



Evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal: lições aprendidas e perspetivas futuras

Deolinda Chaves Beça,¹ António Luz Pereira,^{2,3} Miguel Azevedo,⁴ José Pedro Antunes⁵

RESUMO

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, iniciada em 2007 com a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), representou um marco na reestruturação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Contudo, a implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS), em 2024, apresenta desafios e incertezas que requerem uma abordagem baseada em evidências. Uma análise das expectativas dos profissionais de saúde evidenciou preocupações como a limitação da autonomia das USF e a distribuição desigual de investimentos entre os cuidados primários e secundários, sublinhando a necessidade de um diálogo transparente no processo de reforma do SNS. A falta de envolvimento dos profissionais de saúde nas decisões sobre as ULS, sem uma abordagem *bottom-up*, compromete a aceitação e a eficácia do modelo. A representação adequada dos médicos de família nos pontos de decisão dos CSP é essencial para assegurar a concretização das suas competências de gestão. A legislação sobre a nomeação dos diretores clínicos nas ULS e a perda de autonomia dos CSP são desafios que exigem medidas proativas para salvaguardar a eficácia destas unidades. A tendência para replicar modelos de gestão hospitalar, sem considerar as especificidades dos CSP, e a perda de liderança no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) comprometem a cultura organizacional e o desempenho dos CSP. Para garantir a eficácia e a qualidade dos CSP nas ULS é essencial envolver os profissionais, fortalecer a direção clínica e proteger a integridade e autonomia das equipas de saúde familiar. A criação dos ACeS, I.P., surge como uma alternativa viável, conferindo autonomia administrativa e promovendo a eficiência dos CSP. Estas ações devem ser orientadas por uma abordagem participativa e um compromisso com a melhoria contínua do SNS e o bem-estar dos cidadãos portugueses.

Palavras-chave: Cuidados de saúde primários; Organização e administração; Medicina familiar; Política de saúde; Cuidados de saúde integrados.

INTRODUÇÃO

A implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal¹ tem sido objeto de intenso debate e reflexão, especialmente no contexto da reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS).² Como parte essencial dessa reforma, as ULS representam uma mudança organizacional de grande magnitude, visando modernizar e reestruturar o sistema de saúde do país. A reforma concretiza a integração em dois modelos distintos: a integração estrutural que compreende a propriedade das infraestruturas e dos serviços nelas oferecidos através de uma cadeia de abastecimento articulada e a integração fun-

cional que melhora a coordenação eficaz dos serviços.³ No entanto, apesar das intenções subjacentes a essa iniciativa, a sua eficácia tem sido questionada face a diversos desafios e críticas levantadas.^{1-2,4-5}

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), com início em 2005, emerge como um marco histórico

1. Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar. USF Carvalhido. Porto, Portugal.

2. Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Prelada, Porto, Portugal.

3. CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal.

4. Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Arca d'Água. Porto, Portugal.

5. Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar. USF Arte Nova. Oliveirinha, Portugal.



no panorama do SNS português.⁶ Esta transformação, reconhecida como uma das maiores e mais bem-sucedidas do SNS, redefiniu os padrões de acessibilidade, eficiência, qualidade e satisfação tanto dos profissionais de saúde quanto dos cidadãos.⁷⁻⁸

No epicentro dessa revolução encontram-se a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF)⁸⁻⁹ e a gestão em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).¹⁰ Essas mudanças estruturais, não só proporcionaram eficiência e acessibilidade, mas criaram também um ambiente de trabalho mais gratificante e aumentaram a satisfação entre os cidadãos, elevando substancialmente a qualidade dos serviços prestados. O processo de criação das USF, impulsionado pela escolha das equipas, definição de planos de ação e autonomia de gestão, destaca-se como um exemplo de excelência na gestão dos cuidados de saúde. O pagamento por desempenho e a contratualização de serviços, consensualizada entre profissionais e tutela, assumiram-se como medidas inovadoras, catalisando uma elevação global da qualidade dos CSP.¹¹

Com base nas experiências resultantes da reforma dos CSP torna-se claro que o apoio político, o envolvimento dos profissionais e a comunicação eficaz desempenharam papéis essenciais no seu sucesso. Além disso, a sustentabilidade desta transformação está intrinsecamente ligada à capacidade de enfrentar desafios contínuos, como a escassez de recursos humanos e as crescentes demandas por melhorias na integração de dados e nos sistemas de informação.

