveis do modelo C para a população em geral, e que, com o desenhar deste estudo, esperamos contribuir.

A contratualização é vista como um processo complexo que requer indicadores claros e monitorização eficaz, pelo que a falta de indicadores de resultados sólidos levanta dúvidas sobre a aplicabilidade do modelo. Para superar esse desafio, é necessário desenvolver e implementar um sistema de contratualização transparente, com indicadores de desempenho bem definidos, em colaboração estreita com os profissionais de saúde, gestores e autoridades reguladoras. A necessidade de iniciativa dos profissionais de saúde é destacada como um ponto crítico. A ausência de projetos de USF modelo C iniciados pelos profissionais pode ser um fator limitante, dado ainda não terem existido iniciativas nesse sentido. Deste modo, torna-se importante criar um ambiente de suporte que encoraje a inovação e a liderança, no seio da comunidade dos profissionais de saúde. A

existência de incentivos financeiros, formação contínua e reconhecimento e valorização dos profissionais constituem elementos-chave para encorajar a adesão e impulsionar o sucesso deste modelo.

A sustentabilidade financeira é uma questão vital, e os peritos destacam a importância de garantir que o modelo seja economicamente viável, independentemente do setor de implementação, o que requer o desenvolvimento de modelos financeiros sólidos, uma avaliação contínua de custo-benefício e a implementação de planos de contingência para garantir a estabilidade financeira a longo prazo. A operacionalização do modelo, especialmente a integração com os sistemas de informação existentes, é um desafio técnico crucial, que requer um planeamento criterioso e suporte técnico adequado, portanto, devem ser garantidos, a par da formação, de forma a permitir uma transição suave e eficiente, minimizando quaisquer interrupções na prestação de cuidados de saúde.

Em resumo, as opiniões dos peritos refletem uma série de riscos e desafios que devem ser cuidadosamente considerados na implementação das USF modelo C, que variam desde questões de integridade conceitual até desafios práticos de operacionalização e sustentabilidade financeira, essas considerações são cruciais para a avaliação e o desenvolvimento futuro deste modelo no contexto do sistema de saúde. Portanto, a colaboração entre os diferentes intervenientes e a formulação de estratégias bem pensadas serão essenciais para superar esses desafios e garantir o sucesso desta iniciativa. Neste seguimento, é importante considerar as opiniões dos peritos relativamente à viabilidade operacional das USF modelo C: fatores críticos de sucesso, que a seguir se apresenta.

Relativamente à questão de investigação: *"Análise da Viabilidade Operacional das USF Modelo C em Portugal: Que fatores-chave determinam o sucesso na implementação deste modelo de cuidados de saúde primários?"*, foi construído o seguinte diagrama com as subcategorias que emanaram do discurso dos participantes:

4.5.4. Representação dos fatores críticos de sucesso para a viabilidade operacional das USF modelo C segundo os peritos



A análise dos fatores críticos de sucesso para a viabilidade operacional das USF modelo C, com base nas opiniões dos peritos em saúde, destaca considerações fundamentais que são cruciais para o êxito deste modelo. Primeiramente, os peritos sublinham a importância de um ciclo de gestão criterioso e contínuo. A definição precisa de indicadores, monitorização sistemática e avaliação rigorosa são identificadas como elementos-chave para o sucesso do modelo. Esta abordagem proativa permite identificar e corrigir potenciais desafios antes que afetem a prestação de cuidados, garantindo a eficiência e a eficácia operacional das USF modelo C. Outro ponto crucial é a relevância do sistema de informação. Assim, os peritos enfatizam que um sistema eficaz é indispensável para um acompanhamento adequado das USF modelo C, que facilite a recolha, a análise e a utilização de dados críticos para a gestão e avaliação do desempenho das unidades. Portanto, investir em infraestruturas tecnológicas robustas e em pessoal capacitado para operar esses sistemas é crucial para garantir a viabilidade operacional. A contratualização é um ponto crítico levantado pelos peritos, especialmente em relação ao pagamento e ao vínculo dos profissionais. A confiabilidade do Estado como pagador é vista como um fator determinante para o sucesso do modelo. Deste modo, estabelecer parcerias sólidas com o Estado, com contratos bem definidos e processos transparentes, é essencial para assegurar a estabilidade financeira e operacional das USF modelo C.

