

[Projeto de Lei n.º 812/XV/1.ª \(CH\)](#)

Título: Altera o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, de forma a garantir o acesso universal a Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar

Data de admissão: 5 de junho de 2023

Comissão de Saúde (9.ª)

ÍNDICE

I. A INICIATIVA

II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS

III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL

IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL

V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

Elaborada por: António Almeida Santos (DAPLEN), Fernando Ribeiro e Rui Brito (DILP), João Oliveira (BIB), Gonçalo Sousa Pereira e Inês Mota (DAC).

Data: 29/06/2023

I. A INICIATIVA

A presente iniciativa legislativa visa aumentar em 25% o valor dos suplementos das Unidades Contratualizadas (UC) e conferir uma compensação remuneratória a todos os médicos que se fixem nas Unidades de Saúde Familiar (USF) com mais de 30% de utentes inscritos sem médico de família atribuído.

Os proponentes começam por aludir aos dados do Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dando nota que em abril de 2023 existiam, em Portugal, 1.678.226 utentes sem médico de família atribuído.

Acrescentam que os números variam de acordo com a região e apontam como «áreas mais críticas» as de Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Alentejo, referindo que nestas regiões existem Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) em que o número de utentes inscritos sem médico atribuído excede os 40%.

Sublinham que o direito à saúde é um valor elementar, que os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar assumem uma importância capital «na prevenção e na promoção da saúde global», que o acesso aos cuidados de saúde primários é fundamental a vários níveis, entre os quais, o económico e que terá falta de médico de família leva a que os utentes usem os serviços de urgência em situações não urgentes, gerando pressão sobre aqueles serviços.

Aludem ainda aos dados dos Censos 2021, relativos à probabilidade de ocorrência de morbilidades, ao índice da qualidade de vida e bem-estar dos portugueses e ao documento denominado «Estado da saúde em Portugal – Perfil de saúde do país 2021» da Comissão Europeia para concluir que deve ser prioritária a resolução do «problema dos utentes “sem médico”» e que é imperativo fixar médicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Ao mesmo tempo, dando nota da criação de várias USF – Modelo B, sob a forma de Parceria Público-privada – em que o setor privado é, conjuntamente com o setor público, responsável pela gestão das unidades –, referem que este modelo demonstrou ser eficaz e capaz de atrair profissionais.

Aludindo a declarações do Ministro da Saúde e a declarações de responsáveis da Ordem dos Médicos e do Sindicato Independente dos Médicos, bem como ao número de USF, concluem que a pretensão do Governo de garantir uma cobertura total do SNS a todos os portugueses «está longe de ser concretizada».

Por fim, defendem que se deve apostar na valorização das carreiras e dos salários e na melhoria das condições de trabalho dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar para que seja possível fixar estes profissionais de saúde nas USF e atrair recém-especialistas.

A iniciativa legislativa tem três artigos: o primeiro estabelece o seu objeto, o segundo altera o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto e o último estabelece a entrada em vigor da lei a aprovar.

II. APRECIÇÃO DOS REQUISITOS CONSTITUCIONAIS, REGIMENTAIS E FORMAIS

▪ Conformidade com os requisitos constitucionais e regimentais

A iniciativa em apreciação é apresentada pelos Deputados do Chega (CH), ao abrigo e nos termos do n.º 1 do artigo 167.º da [Constituição da República Portuguesa](#)¹ (Constituição) e do n.º 1 do artigo 119.º do [Regimento da Assembleia da República](#) (Regimento), que consagram o poder de iniciativa da lei. Trata-se de um poder dos Deputados, por força do disposto na alínea *b*) do artigo 156.º da Constituição e na alínea *b*) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, bem como dos grupos parlamentares, por força do disposto na alínea *g*) do n.º 2 do artigo 180.º da Constituição e da alínea *f*) do artigo 8.º do Regimento.

Assume a forma de projeto de lei, em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 119.º do Regimento, encontra-se redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma breve exposição

¹ As ligações para a Constituição e para o Regimento são feitas para o portal oficial da Assembleia da República.

de motivos, cumprindo os requisitos formais previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento.

Encontram-se igualmente respeitados os limites à admissão das iniciativas previstos no n.º 1 do artigo 120.º do Regimento, uma vez que este projeto de lei define concretamente o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa e parece não infringir princípios constitucionais.

No que respeita à lei travão, a questão apenas fica totalmente salvaguardada caso se verifique uma alteração na redação da norma de entrada em vigor, retirando a referência à aprovação «após» o Orçamento do Estado e referindo-se apenas à entrada em vigor «com o Orçamento do Estado».

O projeto de lei em apreciação deu entrada a 5 de junho de 2023, tendo sido junta a [ficha de avaliação prévia de impacto de género](#). Foi admitido a 5 de junho e baixou, na generalidade, à Comissão de Saúde (9.ª), no mesmo dia, por despacho do Presidente da Assembleia da República.

▪ **Verificação do cumprimento da lei formulário**

[A lei formulário](#)² estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, identificação e formulário dos diplomas que são relevantes em caso de aprovação da presente iniciativa, pelo que deverá ser tida em conta no decurso do processo da especialidade na Comissão e aquando da redação final.

O título da presente iniciativa legislativa – «Altera o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, de forma a garantir o acesso universal a Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar» - traduz sinteticamente o seu objeto, mostrando-se conforme ao disposto no n.º 2 do artigo 7.º da lei formulário, embora possa ser objeto de aperfeiçoamento formal em sede de apreciação na especialidade ou em redação final.

² A Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela Lei n.º 43/2014, de 11 de julho, que estabelece um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas.