Portanto, é fundamental que o legado desta reforma seja preservado e cultivado como um guia para os desafios futuros que o SNS enfrentará. A reforma dos CSP não apenas redefiniu a saúde em Portugal, mas estabeleceu também um novo padrão de excelência e compromisso com o bem-estar dos cidadãos.

MUDANÇA ORGANIZACIONAL – REFLEXÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS USF: DESAFIOS E INCERTEZAS

A implementação das ULS tem sido motivo de preocupação e debate entre diversos setores da sociedade, especialmente no âmbito da saúde em Portugal. Esta abordagem, concebida como parte fundamental da reforma do SNS, introduz uma significativa mudança organizacional, visando modernizar e reestruturar o sis-

tema de saúde no país. No entanto, o modelo proposto enfrenta desafios consideráveis e críticas pertinentes.

Desde o seu surgimento em 1999, as ULS têm sido progressivamente implementadas em várias regiões de Portugal. No entanto, a ausência de um estudo abrangente que demonstre os impactos positivos dessas unidades tem levantado sérias questões sobre a sua eficácia. Dados apresentados pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) revelaram lacunas e desafios associados ao desempenho das ULS, incluindo tempos de internamento prolongados e dificuldades na coordenação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares,¹¹ o que diverge dos objetivos delineados pela atual reforma.³

Um estudo mais recente, conduzido entre 2015 e 2018, questionou a eficácia do modelo organizativo das ULS, observando um aumento nos tempos de espera por cirurgias e no recurso às urgências hospitalares, contradizendo as expectativas de uma melhoria na coordenação de cuidados e na eficiência dos serviços de saúde.²

Diante deste cenário, a Associação Nacional de USF chegou a propor uma suspensão temporária da criação de novas ULS, argumentando a necessidade de um estudo comparativo entre as ULS e outras formas de organização dos cuidados de saúde. Esta abordagem visava assegurar que as decisões relacionadas com a organização do sistema de saúde fossem baseadas em evidências sólidas e contribuíssem efetivamente para a melhoria do SNS.²

A análise das expectativas dos profissionais de saúde em relação às ULS, realizada pelo Grupo de Estudos de Gestão em Saúde (GEST) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar em 2023, revelou que as preocupações dos profissionais de saúde em relação às ULS são igualmente significativas. Destacam-se questões como a limitação da autonomia das USF, a distribuição desigual de investimento entre os CSP e secundários e o impacto negativo na satisfação dos profissionais. Essas preocupações refletem a necessidade de uma análise mais aprofundada dos potenciais efeitos das ULS no panorama da saúde em Portugal.⁴

A falta de informação e discussão adequadas em torno das ULS são uma preocupação adicional. A decisão unilateral de implementar este modelo sem um deba-



te amplo e transparente com os profissionais de saúde e a população em geral reflete uma lacuna significativa no processo de reforma do SNS. A falta de planeamento e preparação adequados, especialmente no que diz respeito à integração das autarquias e à definição clara das competências das administrações das ULS, representa também uma preocupação relevante.

Além disso, a falta de uma verdadeira estratégia de integração de cuidados, assim como a ausência de estratégias claras para a promoção da saúde, a gestão de doentes crónicos e a integração de sistemas de informação são desafios que precisam ser abordados de forma urgente. A inexistência de medidas de financiamento adequadas, que garantam a equidade entre as ULS em diferentes áreas geográficas e contextos demográficos, é outra questão que merece atenção. O financiamento por capitação pode ignorar a conjuntura sociodemográfica concreta de uma região, concretizada, por exemplo, na sua capacidade de retenção de recursos humanos.

