

# Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal

## Organizational challenges in strengthening Primary Health Care in Portugal

Adriano Maia dos Santos<sup>1</sup>  
Ligia Giovanella<sup>1</sup>  
Henrique Botelho<sup>1</sup>  
Jaime Correia de Sousa<sup>1</sup>

### PALAVRAS-CHAVE

- Atenção Primária à Saúde;
- Acesso aos Serviços de Saúde;
- Integração de Sistemas;
- Controle de Acesso;
- Medicina de Família e Comunidade;
- Estratégia Saúde da Família;
- Continuidade da Assistência ao Paciente;
- Educação Médica.

### KEYWORDS

- Primary Health Care;
- Health Services Accessibility;
- Systems Integration;
- Gatekeeping;
- Family Practice;
- Family Health Strategy;
- Continuity of Patient Care;
- Medical Education.

### RESUMO

*Este artigo analisa os principais aspectos da Reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) em Portugal, que culminaram na implantação das Unidades de Saúde Familiar (USF), ampliação do acesso e melhoria no processo de coordenação dos cuidados. Identifica avanços e limites da reforma na APS portuguesa, que, apesar do contexto social e histórico distinto, podem subsidiar as políticas de saúde no Brasil. Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa, em Portugal, elegendo-se quatro USF na Região Norte, uma USF na Região de Lisboa/Vale do Tejo e dois Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces) na Região Norte. Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas, com observação sistemática e análise documental. O sucesso da reforma destaca-se na dimensão micropolítica, ou seja, na criação das USF como processo voluntário de adesão dos profissionais de saúde, o que permite certa estabilidade mesmo em tempos de crise. A Reforma da APS em Portugal é considerada um “evento extraordinário”, um exemplo bem-sucedido de intervenção nas reformas organizacionais na Europa em favor da coordenação dos cuidados por médicos generalistas.*

### ABSTRACT

*This article examines key aspects of Portugal's primary health care (PHC) reform, which culminated in the introduction of family health clinics (Unidades de Saúde Familiar, USF), expanded access and improved care coordination processes. It aims to identify advances and constraints on PHC reform in Portugal which, despite the differences in social and historical context, may serve to inform health policies in Brazil. A qualitative case study was conducted in Portugal at four USFs in the Lisbon/Vale do Tejo region and two health centre clusters (Agrupamentos de Centros de Saúde, ACES) in the North region. The data collection techniques comprised twenty semi-structured interviews, systematic observation and documentary analysis. The reform was particularly successful at the micro-policy level, that is, in introducing USFs as a process which health professionals could join voluntarily, which afforded a certain stability even in times of crisis. Portugal's PHC reform is considered an “extraordinary event”, an example of successful intervention in organisational reforms in Europe to promote coordinated care by general practitioners.*

Recebido em: 16/06/2014

Aprovado em: 18/04/2015

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), em países europeus, especialmente, com Sistemas Nacionais de Saúde (SNS), refere-se, grosso modo, aos serviços de primeira linha, integrados a uma rede de serviços, funcionando como porta de entrada obrigatória (*gatekeeper*), centrada no médico generalista (*general practioners/family doctors*), que assume igualmente a responsabilidade longitudinal e a continuidade da relação clínica ao longo da vida do usuário, independentemente da ausência ou presença de doença. Corresponde a serviços ambulatoriais com ênfase na clínica e cuidados individuais, que buscam coordenação de diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas<sup>1</sup>.

A experiência portuguesa na organização da APS para coordenação dos cuidados foi apontada pelo Relatório da Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup> como exemplo de reforma a servir de inspiração para outras nações. A mais recente Reforma da APS em Portugal iniciou-se em 2005 e consistiu no desenvolvimento de um novo modelo de organização administrativa e gestão clínica das unidades de APS (centros de saúde), de modo a construir pequenas unidades integradas prestadoras de cuidados de saúde familiar, constituídas por médicos e enfermeiros de família e secretários clínicos, dotadas de consideráveis níveis de autonomia que promovessem a patamares de desempenho mais elevados alguns dos princípios já definidos desde 1982<sup>3</sup>.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português possui características organizativas que se assemelham aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro – tais como cobertura universal (universalidade), independentemente do estatuto econômico e social (saúde como direito), uma gama ampla de serviços de saúde (integralidade), financiamento, principalmente, por impostos gerais (princípio da solidariedade) – e se apoia preferencialmente na prestação pública dos cuidados e porta de entrada pela APS<sup>4,5</sup>. Em contraste com a descentralização do SUS, o planejamento, a regulação, a provisão e o financiamento das ações e serviços de saúde no SNS em Portugal são competências exclusivas do Ministério da Saúde e suas instituições regionais, não havendo participação dos municípios.

A experiência portuguesa na organização da APS como primeiro nível e base do SNS e a reforma da APS, implementada por meio da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), instituíram novos arranjos organizacionais com a constituição dos Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces) e Unidades de Saúde Familiar (USF)<sup>3,6,7</sup>. Tais conformações trouxeram inúmeros aprendizados institucionais que são de interesse para outros sistemas de saúde universais que buscam na APS a base para reorientação da rede de serviços de saúde, como é o caso da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

Partindo desse enredo, este artigo analisa os principais aspectos da Reforma da APS em Portugal, que culminaram na implantação das unidades de saúde familiar (USF), aplicação do acesso e melhoria no processo de coordenação dos cuidados. Nesse sentido, objetiva identificar avanços e limites da reforma na APS portuguesa que, apesar do contexto social e histórico distinto, possam servir de aprendizado às políticas de saúde no Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso<sup>8</sup>, no SNS de Portugal, visando captar os principais aspectos que contribuíram para o êxito na implantação das USF e os principais desafios no processo de coordenação com a rede hospitalar para oferta de serviços especializados de média e alta densidade tecnológica.