Os peritos salientam a importância da origem dos profissionais de saúde para a capacidade de atendimento das USF modelo C, garantindo que existe realmente um aumento real na capacidade de tratamento, em vez de uma mera redistribuição dos recursos existentes, portanto, devem ser implementadas estratégias de recrutamento eficazes e políticas que incentivem a adesão dos profissionais ao modelo C e consequentemente, um alargamento da capacidade de resposta.

A continuidade do cuidado é destacada como uma preocupação central, pelo que manter uma relação a longo prazo entre médicos de família e pacientes é essencial para a eficácia das USF modelo C. Assim, a contratação de médicos do setor privado deve ser acompanhada de um compromisso de longo prazo para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado.

A flexibilidade é vista como uma característica essencial para o sucesso das USF modelo C. A capacidade de adaptação e resposta às necessidades em constante mudança da população é crucial para manter a eficácia do modelo ao longo do tempo, o que implica processos de gestão ágeis e abertos à inovação. A conformidade com os critérios legais estabelecidos para as USF modelo C é considerada imperativa. A observância estrita da legislação é vista como um elemento-chave para a legitimidade e eficácia do modelo, o que garante a confiança das partes interessadas e a segurança jurídica necessária para o funcionamento adequado das unidades.

Ao considerar as opiniões dos peritos em saúde, torna-se evidente que cada um desses fatores desempenha um papel crucial na determinação do sucesso operacional das USF modelo C. A preparação cautelosa e criteriosa, a implementação de sistemas eficazes, a definição clara de parcerias com o Estado e a conformidade legal são elementos essenciais a serem considerados para assegurar a viabilidade e eficácia deste modelo na melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários. Portanto, uma abordagem abrangente e estratégica na gestão desses fatores será vital para o sucesso e sustentabilidade das USF modelo C no contexto do sistema de saúde em Portugal.

Relativamente à seguinte questão de investigação, “*Além das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C, quais outras estratégias considera relevantes para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários?*”, com as categorias e subcategorias resultantes do discurso dos peritos, construiu-se a seguinte representação:

4.5.5. Representação de potenciais estratégias para aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários

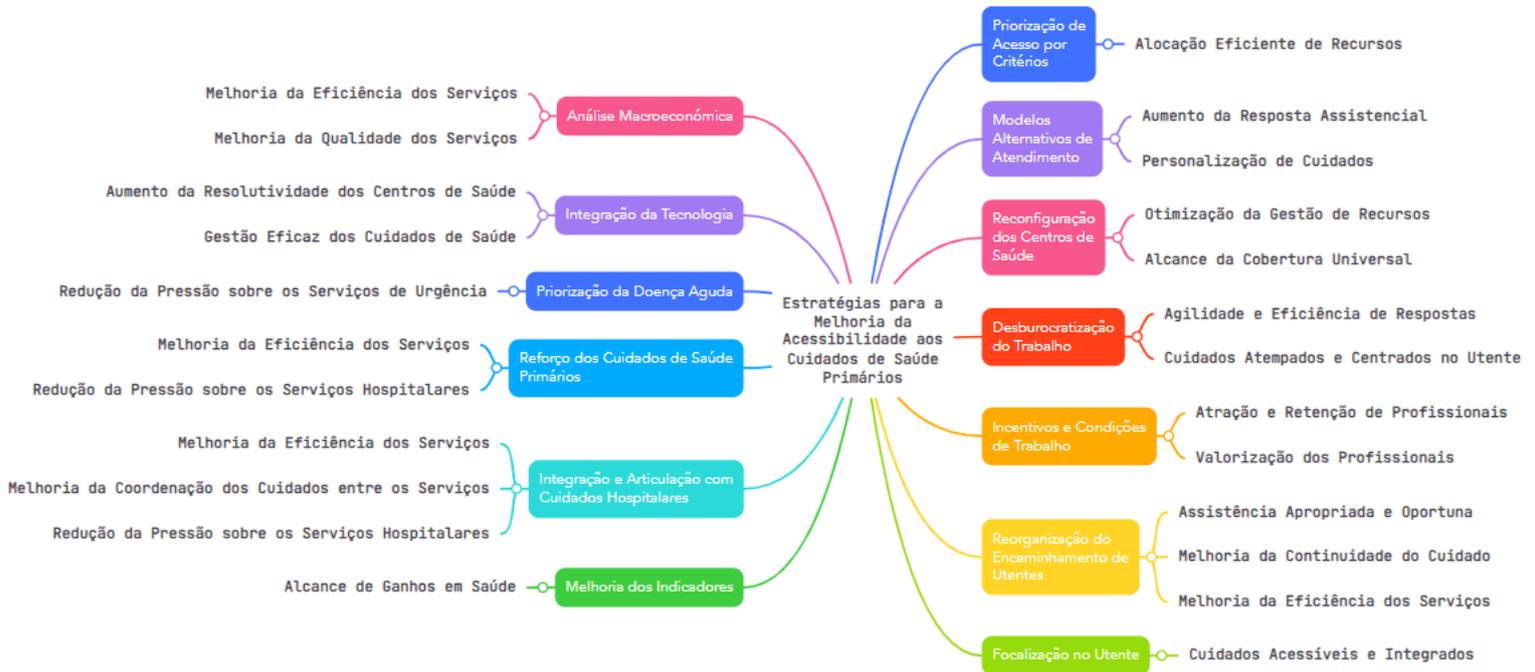


Seguidamente, de forma a enriquecer a discussão dos resultados emergidos da recolha de dados, pretendeu-se realizar uma nova representação para estabelecer as principais consequências e benefícios das estratégias apresentadas, o que preconiza o compromisso com análise aprofundada das opiniões dos peritos e visa fornecer uma visão clara das implicações práticas e potenciais vantagens associadas a cada estratégia, permitindo uma avaliação mais informada.

4.5.6. Matriz de Análise: Implicações e benefícios das estratégias propostas pelos peritos

Ao identificar e estabelecer subcategorias adicionais, esperamos contribuir para refinar ainda mais a discussão, contribuindo para a coesão e clareza do argumento, aspetos absolutamente cruciais para

assegurar que as opiniões dos peritos foram interpretadas e apresentadas de forma precisa e abrangente. Em última análise, esta abordagem de discussão das opiniões dos peritos e criação de novas subcategorias, permite enriquecer a análise e compreensão do tema em questão e, conseqüentemente para o rigor e análise das conclusões obtidas.



Capítulo 5: Conclusões e Recomendações

O presente capítulo sintetiza as principais conclusões provenientes da análise das opiniões e perspectivas dos peritos em saúde sobre a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. Estas opiniões foram obtidas através de entrevistas semiestruturadas, proporcionando uma visão rica e multifacetada das perceções que permeiam esse modelo de organização dos cuidados de saúde primários. Ao longo das entrevistas, emergiram diversas vozes e opiniões, refletindo a riqueza e complexidade das considerações sobre a implementação das USF modelo C. Este capítulo destaca os principais pontos de convergência e divergência, oferecendo uma análise detalhada das perceções dos peritos sobre os benefícios, desafios, riscos e potenciais estratégias adicionais para potencializar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal.

A compreensão aprofundada dessas perspectivas é de crucial importância para orientar tanto as decisões políticas quanto as práticas no sentido de melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal. Ao examinar os pontos de vista dos peritos, este estudo visa enriquecer o corpo de conhecimento existente sobre as Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C, além de promover uma discussão fundamentada e esclarecedora na procura por soluções eficazes e sustentáveis no âmbito da prestação de cuidados de saúde primários.