É, portanto, necessário reconhecer que, apesar das evidências em contrário e da falta de diálogo e consensualização com os profissionais, prevaleceu a perspetiva de um grupo restrito, ainda que integrado na direção executiva (DE) do SNS, o que impactou todo o sistema de saúde e todos os profissionais, incluindo aqueles que operam fora das esferas do SNS.

Neste contexto surge a necessidade fundamental de assegurar que as futuras decisões relacionadas com a reforma do SNS sejam tomadas de forma transparente e colaborativa, envolvendo ativamente os profissionais de saúde, as autoridades locais e a população em geral. A herança da DE do SNS coloca um peso adicional sobre este processo, exigindo uma revisão cuidadosa e uma abordagem mais reflexiva e participativa.

Uma solução viável e estruturada para mitigar os desafios enfrentados no atual panorama da saúde é a implementação de ACeS, I.P., conforme delineado no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.¹² Este enquadramento legal estabelece os ACeS como institutos públicos de regime especial, integrados na administração indireta do Estado, conferindo-lhes autonomia administrativa e a capacidade de possuir património próprio. Os ACeS atuam como conjuntos de unidades funcionais que abrangem diversas áreas de intervenção, desde o âmbito comunitário e de base populacional até

à prestação de cuidados personalizados, baseados na livre escolha pelos utentes. O financiamento por capitação, previsto para as ULS, é aplicável aos ACeS, I.P. Além disso, assumem responsabilidades como o exercício de funções de autoridade de saúde e a intervenção nos comportamentos aditivos, quando aplicável. Ao prosseguirem as atribuições do Ministério da Saúde, sob a supervisão e tutela do respetivo membro do Governo, os ACeS emergem como uma estrutura que não só potencializa a eficiência na prestação de CSP, mas também contribui para uma maior eficácia global do SNS, dado que a melhoria dos CSP se reflete diretamente na eficiência de todo o sistema, mantendo-se alinhados com as competências das estruturas de governação nacional. A criação de ACeS, I.P., pautada por este enquadramento legal representa, assim, um passo assertivo na busca por soluções sólidas e abrangentes para os desafios enfrentados no setor da saúde em Portugal.

O projeto piloto RIA – Re.Inventar os ACeS, implementado como uma medida que visou estimular a inovação como uma capacidade transversal em todos os organismos públicos,¹³⁻¹⁴ emerge como um exemplo paradigmático dos ACeS quando dotados de autonomia gestonária e inseridos num contexto de planeamento estratégico, coordenado à data pela Administração Regional de Saúde (ARS). A interrupção deste projeto devido à pandemia COVID-19 não deve obscurecer a sua pertinência, mas reforçar a necessidade de retomar e expandir iniciativas similares num futuro próximo. A finalidade deste projeto era dupla: por um lado, criar um órgão ágil de planeamento e coordenação estratégica, funções que no momento estariam atribuídas à ARS e, por outro, atribuir aos ACeS a autonomia necessária para tomar decisões nos domínios estratégico, funcional, administrativo, financeiro e organizacional. Este modelo visava promover uma gestão próxima das necessidades do cidadão, baseada num compromisso de resultados, processos e recursos, refletindo assim uma abordagem centrada nas pessoas e orientada para a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Além disso, o projeto propunha a criação de condições para o pleno exercício das funções dos Conselhos Clínicos e de Saúde, fomentando uma cultura de governação clínica orientada para a excelência dos cuidados prestados. A conceção de modelos colaborativos inovadores,



incluindo a criação de redes entre unidades de saúde e parceiros da comunidade, visava responder de forma eficaz às novas realidades sociais, demográficas e de saúde, promovendo a interligação, cooperação e complementaridade, enquanto impulsionava o desenvolvimento organizacional, a humanização, o espírito crítico e o rigor científico.