O projeto de lei em análise altera o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, e, segundo o n.º 1 do artigo 6.º da lei formulário, «Os diplomas que alterem outros devem indicar o número de ordem da alteração introduzida e, caso tenha havido alterações anteriores, identificar aqueles diplomas que procederam a essas alterações, ainda que incidam sobre outras normas», o que não acontece. Após consulta do *Diário da República* eletrónico, verifica-se que o referido decreto-lei foi alterado pelo Decreto-Lei n.º 73/2017, de 21 de junho, e pela Lei n.º 20/2022, de 18 de novembro, pelo que, em caso de aprovação, esta será a terceira alteração. Pelo exposto, deve acrescentar-se esta informação, preferencialmente ao artigo 1.º da iniciativa.

Quanto à entrada em vigor da iniciativa, esta determina que terá lugar após a aprovação do Orçamento do Estado subsequente, nos termos do artigo 4.º do projeto de lei em análise. Aconselha-se a concretização da data de entrada em vigor (nos termos acima referidos, quando da avaliação dos requisitos constitucionais), uma vez que a expressão «após a aprovação do Orçamento do Estado» não permite inferir qualquer data específica, o que leva a aplicar-se o disposto no n.º 2 do artigo 2.º da lei formulário, segundo o qual «Na falta de fixação do dia, os diplomas referidos no número anterior entram em vigor (...) no 5.º dia após a publicação».

Em caso de aprovação, a iniciativa em apreço revestirá a forma de lei, sendo objeto de publicação na 1.ª série do *Diário da República*, nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 3.º da lei formulário.

Nesta fase do processo legislativo, a iniciativa em análise não nos suscita outras questões no âmbito da lei formulário.

III. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NACIONAL

Nos termos do n.º 1 do [artigo 64.º³](#) da [Constituição](#), «todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover». Estabelece, ainda, a alínea a) do n.º 2 que aquele direito é realizado, nomeadamente, «através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos,

³ Texto consolidado retirado do portal na *Internet* da Assembleia da República. Todas as referências à Constituição são feitas para o referido portal. Consultas efetuadas a 14/06/2023.

tendencialmente gratuito». Acrescentam as alíneas a), b) e d) do n.º 3 que incumbe prioritariamente ao Estado «garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação»; «garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde»; e «disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade».

No desenvolvimento da norma constitucional, o SNS foi criado pela [Lei n.º 56/79](#), de 15 de setembro⁴ (versão consolidada)⁵, que define o SNS como sendo constituído pela rede de órgãos e serviços previstos na lei e atua de forma articulada e sob direção unificada, com gestão descentralizada e democrática, visando a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população ([artigo 2.º](#)). O seu acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social (n.º 1 do [artigo 4.º](#)), garantia esta que compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, envolvendo todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social ([artigo 6.º](#)). O acesso às prestações é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS e, enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excecionalmente, mediante reembolso direto dos utentes ([artigo 15.º](#)).

Também em aplicação do preceito constitucional e em anexo à [Lei n.º 95/2019](#), de 4 de setembro⁶, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (LBS), prevendo o n.º 4 da Base 1

⁴ Diploma retirado do sítio da *Internet* do [Diário da República Eletrónico](#). Todas as referências legislativas são feitas para este portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas a 14/06/2023. Vd. [trabalhos preparatórios](#).

⁵ A Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, foi alterada pelo [Decreto-Lei n.º 254/82](#), de 29 de junho, e pelo [Decreto-Lei n.º 361/93](#), de 15 de outubro. O [Acórdão 39/84](#) declarou a inconstitucionalidade, com força obrigatória geral, nos termos e para os efeitos dos artigos 281.º e 282.º da Constituição, do artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, na parte que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º a 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

⁶ [Trabalhos preparatórios](#).

que o «Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais». Determinam, ainda, as Bases 6 e 25 que a «responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde se efetiva primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada»; e que tendo «em vista a prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade».

De acordo com o previsto no n.º 3 da Base 20 da LBS «o SNS dispõe de estatuto próprio, tem organização regionalizada e uma gestão descentralizada e participada», tendo o [Decreto-Lei n.º 23/2019](#), de 30 de janeiro (versão consolidada), concretizado o quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais no domínio da saúde. Por sua vez, o [Decreto-Lei n.º 23/2020](#), de 22 de maio, estabeleceu as regras para a celebração de contratos de parceria de gestão na área da saúde, em desenvolvimento do n.º 1 da Base 6 do mesmo diploma que prevê que «a responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde se efetiva primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada».

O atual Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 52/2022](#), de 4 de agosto, (versão consolidada), dispõe no n.º 3 do [artigo 38.º](#) que as USF «são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica, que desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos e que garantem aos cidadãos nelas inscritos uma carteira básica de serviços, constando o seu regime de diploma próprio.»

O regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir

aos elementos que integrem as USF de modelo B foi aprovado pelo [Decreto-Lei n.º 298/2007](#), de 22 de agosto,(versão consolidada), retificado pela [Declaração de Retificação n.º 81/2007](#), de 12 de setembro, e alterado pelo [Decreto-Lei n.º 73/2017](#), de 23 de junho, e pela [Lei n.º 20/2022](#), de 18 de novembro.⁷

Nos termos do n.º 1 do [artigo 3.º](#) do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, as USF «são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C». A sua atividade desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde (n.º 4 do artigo 3.º). Estabelece, ainda, o n.º 2 do mesmo artigo e diploma que «a equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável».

O n.º 3 do artigo 3.º do mesmo diploma determina que as USF se podem organizar em três modelos de desenvolvimento. A cada um destes modelos correspondem processos distintos de retribuição do desempenho, definidos de acordo com a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, aprovados pelo [Despacho n.º 24101/2007](#), de 22 de outubro, publicado no Diário da República n.º 203, II Série, de 22 de outubro de 2007.