5.1. Sumário das Principais Conclusões

Os peritos em saúde apresentaram diversas opiniões sobre as Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C. Cerca de metade expressou opiniões favoráveis, destacando a integração eficaz entre trabalho em equipa, remuneração baseada no desempenho e responsabilidade por grupos específicos de famílias e utentes. Por outro lado, 20% dos inquiridos demonstraram reservas, especialmente em relação à regulamentação e sustentabilidade financeira. Cerca de 33% tiveram opiniões ambíguas ou neutras, enfatizando a importância da definição clara da participação do setor privado na prestação de cuidados de saúde públicos e a incerteza sobre a eficácia do modelo.

Os peritos em saúde vislumbram perspectivas promissoras neste modelo, que se traduz numa notável otimização do acesso aos cuidados primários, especialmente como resposta a lacuna estatal. Além disso, promove uma maior autonomia para os profissionais, estimula a inovação no sistema de saúde e exerce um poderoso magnetismo para atrair talentos. No entanto, não passam despercebidas as preocupações e desafios, tais como a possibilidade de privatização do SNS, o foco no lucro ao invés do cuidado, a operacionalização e monitorização do modelo e por fim, e com um papel bastante

preponderante, as considerações de índole ideológica e política. A fim de assegurar a operacionalidade viável, os especialistas sugeriram a elaboração de contratos meticulosos, contendo indicadores claramente definidos, juntamente com a realização de testes-piloto e a criação de uma *task force* para a implementação, monitorização e avaliação do modelo. Destacou-se ainda a importância crítica do financiamento estatal para o êxito do modelo.

Por fim, surgiram propostas para potencializar a acessibilidade, como a priorização com base nas necessidades dos utentes, a exploração de modelos mais flexíveis de atendimento e a promoção da transição para USF modelo B. Outras estratégias abarcam a simplificação e desburocratização do trabalho, a promoção da colaboração interdisciplinar, a integração dos cuidados com hospitais, a implementação de tecnologia e o investimento na formação dos profissionais. Adicionalmente, sublinhou-se a necessidade de aprimorar os procedimentos e indicadores com foco nos resultados em saúde. Estas diversas abordagens visam fortalecer os cuidados primários, atendendo à necessidade expressa de reforçar este pilar essencial da assistência à saúde, que constituem a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde.

5.2. Relação com a literatura

Os resultados do estudo coincidem com o que foi observado no relatório do Tribunal de Contas (2014), que se debruça sobre as implicações da implementação das USF modelo C. Ambos destacam que este modelo de organização de cuidados primários pode trazer mudanças significativas na forma de gestão das USF e também, enfatizam a relevância de inovações na gestão dos cuidados de saúde primários, para lidar com o desafio atual da falta de médicos de família para a população portuguesa e priorizando os locais onde essa carência é mais evidente e onde o SNS não consegue dar resposta. Tanto o relatório do Tribunal de Contas quanto os especialistas em saúde destacam que ainda não houve uma implementação efetiva e completa de todas as unidades funcionais propostas pela Reforma, o que torna difícil avaliar precisamente os modelos de gestão e financiamento em vigor. Adicionalmente, o Tribunal de Contas (2014), admite que a implementação das USF modelo C, implica a adoção de medidas de gestão e supervisão meticulosas para assegurar o seu sucesso e eficácia, tais como a reformulação do atual modelo de financiamento e a eventual introdução de diferentes níveis de partilha de riscos nos contratos programa/gestão e uma redefinição dos critérios de desempenho, o que também é evidenciado pelos peritos quando abordam a necessidade da elaboração de contratos minuciosos, contendo indicadores claramente definidos e o empenho no desenho da implementação, monitorização e avaliação do modelo.

Por fim, a principal concordância entre o estudo e o relatório do Tribunal de Contas (2014), é que a introdução das USF modelo C poderia ser uma resposta viável ao elevado número de utentes sem

médico de família, o que conduziria a melhorias significativas na acessibilidade aos cuidados primários de saúde, o que corrobora os resultados do estudo. Considerando todos esses aspetos, a relação entre as opiniões dos peritos e o relatório do Tribunal de Contas (2014), revela uma diversidade de perspectivas e desafios associados à implementação das USF modelo C. A sustentabilidade financeira, a regulamentação e a eficácia do modelo emergem como pontos de preocupação comuns, enquanto a potencial otimização do acesso aos cuidados primários e a promoção da autonomia dos profissionais de saúde são vistas como oportunidades promissoras.