Portanto, é de suma importância que se retome e aprofunde projetos de ACeS, I.P., adaptando-os às exigências atuais e consolidando-os como um modelo exemplar para a transformação e renovação do SNS.

LIDERANÇA NA GOVERNAÇÃO CLÍNICA: O PAPEL DOS DIRIGENTES E DOS CONSELHOS CLÍNICOS

No contexto da reforma dos CSP em Portugal, prévia ao modelo ULS, a liderança e governação clínica emergiram como elementos determinantes para o sucesso da implementação das USF.

Uma das inovações fundamentais deste modelo de reforma dos CSP foi a criação de uma hierarquia técnica, materializada através da formação de um conselho clínico, cujo presidente seria obrigatoriamente um médico de família. Este conselho, composto ainda por um enfermeiro, um médico de saúde pública e outros profissionais, como nutricionistas ou psicólogos, desempenhava um papel central na avaliação da efetividade dos cuidados de saúde, na definição de procedimentos para a melhoria contínua da qualidade e na aprovação de orientações clínicas e protocolos adequados.⁷

Os dirigentes dos ACeS desempenhavam um papel fundamental na implementação desta governação clínica. Foram capacitados através de programas de formação específica, como o PACES (Programa Avançado em Gestão, Governação Clínica, Liderança e Sistemas de Informação), coordenado pelo Instituto Nacional de Administração. Este programa visou fornecer as ferramentas fundamentais de gestão, promover práticas inovadoras e criar uma rede de colaboração entre os dirigentes dos ACeS.⁷

Por outro lado, os Conselhos Clínicos possuíam um papel preponderante na promoção de uma cultura de equipa e na garantia da excelência clínica em cada unidade de saúde. O programa TEAM (Trabalho em Equipa e Avaliação Multidisciplinar) destinou-se a criar uma rede de aprendizagem e partilha entre os membros dos Conselhos Clínicos, fomentando a reflexão e a troca de

experiências para encontrar soluções e potenciar uma nova cultura de governação clínica.⁷

A formação de dirigentes e a criação de espaços de reflexão e partilha, próximos dos profissionais e da comunidade, foram iniciativas inovadoras que contribuíram significativamente para o sucesso da implementação das USF e para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde. É essencial que nos novos modelos ULS estes programas continuem a ser desenvolvidos e aprimorados, adaptando-se às necessidades em constante evolução do SNS.

Além disso, é necessário reconhecer que a eficácia da governação clínica vai além da implementação de procedimentos e protocolos; trata-se sobretudo de promover uma cultura de excelência e colaboração entre os profissionais de saúde.

Nesse sentido, é de extrema relevância garantir que os médicos de família, dada a sua abrangência técnico-científica e a sua missão de prestar cuidados à totalidade da população portuguesa, estejam devidamente representados, não só na governação clínica local, como também nos grupos de trabalho responsáveis pela tomada de decisões políticas relacionadas com o SNS.

AMEAÇAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ameaças à Direção Clínica dos CSP

Existem pontos críticos que afetam os CSP decorrentes da reestruturação em ULS. Neste contexto, destacam-se os seguintes:

Legislação sobre a nomeação de Diretores Clínicos.

A possibilidade das ULS poderem ter “até dois diretores clínicos” e a não especificação de ser um médico de MGF¹² representa uma ameaça aos CSP, pois pode resultar na ausência de um diretor clínico específico para os CSP. Esta situação compromete a representatividade e a força negocial dos médicos de família no conselho de administração das ULS, prejudicando a capacidade de identificar necessidades, a definição de planos estratégicos e, conseqüentemente, a gestão e a qualidade dos cuidados prestados traduz-se numa lacuna preocupante para os CSP, em que a maioria dos seus decisores pode passar a evidenciar desconhecimento sobre as suas particularidades.

Atribuição de tarefas fora das competências de MGF.

É fundamental que os Conselhos de Administração das



ULS não tenham o poder de atribuir aos profissionais de MGF tarefas que ultrapassem as suas competências, como a imposição de prestação de trabalho em serviços de urgência. Esta prática compromete a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados nos CSP, além de os desviar das suas funções e gerar sobrecarga e desgaste para os profissionais.