A presente iniciativa pretende alterar os artigos [9.º](#) - *Listas de utentes e famílias* – e [30.º](#) - *Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos médicos*.

A lista de critérios e a metodologia foram elaboradas pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)⁸, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., e a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. e constam do anexo ao Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro, segundo o qual a diferenciação entre os modelos de unidades de saúde familiar (USF) resulta de três dimensões estruturantes:

⁷ [Trabalhos preparatórios](#).

⁸A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), foi criada, na dependência direta do Ministro da Saúde com a natureza de estrutura de missão, pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005](#), de 12 de outubro, para a condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

- a) O grau de autonomia organizacional;
- b) A diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais;
- c) O modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

Os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se do seguinte modo:

«a) Modelo A:

- i) Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar;
- ii) Compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF;

b) Modelo B:

- i) Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos;
- ii) Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto;

c) Modelo C:

- i) Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração

regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído;

ii) Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos».

Quanto aos critérios e às condições para a atribuição de incentivos institucionais às USF modelos A e B e às unidades de cuidados saúde personalizados (UCSP) e de incentivos financeiros aos profissionais que integram as USF modelo B com fundamento em melhorias de acessibilidade, gestão da saúde e doença, ganhos de eficiência, efetividade, qualidade dos cuidados prestados, satisfação dos utilizadores e redução da despesa inapropriada, foram definidos pela [Portaria n.º 212/2017](#), de 19 de julho.

Por último, é de referir que segundo o relatório de estudo «[O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde primários em Portugal 2021/2022](#)»⁹, existiam, em setembro de 2022, 603 USF com 12 828 profissionais a exercer nelas a sua atividade (4 027 Médicos de Família, 1 816 Internos de Formação Especifica em Medicina Geral e Familiar, 4 029 Enfermeiros de Família e 2 956 Secretários Clínicos)¹⁰.

No [Portal da Transparência](#)¹¹ do SNS está disponível o número de Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários.

Realçamos ainda o relatório da Comissão Europeia sobre o “[Estado da Saúde em Portugal – Perfil de saúde do país 2021](#)”¹².

⁹ Consiste na mais recente versão disponibilizada do estudo promovido, desde 2011, pela Associação Nacional das USF (www.usf-an.pt). O objetivo geral é conhecer o estado atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, a satisfação associada e o desenvolvimento estrutural e organizacional das USF, comparando os resultados com anos anteriores. A sua Finalidade é Monitorizar e apoiar a evolução da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.

¹⁰ Cfr. página 34 do Relatório.

¹¹ <https://transparencia.sns.gov.pt/> Consultas efetuadas a 14/06/2023.

¹² https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf Consultas efetuadas a 14/06/2023.

IV. ENQUADRAMENTO JURÍDICO NA UNIÃO EUROPEIA E INTERNACIONAL

▪ Âmbito da União Europeia

A organização e a prestação de cuidados de saúde são da competência das autoridades nacionais. A [Política de Saúde da União Europeia](#) (UE) visa complementar as políticas nacionais, ajudando a alcançar objetivos comuns, gerando economias de escala, partilhando recursos e ajudando os países da UE a fazer face a problemas comuns, como as pandemias, as doenças crónicas ou o impacto do aumento da esperança de vida nos sistemas de saúde. O Tratado de Funcionamento da União Europeia ([TFUE](#)) dispõe no seu artigo 168.º que “na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde”, encontrando-se o mesmo princípio referido no artigo 35.º da [Carta dos Direitos Fundamentais da UE](#).

Na sua [comunicação sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes](#), a Comissão apresentou recomendações destinadas a ajudar os sistemas nacionais de saúde a fazer face aos desafios e às pressões que enfrentam para que possam prestar cuidados de saúde de elevada qualidade.

A ação da UE em matéria de [saúde pública](#) visa proteger e melhorar a saúde dos cidadãos da UE, apoiar a modernização das infraestruturas de saúde e melhorar a eficiência dos sistemas de saúde na Europa, concentrando-se principalmente na prevenção e na resposta às doenças. Assim, o [Programa de Saúde da UE](#) define a estratégia para garantir um bom estado de saúde e bons cuidados de saúde, contribuindo para a [Estratégia Europa 2020](#) que ambiciona tornar a Europa numa economia inteligente, sustentável e inclusiva, abrindo o caminho para uma [União Europeia da Saúde](#). O Programa de Saúde da UE é aplicado através de programas de trabalho anuais que apoiam uma vasta gama de ações que se agrupam em quatro vertentes principais, com uma incidência transversal no cancro: preparação para situações de crise, promoção da saúde e prevenção das doenças, sistemas de saúde e profissionais de saúde e a área digital.

Relativamente aos profissionais de saúde, a capacidade dos sistemas de saúde para prestar serviços de saúde e dar resposta à evolução constante da procura de cuidados de saúde depende, em grande parte, da disponibilidade de recursos humanos com as competências e a flexibilidade adequadas. A iniciativa [Situação da saúde na UE](#) e o

respetivo relatório de acompanhamento tem por objetivo tornar os sistemas de saúde, os conhecimentos especializados e as boas práticas facilmente acessíveis aos decisores políticos e a todos os que contribuem para a definição das políticas de saúde. Gerido pela Comissão Europeia, a iniciativa reúne os dados mais recentes sobre a saúde, apresentando uma série de relatórios e a publicação de [perfis de saúde por país](#), os quais incluem um [relatório de acompanhamento](#).