5.3. Contribuições para a teoria e implicações para a prática

A verdadeira significância deste estudo não reside apenas na análise dos dados obtidos, mas também nas valiosas contribuições que oferece tanto para a teoria quanto para a prática na área da prestação de cuidados de saúde. No que concerne às **contribuições para a teoria**, destacam-se: **a diversidade de opiniões dos peritos** (revelando a complexidade e nuances associadas às USF modelo C); **a integração eficaz e autonomia profissional** (na medida em que, este modelo é percebido como uma integração eficaz entre trabalho em equipa, remuneração baseada no desempenho e responsabilidade por grupos específicos de famílias e utentes e proporciona maior autonomia aos profissionais de saúde na gestão dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática mais independente) e **a flexibilidade e complementaridade do modelo** (pela sua capacidade, segundo os peritos, de se adequar a contextos específicos e complementar os serviços existentes, especialmente em áreas com deficiências nos cuidados de saúde primários).

Relativamente às **implicações para a prática**, é importante enfatizar: **a consideração das diferentes perspectivas**, na medida em que os profissionais e os gestores de saúde devem reconhecer a diversidade de opiniões em relação às USF modelo C e adotar uma abordagem colaborativa para a implementação e gestão deste modelo; **o ênfase na flexibilidade e adaptabilidade** (é importante incorporar elementos de flexibilidade para lidar com as particularidades de diferentes contextos e necessidades); **a promoção da autonomia profissional**, pois este modelo poderá representar uma oportunidade para promover a autonomia dos profissionais de saúde na gestão dos cuidados, resultando em práticas mais inovadoras e eficazes; **a atenção aos riscos e desafios identificados**, como a utilização errática do termo de USF (a fim de garantir a preservação da integridade e dos objetivos fundamentais das mesmas) e a preocupação com a privatização do sistema de saúde; **a realização de testes-piloto e avaliação contínua**, como abordagem prudente para verificar a eficácia e viabilidade do modelo, antes de uma implementação em larga escala; **o ênfase na transparência na gestão e sustentabilidade financeira**, aspetos cruciais para o sucesso e aceitação do modelo; e por fim, **a incorporação de estratégias adicionais para potencializar a acessibilidade aos cuidados**

de saúde primários, tais como a priorização do acesso a médicos de família com base nas necessidades dos utentes e a integração de cuidados com hospitais. Estas conclusões constituem orientações valiosas para profissionais de saúde, gestores e decisores políticos interessados na implementação das USF modelo C e na formulação de políticas que promovam a adoção e adaptação deste modelo. À luz dos resultados obtidos, e em resposta à questão central desta investigação, fica claro que a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) modelo C emerge como uma estratégia eficaz no sentido de aprimorar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal, corroborando a pertinência e viabilidade deste modelo de prestação de cuidados.

5.4. Limitações do estudo e sugestões de pesquisa futura

É importante reconhecer que este estudo se concentrou exclusivamente nas perspetivas dos peritos em saúde de diversas áreas profissionais, o que proporcionou uma visão valiosa e multifacetada das opiniões dos profissionais altamente qualificados neste domínio. No entanto, uma limitação significativa reside na ausência das perspetivas dos utilizadores e utentes dos serviços de saúde, especialmente os cuidados de saúde primários, pelo que incluir as perceções dos utentes, permitiria obter uma visão mais abrangente, completa e equilibrada da implementação das USF modelo C. Deste modo, futuras investigações poderão contemplar esta dimensão crucial através de métodos que incorporem ativamente as experiências e opiniões dos utentes, contribuindo para uma avaliação holística da eficácia e impacto deste modelo de prestação de cuidados primários. Além disso, sugere-se a realização de estudos longitudinais para avaliar o impacto a longo prazo da implementação das USF modelo C na acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal e a obtenção de insights valiosos sobre a evolução e sustentabilidade deste modelo ao longo do tempo.