Responsabilidade do Diretor Clínico. O diretor clínico das ULS, no cumprimento da cultura organizacional já estabelecida em CSP, deve ser responsável pelas decisões de todos os grupos profissionais e não apenas pelos médicos. É essencial garantir uma gestão integrada e colaborativa, que valorize todas as competências e contributos para a promoção da saúde e o bem-estar dos utentes.

AMEAÇAS À CULTURA ORGANIZACIONAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Replicação de modelos hospitalares nos CSP. Nesta fase de mudança organizacional significativa observa-se uma tendência preocupante de replicar os modelos de gestão hospitalar nos CSP, em vez de promover uma disseminação da cultura organizacional dos CSP.

Incertezas na implementação de estruturas. Este cenário é agravado pela implementação de estruturas de CSP mal definidas, para além da medicina geral e familiar, onde a incerteza paira sobre o destino das antigas Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, das Unidades de Cuidados na Comunidade, das Unidades de Saúde Pública e das equipas de paliativos.

Perda de liderança no Plano de Recuperação e Resiliência (PRR). Além disso, assiste-se à perda de liderança do PRR, o que compromete a eficácia das medidas destinadas à recuperação do sistema de saúde.

Autonomia das USF. É essencial respeitar a autonomia das USF, nomeadamente na escolha dos seus elementos. Inclui a problemática dos concursos para recém-especialistas, onde as USF devem ter a liberdade de escolha dos profissionais que integram a equipa. Qualquer interferência neste processo compromete a eficácia e a coesão das equipas de saúde familiar.

Inadequação dos concursos às especificidades da MGE. A transição de um concurso nacional único para múltiplos concursos por ULS, com critérios e prazos

distintos, não tem respeitado as particularidades da MGE, gerando desigualdade de oportunidades e comprometendo quer a eficiência e prestação de cuidados aos utentes, quer a equidade e coesão entre os profissionais.

Erosão da cultura organizacional dos CSP. Paralelamente verifica-se uma erosão da cultura organizacional dos CSP, com a introdução de uma liderança hierárquica, o que ameaça o clima de colaboração interprofissional característico dos CSP, manifesto na sinergia da equipa de saúde familiar.

Preocupações relativas aos modelos de financiamento. O modelo de pagamento por capitação e o modelo de pagamento *money flows with the patient* são igualmente motivo de preocupação, uma vez que a sua implementação carece de clarificação sobre o seu funcionamento na prática e sobre as ferramentas necessárias para a sua gestão financeira.

Desafios na integração de cuidados. A integração de cuidados também se depara com desafios, dada a falta de um plano claro para a sua implementação em cada ULS, bem como a ausência de reflexão sobre o papel de entidades como a Administração Central do Sistema de Saúde, a Direção-Geral da Saúde, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e o Ministério da Saúde face à emergência de um novo interveniente macro como a direção executiva.

Deficiências na gestão de talento. Além disso, a gestão do talento carece de diretrizes claras quanto à contratação de profissionais, levantando questões sobre a equidade no recrutamento e a distribuição de recursos humanos entre as diferentes regiões. É essencial abordar estas ameaças de forma proativa e colaborativa, garantindo que as decisões tomadas promovam a sustentabilidade e a qualidade dos cuidados de saúde em todo o país.

REFLEXÕES FINAIS

A análise dos êxitos alcançados pela reforma dos CSP em Portugal leva-nos a direcionar o olhar para novos horizontes, novos desafios e, conseqüentemente, novas oportunidades de aprimoramento do SNS. A reforma das ULS terá de surgir como uma continuação natural e uma extensão lógica do esforço de melhoria contínua iniciado com os CSP, promovendo a sua autonomia e reforçando a sua importância.