Acresce, a Comissão Europeia presta apoio financeiro a um conjunto de iniciativas que visam promover [reformas](#) no que se refere a diversas questões fundamentais relacionadas com o pessoal de saúde, nomeadamente no que diz respeito ao reconhecimento mútuo das qualificações profissionais¹³, a mobilidade e migração dos profissionais da saúde e o seu impacto nos sistemas de saúde, estratégias de recrutamento e retenção efetiva e o desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais de saúde.

- **Âmbito internacional**

Países analisados

Apresenta-se, de seguida, o enquadramento internacional referente a: Espanha e França.

ESPANHA

A [Constitución Española](#)¹⁴ reconhece o [direito à proteção na saúde](#)¹⁵ no seu [artículo 43](#), determinando igualmente que compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública através de medidas preventivas e dos serviços necessários. Na divisão de

¹³ A [Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais](#) instituiu um quadro jurídico europeu para o reconhecimento mútuo das qualificações profissionais pelos países da UE, designadamente relativamente aos profissionais da área da saúde. A [Diretiva 2013/55/UE](#) alterou a referida diretiva, simplificando as regras aplicáveis a fim de permitir que os profissionais da saúde e de outras profissões regulamentadas possam exercer ainda mais facilmente a sua atividade noutros países da UE.

¹⁴ Diploma consolidado retirado do portal oficial *boe.es*. Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas a Espanha são feitas para o referido portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas em 12/06/2023.

¹⁵ <https://tramites.seg-social.es/tramites/asistencia>

competências entre o Estado e as Comunidades Autónomas, estas podem, nos termos do [artículo 148](#) da Lei Fundamental, assumir competências sobre saúde e higiene, reservando o Estado para si as competências sobre as bases e coordenação geral da saúde ([artículo 149](#)).

O Estado aprovou a [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), que, enquanto lei de bases, determina no n.º 2 do [artículo 1](#) que todos os espanhóis, e cidadãos estrangeiros com residência estabelecida em território espanhol, têm direito à proteção da sua saúde e aos cuidados de saúde. O n.º 3 do [artículo 3](#) reforça que os cuidados de saúde públicos se estenderão a toda a população espanhola, sendo o acesso e os cuidados de saúde realizados em condições de efetiva igualdade. O n.º 7 do [artículo 10](#) reconhece o direito do utente a que seja atribuído um médico que será o seu interlocutor principal com a equipa de assistência médica; e o n.º 13 a poder escolher o médico e outros profissionais de saúde. O [artículo 14](#) prevê que este direito seja regulado pelos poderes públicos quanto à aplicação do direito de escolha na área de cuidados primários, sendo possível escolher o médico em toda a área da cidade quando esta for superior a 250.000 habitantes, o que aconteceu com a aprovação do [Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud](#).

A prestação de cuidados primários de saúde assenta nas *Áreas de Salud*, demarcações territoriais reguladas nos [artículos 56 a 69](#) da referida *Ley General de Sanidad*. A alínea a) do n.º 2 do [artículo 56](#) prevê que, no âmbito desses cuidados primários de saúde, através de fórmulas de trabalho em equipa, serão atendidos o indivíduo, a família e a comunidade; desenvolvendo, por meio de programas, funções de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde, quer através dos seus meios básicos quer das equipas de apoio de cuidados básicos.

O *Sistema Nacional de Salud* espanhol é organizado com base nas disposições do [Título III](#) da mesma *Ley General de Sanidad*, que reparte responsabilidades entre o Estado e as Comunidades Autónomas, como estipulado no [artículo 4](#), segundo o qual tanto o Estado como as Comunidades Autónomas organizam e desenvolvem as suas ações, no âmbito da saúde, inseridas numa conceção integral do sistema de saúde e que as Comunidades Autónomas criarão os seus serviços de saúde dentro do quadro dessa lei e dos seus Estatutos de Autonomia.

As estruturas de saúde encontram-se reguladas no [Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud](#), que estabelece princípios gerais que permitem a criação e implementação das «zonas de saúde», a que se atribuem funções integradas de promoção, prevenção, assistência e reabilitação dirigidas tanto ao indivíduo como aos grupos sociais e às comunidades em que se inserem. As zonas de saúde correspondem a uma demarcação populacional e geográfica fundamental dentro do quadro territorial dos cuidados de saúde primários, sendo que a sua delimitação se faz entre as Comunidades Autónomas.

Este diploma prevê a existência de centros de saúde no [artículo 2](#), enquanto estruturas físicas e funcionais que possibilitam o desenvolvimento de um sistema de cuidados de saúde primários coordenado globalmente e prestados de forma abrangente, permanente e continuada, e de equipas de cuidados primários no [artículo 3](#), compostas por médicos, enfermeiros, funcionários técnicos, farmacêuticos, veterinários e assistentes sociais, entre outros, e que correspondem ao conjunto de profissionais de saúde e técnicos que exercem as suas funções na zona de saúde. O [artículo 5](#) define as funções das equipas de cuidados primários, que inclui a assistência e promoção da saúde entre a população. O n.º 2 do [artículo 8](#) reforça o direito à livre escolha do médico.

O quadro legal para as ações de coordenação e cooperação das administrações públicas da saúde, bem como para o exercício das suas competências de modo a assegurar a todos os cidadãos o acesso ao Serviço Nacional de Saúde, garantindo a equidade, qualidade e participação social é fixado pela [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#). A prestação de cuidados primários de saúde é definida no [artículo 12](#).

O estatuto remuneratório dos profissionais de saúde está regulado na [Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario](#)¹⁶ de los servicios de salud. Nos termos do seu [artículo 2](#), esta lei aplica-se ao pessoal que desempenha funções nos centros e instituições de saúde das comunidades autónomas e nos centros e serviços de saúde da Administração do Estado.

¹⁶ De acordo com o preâmbulo desta lei, «la expresión 'personal estatutario' [...] deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal - el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones».