Para aprofundar ainda mais a análise, uma extensão promissora deste estudo seria realizar uma análise quantitativa para complementar as perceções qualitativas dos peritos em saúde, o que permitiria a quantificação de tendências e padrões observados, proporcionando uma compreensão mais abrangente do impacto das USF modelo C na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários, cruciais para orientar políticas e práticas de saúde em Portugal.

Por fim, é de extrema importância que estudos subsequentes mantenham um compromisso rigoroso com os princípios éticos, pelo que garantir a confidencialidade, o consentimento informado e o respeito pelos direitos dos participantes deve permanecer como um pilar central. Além disso, a transparência e integridade na apresentação dos resultados são fundamentais para manter a credibilidade da investigação.

Considerações finais e agradecimentos

Para concluir, gostaria de citar palavras sábias, proferidas por um dos participantes, que ressoam profundamente com o cerne deste estudo e que refletem a importância inegável dos cuidados primários na construção de um sistema de saúde mais humano e eficaz:

“É um caminho que não tem retorno, quer dizer, em Portugal e no mundo inteiro, porque os cuidados de saúde primários são o epicentro de qualquer sistema de saúde que seja justo, equitativo e eficiente...”

Neste ponto, desejo expressar a minha sincera gratidão a todos os participantes deste estudo, cuja contribuição inestimável foi fundamental para o sucesso deste trabalho. As suas vozes e perspetivas enriqueceram de forma sublime a compreensão deste tema vital.

Que este estudo possa servir como um tributo ao papel crucial dos cuidados primários e inspire contínuos esforços para promover um sistema de saúde mais acessível e compassivo em Portugal e além.

Referências Bibliográficas

- Araújo, J. (sem data). *A Reforma Administrativa em Portugal: em busca de um novo paradigma*.
<https://doi.org/10.1155/2013/704806>
- Azevedo, C. (2016). *A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS AO ABRIGO DA LEI n.º 52/2014 DE 25 DE AGOSTO Um estudo de caso no British Hospital XXI*.
- Bilhim, J. (2021). As reformas da administração pública em Portugal. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 26(84), 1–20. <https://doi.org/10.12660/cgpc.v26n84.83725>
- Biscaia, A., & Heleno, L. (2017). A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: Portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência e Saude Coletiva*, 22(3), 701–711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- CFP. (2022). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2021 - Relatório nº 07/2022*.
- Conceição, C., Fronteirinha, I., Hipólito, F., Lerberghe, W. Van, & Ferrinho, P. (2005). *Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental*. 45–59.
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). *Declaração de alma-ata*.
- Creswell, J. (2009). *Qualitative, Quantitative, and Mixed-Methods Research*. 4(11), 485–485. <https://doi.org/10.1128/microbe.4.485.1>
- FINANÇAS, M. DAS. (2003). *Decreto-Lei n.º 86/2003*.
- Flyvbjerg, B., Holm, M., & Buhl, S. (2002). *Underestimating costs in public works projects: Error or lie?* 68(3). <https://doi.org/10.1080/01944360208976273>
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. 52.
- Hellowell, M. (2016). The price of certainty: Benefits and costs of public–private partnerships for healthcare infrastructure and related services. *Health Services Management Research*. <https://doi.org/10.1177/0951484816639742>
- Horton, J., Macve, R., & Struyven, G. (2004). Qualitative research: experiences in using semi-

structured interviews. The real life guide to accounting research, 339-357. doi: 10.1016/B978-008043972-3/50022-0

IMF. (2004). *Public-Private Partnerships*.

Jütting, J. (1999). *Public-private-partnership and social protection in developing countries : the case of the health sector*.

Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal For Equity in Health*, 12(18). <https://doi.org/10.1002/cber.189502803178>

Magalhães, N. (2013). *UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: O seu papel na reforma dos Cuidados de Saúde Primários*.