Assim como a reforma dos CSP, a metamorfose das ULS deve ser concebida como um processo participativo e ascendente, fundamentado no envolvimento ativo e comprometido de todos os profissionais de saúde. É essencial que a criação e reconfiguração das ULS seja também um processo voluntário, participativo, guiado pela escolha das equipas, definição de planos de ação e autonomia de gestão, como observado na trajetória das USF.

Além disso, à luz dos resultados observados com a reforma dos CSP torna-se evidente que a reforma das ULS deve priorizar a eficiência, acessibilidade, qualidade e satisfação dos profissionais e cidadãos. Implica não apenas uma reestruturação organizacional, mas também a implementação de sistemas de informação eficazes e a melhoria contínua de modelos de remuneração por desempenho, contratualização e avaliação.

De igual modo, o apoio político e uma comunicação transparente e eficiente desempenham papéis imprescindíveis na viabilização e sustentabilidade dessa reforma. A criação de uma estrutura responsável pelo desenho e implementação da reforma, orientação nos procedimentos comuns, juntamente com uma interação contínua com os profissionais são imperativos para garantir o alinhamento, sucesso e aceitação desse processo.

Dever-se-á manter, de forma firme e convicta, o objetivo central de melhorar a acessibilidade dos utilizadores aos serviços de saúde e aprimorar a qualidade do atendimento. Tomando como exemplo a reforma dos CSP poder-se-á pavimentar o caminho para uma transformação igualmente impactante e eficaz no âmbito das ULS, consolidando, assim, o compromisso de Portugal com um sistema de saúde verdadeiramente exemplar e orientado para o bem-estar de todos os cidadãos.

Considerando as ameaças identificadas à organização dos CSP é evidente a necessidade premente de salvaguardar a integridade e eficácia dessas unidades no contexto das ULS. É fundamental que sejam implementadas medidas que garantam a representatividade dos médicos de família e a preservação das suas competências, bem como o respeito pelas especificidades e pela autonomia das equipas de saúde familiar. Além disso, é necessário que o papel do diretor clínico seja reforçado, assegurando uma gestão integrada e colaborativa que promova a excelência na prestação de cuidados de saúde e o bem-estar dos utentes.

O processo de implementação de ULS tem condicionantes que o impedem de ser um modelo transversal às diferentes realidades geográficas de todo o SNS.

Neste sentido, a adoção de medidas que promovam a criação e fortalecimento de ACeS, I.P., conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, é uma via promissora para enfrentar os desafios e incertezas que permeiam o sistema de saúde em Portugal. Ao conferir autonomia administrativa e capacidade de intervenção ampla, os ACeS surgem como uma alternativa às ULS e uma estrutura capaz de potencializar a eficácia na prestação de CSP, enquanto se alinham com as competências de governação nacional. Assim, é de extrema relevância que sejam tomadas medidas concretas e assertivas para promover a implementação e consolidação dos ACeS, garantindo assim a melhoria contínua do SNS e o bem-estar dos cidadãos portugueses.

Para assegurar a excelência e eficiência dos cuidados de saúde em Portugal é premente promover uma cultura de colaboração e liderança na governação clínica. Além disso, é fundamental garantir a representação adequada dos médicos de família nos grupos de trabalho responsáveis pela tomada de decisões políticas relacionadas com o SNS, reconhecendo o seu papel vital na prestação de cuidados à população portuguesa.

É essencial uma abordagem concertada entre os diversos intervenientes, incluindo profissionais de saúde, gestores e autoridades reguladoras, visando a implementação de políticas e práticas que protejam e fortaleçam os CSP dentro das ULS. Somente através de um compromisso conjunto e da adoção de medidas concretas é possível garantir que os CSP continuem a desempenhar o seu papel fundamental na promoção da saúde da população, oferecendo cuidados acessíveis, eficazes e centrados no paciente em todo o território nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Diário da República. I Série;(215).
2. Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar. Aposta nas Unidades Locais de Saúde – ULS é um erro! A pouca evidência disponível não favorece as ULS (comunicado) [homepage]. Porto: USF-AN; 2022 Dec 19. Available from: Acedido online em <https://usf-an.pt/aposta-nas-unidades-locais-de-saude-uls-e-um-erro-a-pouca-evidencia-disponivel-nao-favorece-as-uls/>
3. Goiana-da-Silva F, Sá J, Cabral M, Guedes R, Vasconcelos R, Sarmento