FRANÇA

A [Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, conhecida como a *Loi Kouchner*, foi um impulso relevante no tema dos direitos dos doentes e da qualidade do sistema de saúde, tendo introduzido diversas alterações no [Code de santé publique](#)¹⁷, o qual garante a efetivação do direito fundamental da proteção na saúde através de todos os meios disponíveis.

Entre essas alterações inclui-se o aditamento dos *Droits de la personne*, vertidos nos [articles L1110-1 a L1110-13](#) desse código, nomeadamente o disposto no [article L1110-1](#), segundo o qual os profissionais e os estabelecimentos de saúde, as companhias de seguros de saúde, todos os organismos envolvidos na prevenção e nos cuidados de saúde e as autoridades sanitárias devem contribuir, no âmbito das respetivas competências, para a prevenção na saúde e a garantia de acesso aos cuidados de saúde adequados à situação de cada um, assegurando a continuidade dos cuidados e a melhor segurança sanitária possível.

A definição da política de saúde é da responsabilidade do Estado, sendo as agências regionais de saúde (ARS) as responsáveis por, em cada região, definir e executar um conjunto de programas e de ações destinados à realização dos objetivos fixados nessa política. Estas agências, previstas nos [articles L1431-1 e seguintes](#) do *Code de santé publique*, asseguram a coordenação do atendimento e o acesso equitativo a cuidados de qualidade, garantindo uma gestão coerente dos recursos, e adaptam as políticas nacionais aos seus contextos regionais, através de programas regionais de saúde (PRS), compostos por esquemas regionais de prevenção, esquemas regionais de organização dos cuidados de saúde (SROS), bem como esquemas médico-sociais para as pessoas idosas ou dependentes.

A nível local, as estruturas e os profissionais de saúde organizam-se, sob a supervisão das ARS, de modo a permitir uma prestação de cuidados gradual dos pacientes de acordo com a idade: cuidados de «primeiro recurso» por parte de um médico de clínica geral, que assegura a orientação do paciente; cuidados de «segundo recurso»,

¹⁷ Diploma consolidado retirado do portal oficial legifrance.gouv.fr. Todas as ligações eletrónicas a referências legislativas relativas a França são feitas para o referido portal oficial, salvo indicação em contrário. Consultas efetuadas em 15/06/2023.

dispensados pelos médicos especialistas e os estabelecimentos de saúde, ou estruturas adaptadas como os centros hospitalares universitários.

As agências regionais de saúde podem celebrar contratos de início de atividade com estudantes de medicina que preencham determinados requisitos ou com médicos exercendo a atividade de modo liberal, de modo a cumprir os objetivos acima referidos.

Em 1999 foi criada a *Couverture Maladie Universelle* (CMU), através da [Loi n° 99-641, du 27 de juillet](#). Este sistema inclui todas as pessoas de nacionalidade francesa ou estrangeira, com ou sem domicílio fixo, desde que residam em França de forma regular há mais de 3 meses e não estejam cobertas por outro regime de segurança social. A partir de 2016 esta proteção foi substituída pela [protection universelle maladie¹⁸](#) (*Puma*), regulada nos [articles L160-1 a L160-7](#) do [Code de la sécurité sociale](#).

Um [relatório¹⁹](#) de 2022 do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, relativo ao vigésimo aniversário da anteriormente mencionada *Loi Kouchner*, aborda nas páginas 38-40 a evolução da relação médico-utente após a entrada em vigor deste diploma. Embora reconhecendo a importância do médico de família os utentes referem ser, no pós-Covid19, "difícil encontrar um 'médico de família' como antes", "perdemos um pouco a noção do verdadeiro médico de família do passado, que pena!", e se "perde-se a noção de médico de família. O desaparecimento do médico de família torna esta relação menos eficaz devido à falta de conhecimento do ambiente do paciente em particular". Um outro [relatório](#), este de 2018, elaborado pelo *SAMU – Urgences de France*, referia na página 3 que o modelo anterior, que assentava nos médicos de família que orientavam preventivamente os pacientes pelo sistema hospitalar, tinha sido substituído por um sistema assente nas urgências, que depois orienta os doentes dentro do sistema hospitalar.

¹⁸ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>

¹⁹ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1hn8dmd/cnom_rapport_corap_20_ans_loi_kouchner.pdf

V. ENQUADRAMENTO PARLAMENTAR

▪ Iniciativas pendentes (iniciativas legislativas e petições)

Efetuada uma pesquisa na base de dados da Atividade Parlamentar (AP), verifica-se que sobre matéria idêntica ou conexas:

- Está pendente, a seguinte iniciativa legislativa:

- [Projeto de Lei n.º 511/XV/1.ª \(BE\)](#) - «Constituição de Unidades de Saúde Familiar e eliminação da possibilidade de entrega dos cuidados de saúde primários a entidades privadas (Alteração ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto)».

- Tramitaram, na presente Legislatura, as seguintes iniciativas:

- [Projeto de Lei n.º 181/XV/1.ª \(IL\)](#) - «Regulamentação e implementação das Unidades de Saúde Familiar de modelo C (Alteração ao decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, na sua redação atual)»;
- [Projeto de Lei n.º 187/XV/1.ª \(PCP\)](#) - «Autonomia dos estabelecimentos e unidades do Serviço Nacional de Saúde e alargamento da autorização para a realização de investimentos e despesas não previstas»;
- [Projeto de Lei n.º 191/XV/1.ª \(L\)](#) - «Alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, na sua redação atual, que aprova o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e ao Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, que aprova o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiares»;
- [Projeto de Lei n.º 192/XV/1.ª \(BE\)](#) - «Reforço dos cuidados de saúde primários com médico e equipa de família para todos os utentes e universalização do acesso a cuidados de saúde oral, mental e outros»;
- [Projeto de Lei n.º 193/XV/1.ª \(BE\)](#) - «Medidas para aumentar o número de profissionais e promover a estabilidade de equipas no Serviço Nacional de Saúde»;
- [Projeto de Lei n.º 197/XV/1.ª \(PAN\)](#) - «Aprova o regime de dedicação exclusiva aplicável aos profissionais de saúde»,
 - **Todos rejeitados, na generalidade, na sessão plenária do dia 30 de junho de 2022.**