McLaughlin, N., Ong, M., Tabbush, V., Hagigi, F., & Martin, N. (2014). Contemporary health care economics: An overview. *Neurosurgical Focus*, 37(5). <https://doi.org/10.3171/2014.8.FOCUS14455>

Ministério da Saúde. (2006). *Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários*. 107.

Ministério da Saúde. (2007). Despacho n.º 24 100/2007. *Diário da República*, 2.ª série(203), 30 419.

Nunes, A. (2020). *Eficiência e produtividade nas unidades hospitalares em Portugal: análise comparada dos regimes PPP e E.P.E.*

O'Leary, Z. (2017). *The essential guide to doing your research project (3rd ed.)*. London: SAGE Publications Ltd.

Pisco, L. (2011). *Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde*. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>

Pisco, L., & Pinto, L. (2020). *De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>

Ramalho, L. (2021). *Acesso aos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Condicionantes e Estratégias*.

- Rebello, C. (2014). *As Parcerias Público- Privadas na Saúde em Portugal : Análise crítica*.
- Rebello, M. (2015). *Clima Organizacional no contexto de trabalho dos Enfermeiros do ACES X Influência da Inteligência Emocional*.
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy*, 115(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.008>
- Rodrigues, M. (2005). *A nova gestão pública na governação local*. 1–12.
- Shapiro, C. J., Prinz, R. J., & Sanders, M. R. (2015). Sustaining Use of an Evidence-Based Parenting Intervention: Practitioner Perspectives. *Journal of Child and Family Studies*, 24(6), 1615–1624. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9965-9>
- Silva, M. A. (2023). Os cuidados de saúde primários em Portugal: uma história de mais de 50 anos – a perspetiva de um futuro médico de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 39(4), 355–359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i4.13732>
- Silverman, D. (2015). *Interpreting Qualitative Data (5th Edition)*. London: SAGE Publications Ltd.
- Tavares, J. (2018). *ACESSIBILIDADE GEOGRÁFICA AOS CUIDADOS DE SAÚDE*.
- Tavares, S. (2019). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Impacto da implementação das Unidades de Saúde Familiar - USF*. 70.
- Teixeira, C. (2016). *Diferentes modelos organizativos de cuidados de saúde primários apresentam diferenças no desempenho?* 49.
- Tribunal de Contas. (2014). *Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários. I*, 724.
- Tribunal de Contas. (2021). *Relatório nº 5/2021 – OAC Relatório Síntese - Parcerias Público-Privadas hospitalares no SNS. 2ª Secção*, 1–54.
- Tuohy, C. (2001). *Political economy of the health care system: a cross-country analysis*. University of Toronto.
- WHO (2017). *European Centre for Primary Health Care: Annual Report of Activities 2017*. Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Yaya, H. (2005). Origins and developments of the public-private-partnership in health system in the developed countries: concepts, issues and institutional challenges. *The Public Setor Innovation Review*. 10(3). <http://www.innovation.cc/francais/yaya3-final.pdf>

Anexos

Anexo A. Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo surge no âmbito de um projeto de investigação a decorrer no Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. O estudo tem por objetivo perceber, segundo a opinião de peritos de saúde, se a implementação das USF-C contribui para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários. A sua participação no estudo, que será muito valorizada, irá contribuir para o avanço do conhecimento neste domínio da ciência, consiste na sua participação numa entrevista devidamente estruturada, que pretende perceber a sua opinião relativamente ao tema em questão e não deverá exceder os 30 minutos. Não existem riscos significativos expectáveis associados à participação no estudo.

O Iscte é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo, tendo como base legal o seu consentimento (art. 6º, nº1, alínea a) do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

O estudo é realizado pela investigadora Beatriz Cruz (brczs@iscte-iul.pt), que poderá contactar caso pretenda esclarecer uma dúvida, partilhar algum comentário ou exercer os seus direitos relativos ao tratamento dos seus dados pessoais. Poderá utilizar o contacto indicado para solicitar o acesso, a retificação, o apagamento ou a limitação do tratamento dos seus dados pessoais.