- J, et al. The Portuguese NHS 2024 reform: transformation through vertical integration. *Front Public Health*. 2024;12:1389057.
4. Pereira AL, Beça DC, Antunes JP, Azevedo M, Macedo R, Costa I, et al. AVALIA-ULS – Análise das vantagens e limitações das Unidades Locais de Saúde: perspectivas da medicina geral e familiar (parte I). *Rev Port Gestão Saúde*. 2024;(37):18-22.
 5. Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde [Internet]. Porto: ERS; 2015. Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf
 6. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto. *Diário da República*. I Série;(161).
 7. Pisco L. Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde [Primary healthcare reform in Portugal on two fronts: autonomous family healthcare units and management of groupings of health centers]. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(6):2841-52. Portuguese
 8. Pereira AL, Ramalho A, Viana J, Hespanhol AP, Freitas A, Biscaia A. The effect of commissioning on Portuguese primary health care units' performance: a four-year national analysis. *Health Policy*. 2021;125(6): 709-16.
 9. Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. *Diário da República*. I Série;(215).
 10. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. *Diário da República*. I Série;(38).
 11. Pereira AL. The role of primary healthcare commissioning in the performance of primary healthcare units and healthcare equity in Portugal [dissertation]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2023. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/155663>
 12. Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. *Diário da República*. I Série;(150).
 13. Decreto-Lei n.º 126/2019, de 29 de agosto. *Diário da República*. I Série;(165).
 14. Serviço Nacional de Saúde. Reinventar os ACeS [homepage]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019 Sep 12 [cited 2024 Sep 06]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/12/reinventar-os-aces/>

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, DCB; redação do *draft* original, DCB, ALP e MA; revisão, validação e edição do texto final, DCB, ALP, MA e JPA.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Deolinda Chaves Beça

E-mail: deogeo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5942-3555>

Recebido em 16-05-2024

Aceite para publicação em 02-10-2024

ABSTRACT

EVOLUTION OF PRIMARY HEALTH CARE IN PORTUGAL: LEARNED LESSONS AND FUTURE PERSPECTIVES

The reform of primary healthcare (PHC) in Portugal, initiated in 2007 with the creation of Family Health Units (FHU) and Health Center Groups (ACeS), marked a significant turning point in restructuring the National Health Service (NHS). However, implementing Local Health Units (LHU) in 2024 poses challenges and uncertainties that require a well-founded, evidence-based approach. An analysis of healthcare professionals' expectations revealed concerns such as the limited autonomy of FHUs and the unequal distribution of investments between primary and secondary care, emphasizing the need for transparent, participatory dialogue in NHS reforms. The exclusion of healthcare professionals from LHU-related decision-making and the absence of bottom-up planning undermines the acceptance and efficacy of the model. Furthermore, threats to the clinical leadership of PHC, including legislation on the appointment of clinical directors and loss of autonomy, are critical issues that necessitate proactive measures to preserve the integrity and effectiveness of these units. Organizational challenges, such as the replication of hospital-centric management models that fail to address the specificities of PHC and a diminished leadership role in executing the Recovery and Resilience Plan, further jeopardize the organizational culture and performance of PHC. To secure the effectiveness and quality of PHC within LHU, it is crucial to implement strategies that engage professionals, bolster clinical leadership, and protect the autonomy of family health teams. The establishment of ACeS, I.P., offers a viable alternative by granting administrative independence and enhancing efficiency in PHC delivery. All these efforts must be driven by a unified commitment and collaborative strategy aimed at the ongoing improvement of the NHS and the well-being of the Portuguese population.

Keywords: Primary health care; Organization and administration; Family practice; Health policy; Delivery of health care, Integrated.