- [Projeto de Lei n.º 31/XV/1.ª \(PCP\)](#) - «Alargamento dos incentivos para a fixação de profissionais de saúde em unidades e áreas geográficas com carências em saúde»;
- [Projeto de Lei n.º 158/XV/1.ª \(BE\)](#) - «Incentivos para fixação de profissionais de saúde em áreas carenciadas»;
- [Projeto de Lei n.º 172/XV/1.ª \(PAN\)](#) - «Altera o regime de incentivos para fixação de profissionais de saúde em áreas carenciadas, procedendo à alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho»,
 - **Todos rejeitados, na generalidade, na sessão plenária do dia 8 de julho de 2022.**
- [Projeto de Lei n.º 30/XV/1.ª \(PCP\)](#) - «Regime de dedicação exclusiva no Serviço Nacional de Saúde»;
- [Projeto de Lei n.º 268/XV/1.ª \(CH\)](#) - «Alteração ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de Agosto, no sentido de assegurar o direito à saúde dos cidadãos e altera o regime de dedicação plena»;
- [Projeto de Lei n.º 276/XV/1.ª \(BE\)](#) - «Regime de exclusividade no Serviço Nacional de Saúde»,
 - **Todos rejeitados, na generalidade, na sessão plenária do dia 16 de setembro de 2022.**
- [Projeto de Resolução n.º 138/XV/1.ª \(L\)](#) - «Recomenda ao Governo a criação de um Programa “Regressar Saúde”, dirigido especificamente a profissionais de saúde», que foi aprovado em 14 de outubro de 2022, **que deu origem à [Resolução da Assembleia da República n.º 76/2022, de 8 de novembro](#).**
- [Projeto de Resolução n.º 129/XV/1.ª \(IL\)](#) - «Médico de Família para Todos os Utentes»;
- [Projeto de Resolução n.º 133/XV/1 \(CH\)](#) - «Pela atribuição de um médico de medicina geral e familiar a todos os cidadãos»;
- [Projeto de Resolução n.º 134/XV/1.ª \(PCP\)](#) - «Salvar e Valorizar o Serviço Nacional de Saúde e valorizar os seus profissionais»
 - **Todos rejeitados, na generalidade, na sessão plenária do dia 30 de junho de 2022.**

Estão pendentes os seguintes projetos de resolução:

- [Projeto de Resolução n.º 715/XV/1.ª \(PAN\)](#) - «Recomenda ao Governo que atribua às unidades de saúde familiar, modelos A e B, e às unidades de cuidados de saúde personalizados os incentivos institucionais, previstos no Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, e na Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho»;
- [Projeto de Resolução n.º 733/XV/1.ª \(CH\)](#) - «Promove a otimização do serviço prestado pelos Médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar no Serviço Nacional de Saúde»;
- [Projeto de Resolução n.º 749/XV/1.ª \(CH\)](#) - «Pela defesa da especialidade de Medicina Geral e Familiar»;
- O [Projeto de Resolução n.º 798/XV/1.ª \(PSD\)](#) - «Médico de Família para todos» deu entrada no dia 26 de junho de 2023;

- **Antecedentes parlamentares:**

Compulsada a AP, verifica-se que, na anterior Legislatura, sobre matéria conexas, tramitaram os seguintes projetos de resolução:

- [Projeto de Resolução n.º 1156/XIV/2.ª \(PCP\)](#) - «Pelo Reforço da Estrutura de Saúde Pública»;
- [Projeto de Resolução n.º 1373/XIV/2.ª \(BE\)](#) - «Reforço da saúde pública em Portugal»
 - **Que deram origem à [Resolução da Assembleia da República n.º 346/2021, de 22 de dezembro](#).**

 - [Projeto de Resolução n.º 1158/XIV/2.ª \(PCP\)](#) - «Reforço da Capacidade do Serviço Nacional de Saúde»
 - **Que caducou no final da Legislatura.**

VI. CONSULTAS E CONTRIBUTOS

A Comissão de Saúde poderá, em sede de discussão na especialidade, solicitar parecer, ou proceder à audição, designadamente, do Ministro da Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-NA).

VII. ENQUADRAMENTO BIBLIOGRÁFICO

BISCAIA, André Rosa [et al.] – **O momento atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2021/2022** [Em linha] : **questionários aos coordenadores de USF : relatório do estudo**. Lisboa : USF-NA, 2022. [Consult. 7 jun. 2023]. Disponível em

WWW:<URL:https://app.box.com/s/hgqj72ajjfrsr4uglqv5ez2wxdbomts?utm_term=Dados+do+Estudo+Momento+Atual+da+Reforma+dos+Cuidados+de+Saude+Primarios+em+Portugal+2021%2F2022++USF-AN&utm_campaign=S%3Fcios+USF-AN+17novembro2021&utm_source=e-goi&utm_medium=email>.