A participação neste estudo é confidencial. Os seus dados pessoais serão sempre tratados por pessoal autorizado vinculado ao dever de sigilo e confidencialidade. O Iscte garante a utilização das técnicas, medidas organizativas e de segurança adequadas para proteger as informações pessoais. É exigido a todos os investigadores que mantenham os dados pessoais confidenciais.

Além de confidencial, a participação no estudo é estritamente voluntária: pode escolher livremente participar ou não participar. Se tiver escolhido participar, pode interromper a participação e retirar o consentimento para o tratamento dos seus dados pessoais em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação. A retirada de consentimento não afeta a legalidade dos tratamentos anteriormente efetuados com base no consentimento prestado. Os seus dados pessoais serão conservados até ao momento da conclusão do estudo, após o qual

serão destruídos ou anonimizados, garantindo-se o seu anonimato nos resultados do estudo, apenas divulgados para efeitos estatísticos, de ensino, comunicação em encontros ou publicações científicas.

O Iscte não divulga ou partilha com terceiros a informação relativa aos seus dados pessoais. O Iscte tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email dpo@iscte-iul.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora. Aceito participar no estudo e consento que os meus dados pessoais sejam utilizados de acordo com a informações que me foram disponibilizadas.

Sim

Não

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa | Av. das Forças Armadas, 3049-016 Lisboa | 211 217 90 000
www.iscte-iul.pt www.facebook.com/ISCTEIA Twitter.com/ISCTEIA www.instagram.com/iscte-iul www.youtube.com/iscte-iul



ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa | Av. das Forças Armadas, 3049-016 Lisboa | 211 217 90 000
www.iscte-iul.pt www.facebook.com/ISCTEIA Twitter.com/ISCTEIA www.instagram.com/iscte-iul www.youtube.com/iscte-iul



Anexo B. Debriefing



DEBRIEFING/EXPLICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Muito obrigado por ter participado neste estudo. Conforme adiantado no início da sua participação, o estudo incide sobre a implementação das USF-C e o seu potencial contributo para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários. Pretende-se perceber a opinião dos peritos de saúde relativamente a este tema. Mais especificamente, este estudo permitirá analisar novas estratégias para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários e identificar potenciais benefícios/riscos da implementação das USF-C.

Reforçamos os dados de contacto que pode utilizar caso deseje colocar uma dúvida, partilhar algum comentário, ou assinalar a sua intenção de receber informação sobre os principais resultados e conclusões do estudo: Beatriz Cruz (brczs@iscte-iul.pt).

Mais uma vez, obrigado pela sua participação.

Anexo C. Parecer Conselho de Ética ISCTE



CONSELHO DE ÉTICA PARECER FINAL 66/2023

O projeto "As perceções dos peritos em saúde sobre a implementação das USF-C para a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde primários em Portugal", foi apreciado pelo Conselho de Ética (CE) na reunião 10 de maio de 2023.

A apreciação do projeto suscitou, porém, algumas reservas, plasmadas no Parecer [Intercalar] 66/2023, em relação às quais a equipa de investigação proponente vem agora prestar os esclarecimentos adicionais, tidos por necessários e que satisfazem os requisitos éticos exigíveis.

Assim, assegurados que se encontram a natureza voluntária da participação, o consentimento livre e informado e a confidencialidade dos dados coligidos, entende o Conselho de Ética emitir parecer favorável à realização da investigação, sem prejuízo da ratificação deste parecer na próxima reunião. Contudo, este Parecer positivo é condicional à implementação das medidas que se seguem:

- a) De acordo com as orientações em vigor, os dados pessoais devem ser encriptados nos dispositivos de armazenamento.
- b) As sessões de acesso aos dados devem ser protegidas por autenticação com credenciais pessoais.
- c) O armazenamento em computadores do próprio deve ser evitado, privilegiando-se a conservação em servidores ou serviços do Iscte.

Relator: Nuno David (com Luisa Braulio Reis)

Lisboa, 20 de setembro de 2023

O Presidente do Conselho, Prof. Doutor Sven Waldzus

O Relator Professor Doutor Nuno David