Resumo: O presente relatório, da responsabilidade da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, começa por destacar o sucesso da reforma dos Cuidados de Saúde Primários: «Portugal tem agora Cuidados de Saúde Primários que são alvo da atenção internacional pela sua singularidade e pelos resultados que consegue alcançar. O Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e a OCDE em 2017, e novamente em 2021, reconheceram isso mesmo quando evidenciaram a taxa de hospitalização evitável de Portugal – a mais baixa da União Europeia para a diabetes, asma, DPOC e insuficiência cardíaca – e concluíram “que estas doenças estão a ser geridas com eficácia ao nível dos cuidados de saúde primários e que estes são de boa qualidade.”» Os autores não deixam, porém, de afirmar que há impactos, ainda por determinar, da pandemia de COVID-19, a par de uma «sensação de que a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários estagnou há já vários anos, sem se saber para onde se vai.» Salientam outros aspetos positivos, como o facto de, apesar da queda do Governo, se ter cumprido «uma das metas acordadas, passar todas as USF A devidamente aprovadas para B, o que foi um marco histórico: pela primeira vez, todas as candidaturas aprovadas passaram a B». Em contrapartida, «o investimento em instalações e

equipamentos e a contratação de mais profissionais de saúde para o SNS ficaram aquém do necessário e muitas das medidas ficaram pelo caminho ou foram tomadas com um grande atraso, ampliando o descrédito dos profissionais sobre a gestão das políticas para os cuidados de saúde primários e contribuindo para muito dos resultados que este relatório agora evidencia.» Os dados apresentados resultam da aplicação de um questionário aos coordenadores de Unidades de Saúde Familiar, com uma taxa de resposta de 74,2% (448 respondentes), e permitem não apenas fazer um diagnóstico, como detetar linhas de intervenção, traduzidas em 11 medidas essenciais para melhoria do sistema.

BISCAIA, André Rosa ; HELENO, Liliana Correia Valente – A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal : portuguesa, moderna e inovadora. **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 22, n.º 3 (2017), p. 701-711. [Consult. 7 jun. 2023]. Disponível em

WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142323&img=30373&save=true>>.

Resumo: Segundo os autores, «a reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) portugueses foi uma das mais bem-sucedidas feitas nos serviços públicos do país», sendo o elemento mais relevante dessa reforma a constituição das Unidades de Saúde Familiar (USF) – definidas como «equipas multidisciplinares de constituição voluntária e auto-organizadas, que operam em centros de saúde geridos pelo Estado e que dão resposta com autonomia e de um modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto de pessoas, com especial foco nos cuidados médicos e de enfermagem personalizados» – e, num segundo momento, a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), com uma aposta na «governança clínica, procurando-se obter ganhos em saúde através da melhoria da qualidade e da participação e responsabilização de todos». Qualificam essa reforma de «portuguesa, moderna e inovadora. Portuguesa ao não quebrar completamente com o passado, moderna porque se aliou à tecnologia e ao trabalho em rede, e inovadora porque ultrapassou o modelo hierarquizado tradicional», orientada por um «foco especial na acessibilidade, na organização, na pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, não esquecendo a qualidade dos cuidados de saúde». O presente estudo descreve a implementação dessa reforma, cruzando a análise sistémica com um estudo de caso,

incidindo na constituição e desempenho da Unidade de Saúde Familiar da Marginal, no Estoril.

BORGES, Fábio Manuel da Silva – **Tratamento da doença aguda não urgente : urgências ou Cuidados de Saúde Primários?** [Em linha] : **análise da aplicação do projeto “SNS + Proximidade”**. Porto : s.n., 2018. [Consult. 7 jun. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142322&img=30372&save=true>>.

Resumo: Segundo o autor, persiste em Portugal uma preponderância dos hospitais na prestação dos cuidados de saúde, em grande medida por serem erradamente percecionados pela população como «garante imediato em caso de problemas agudos não graves», o que produz impacto na sobrelotação dos serviços de urgência hospitalar. Diversos estudos realizados levam a concluir que uma melhoria do acesso aos Cuidados de Saúde Primários tem como um dos benefícios a redução do afluxo às urgências. A reforma operada em 2005, com a criação das Unidades de Saúde Familiar, pretendeu atingir esse objetivo, embora o autor reconheça que existem ainda «inúmeras assimetrias entre diferentes regiões do país. Na verdade, o acesso aos CSP apresenta assimetrias assinaláveis, associado à crónica incapacidade para uma completa descentralização com o conseqüente aumento de autonomia das unidades, que estaria inicialmente previsto, mas impedido pela criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).» Relativamente ao impacto positivo das USF, o autor afirma que «uma análise comparativa entre as USF e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) veio comprovar que as primeiras apresentavam uma melhoria ao nível do desempenho assinalável face às segundas, apresentando mesmo as USF Modelo A um nível de produtividade superior em 8,55% face às UCSP, apesar de não parecer haver benefício económico na transição para o modelo B (Teixeira, 2016). Contudo, uma outra análise mais recente promovida pela Comissão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários indicia que as USF modelo B apresentam mais ganhos em saúde e são mais eficientes que as UCSP, havendo uma estimativa de poupança superior a 100 milhões de euros anuais, caso existisse uma transição de todas as atuais UCSP para USF modelo B (CNRCPs, 2018). Numa outra perspetiva, também a satisfação dos utentes para com as unidades é superior nas USF, e em particular nas USF Modelo B face às UCSP (Ferreira & Raposo, 2015). Tudo isto parece apontar para uma evolução positiva ao nível dos CSP nos últimos anos.»

PESTANA, Joana [et al.] – Necessidade de um novo impulso na reforma dos cuidados de saúde primários : contrariar as desigualdades, integrar os contextos na prática e os determinantes sociais na análise dos desempenhos. In **Saúde [Em linha] : um direito humano : relatório de primavera 2019**. Lisboa : OPSS, 2019. P. 35-69. [Consult. 7 jun. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=127839&img=27119>>.

Resumo: Os autores começam por apontar a importância de Cuidados de Saúde Primários acessíveis, adequados e de qualidade como parte essencial de um sistema de saúde sustentável, efetivo e eficiente, com impactos comprovados na qualidade da prestação de cuidados, na contenção de custos, na maior equidade de acesso, e na satisfação de utentes e profissionais. 13 anos após o início da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, o balanço apresentado vai no sentido de considerar que «subsistem dúvidas quanto à sua concretização plena», sendo apresentados como principais constrangimentos «a falta de autonomia de gestão dos ACeS, a falta de governação clínica e de saúde, a falta de uma gestão descentralizada e participada através dos concelhos da comunidade, a falta de investimento nas USP, a escassez de outros profissionais de saúde (técnicos de saúde oral, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros) e a ineficiente gestão de recursos e de profissionais de saúde, indispensáveis em CSP», sendo ainda manifestada a preocupação pelas «desigualdades no acesso aos CSP, pela perpetuação da prestação de cuidados de saúde em “dois níveis”, ou seja, nas USF e UCSP, com as USF a terem consistentemente melhores resultados nos indicadores de desempenho em comparação com as UCSP». Em contrapartida, são apresentados como aspetos positivos «a criação e manutenção de atividade de 505 USF e de 250 UCC, bem como a substancial mudança no modelo de contratualização, o qual, desde 2017 está a evoluir “de um enfoque demasiado centrado num número limitado de indicadores e metas de processo para um modelo orientado para a melhoria contínua de qualidade e para a obtenção de resultados de saúde”». O estudo apresenta vários indicadores sobre o progresso da implementação de medidas, bem como sobre o seu impacto. Considerando as Unidades de Saúde Familiar como «imagem de marca» da reforma, assinalam que no final de 2018 «existiam 528 USF (274 USF-A e 254 USF-B) e 376 UCSP. As USF estão concentradas em 140 dos 278 concelhos de Portugal Continental,

deixando um total de 138 concelhos onde não existe nenhuma USF.» Concluem, por outro lado, que «de uma forma global, a população residente nas áreas geográficas da área de influência das UCSP tem uma proporção significativamente maior de idosos, de mortalidade geral e específica (por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório), e um nível significativamente inferior de educação, de rendimento e de poder de compra, do que a população residente na área de influência das USF-A e USF-B», sendo que o «perfil demográfico e socioeconómico da população é geralmente ainda mais favorável na população da área de influência das USF-B.» Já no que toca a internamentos evitáveis, com base nos dados recolhidos entre 2000 e 2015, os autores concluem que «a taxa média [...] foi de 12,2 por 1000 habitantes nos concelhos onde nunca abriu uma USF, de 9,9 por 1000 habitantes onde abriu pelo menos uma USF e de 8,8 nos concelhos onde existe pelo menos uma USF-B.» Detalhando os casos de internamento evitável por patologia, concluem que nos internamentos «por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório, a taxa é sempre mais elevada nos concelhos onde nunca abriu uma USF, em comparação com os concelhos com pelo menos uma USF-A, e ainda mais baixa nos concelhos onde existe pelo menos uma USF-B.» Igual tendência é constatada para a utilização de serviços de urgência hospitalar.

PISCO, Luís ; PINTO, Luiz Felipe – De Alma-Ata a Astana : o percurso dos cuidados de saúde primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da medicina familiar. **Ciência & Saúde Coletiva** [Em linha]. Vol. 25, n.º 4 (2020), p. 1197-1204. [Consult. 7 jun. 2023]. Disponível em WWW: <URL: <https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142325&img=30375&save=true>>.

Resumo: O presente artigo analisa a evolução dos Cuidados Primários em Saúde em Portugal nos últimos 40 anos. Ao longo desse percurso evolutivo, em 2005, surge a Reforma dos Cuidados Primários em Saúde e as novas Unidades de Saúde Familiar «que até setembro de 2019 atendiam cerca de 94% dos cidadãos portugueses, ou seja, mais de nove milhões e meio de pessoas.» Os objetivos definidos nessa reforma prendiam-se com a «obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e conseqüente crescimento da satisfação dos utilizadores dos serviços» e, em paralelo, o aumento da «satisfação dos profissionais, criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas»,

a melhoria da eficiência e a contenção de custos, «eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala».

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. Coordenador Nacional para a Reforma do SNS área dos Cuidados de Saúde Primários – **Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde [Em linha] : área dos Cuidados de Saúde Primários : Relatório Final : dezembro 2015 – outubro 2019**. Lisboa : Ministério da Saúde. SNS, 2019. [Consult. 7 jun. 2023]. Disponível em WWW:<URL:<https://catalogobib.parlamento.pt:82/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=142307&img=30365&save=true>>.

Resumo: O presente relatório apresenta os resultados obtidos no âmbito da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, de acordo com o Plano Estratégico e Operacional aprovado em 2016. Contempla as atividades desenvolvidas, com destaque para as principais realizações, mas também para o que ficou por concretizar, e um conjunto de recomendações finais. O Plano corresponde a uma intenção, por parte do Governo, de priorizar a defesa do Serviço Nacional de Saúde, com especial atenção para a concretização da «centralidade da rede de Cuidados de Saúde Primários na política de saúde do país». Como se refere, «foi reconhecida a importância em promover a articulação entre os vários níveis de cuidados, quer pelo reforço da capacidade de intervenção específica dos CSP, com a criação de mais unidades de saúde, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), como com o plano de desenvolvimento de cuidados continuados a idosos e a cidadãos em situação de dependência, otimizando os procedimentos relativos ao acesso e utilização integrada da rede de serviços do SNS nos seus diversos níveis.» De resto, afirma o autor que «a evidência científica disponível a nível internacional indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários, com profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários.»