Alguns indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde são apresentados para comparação entre Portugal e Brasil na Tabela 1.

Foram eleitas quatro USF na Região Norte, uma USF na Região de Lisboa/Vale do Tejo e dois Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces) na Região Norte. A escolha das USF e dos Aces foi intencional e por conveniência, apoiada na indicação de informantes-chave que participaram diretamente da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) e de estudiosos do SNS português. A seleção seguiu os seguintes critérios e características das USF eleitas: (a) unidades com boa experiência na organização dos serviços; (b) primeira unidade a apresentar candidatura no Norte; (c) primeira unidade acreditada no país; (d) experiência modelo, anterior à reforma da APS; (e) possuir, na equipe de funcionários, profissionais do meio acadêmico que produzem reflexões teóricas e pesquisam o modelo da reforma da APS. Foram contempladas, assim, USF localizadas em cinco diferentes localidades do país: Braga, Fafe, Matosinhos, São João do Estoril e Valongo.

As técnicas de coleta de dados abrangeram: (a) entrevistas semiestruturadas com diretores executivos de dois Aces (2 sujeitos); coordenadores de USF, médico especialista em medicina geral e familiar, enfermeiro familiar e secretário clínico, nas cinco USF selecionadas (16 sujeitos); participantes da MCSP e estudiosos na área (4 sujeitos); (b) observação sistemática direta nas cinco USF, para conhecer as instalações, a rotina na recepção, reuniões das equipes, o processo de agendamento de consultas e o fluxo de usuários; (c) seleção e análise de documentos institucionais disponíveis no sítio do Ministério da Saúde de Portugal, no sítio dos Cuidados de Saúde Primários e outros disponibilizados por coordenadores de USF. O estudo foi realizado no período de abril a julho de 2012.

**TABELA 1**  
**Comparação de indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde, Portugal e Brasil, 2012\***

Indicadores	Portugal	Brasil
<b>Demografia</b>		
População	10.514.844 (2012)	193.976.530 (IDB, 2012)
Grau de urbanização	58,2 (2006)	84,8 (IDB, 2012)
Idosos (%)	19,20 (2012)	10,8 (IDB, 2012)
<b>Economia</b>		
Renda <i>per capita</i> (em dólar)	U\$ 25.264 (2012)	U\$ 11.239 (OCDE, 2010)
Taxa de desemprego	16,3 (2013)	6,05 (IDB, 2012)
<b>Social</b>		
Coefficiente de Gine	0,34 (2012)	0,53 (OCDE, 2012)
Taxa de analfabetismo (>15 anos)	5,2 (>10 anos; 2011)	8,67 (IDB, 2012)
<b>Gastos em saúde</b>		
Gasto com ações/serviços públicos (% PIB)	6,3 (2012)	3,67 (IDB, 2010)
Despesa <i>per capita em saúde</i>	€1.486,3 (2012)	R\$ 300 (IDB, 2012)
Proporção de gastos públicos em saúde	66,6% (2012)	42%
<b>Recursos de saúde</b>		
Médicos/1.000 habitantes	4,17 (2012)	1,86 (IDB, 2010)
Enfermagem/1.000 habitantes	6,22 (2012)	1,5 (IDB, 2010)
Odontólogos/1.000 habitantes	0,035 (2011)	1,27 (IDB, 2010)
Leitos hospitalares/1.000 habitantes	3,37 (2011)	2,35 (IDB, 2012)
Leitos públicos (%)	+ 98% (2011)	36,68 (IDB, 2012)
<b>Característica do sistema de saúde</b>		
Tipo de sistema	SNS	SNS (SUS)
Data de fundação	1979	1989
Usuário por médico de USF	1.775 (2013)	4.000
<b>Estado de saúde</b>		
Esperança média de vida (anos)	79,8 (2011)	74,5 (IDB, 2012)
Mortalidade infantil/1.000 nasc. vivos	2,9 (2013)	15,3 (IDB, 2012)
Mortalidade materna/100 mil nasc. vivos	4,5 (2012)	64,8 (IDB, 2011)
Taxa de prevalência de hipertensão	42,2 (2012)	24,3 (IDB, 2012)
Taxa de prevalência do diabetes	12,7 (2011)	11,7 (IDB, 2012)
Prevalência homens fumantes (25-44 anos)	37,6 (2008)	15,7 (IDB, 2012)
Proporção de partos cesáreos	Total: 35,8 (2010) Público: (SNS) 32,1 Privado: 67,5	Total: 53,88 (IDB, 2011)
Índice de CPOD (12 anos) **	1,5 (2006)	2,1 (IDB 2010)

Notas: \*ou ano mais próximo disponível. \*\* n<sup>o</sup> médio de dentes cariados, perdidos e obturados aos 12 anos.

Fontes/Dados de Portugal: INE-BP, INE, Pordata; Direcção-Geral da Saúde; Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes (2012); Estudo Physa – Portuguese Hypertension and Salt Study; OCDE

Fontes/Dados do Brasil: IDB; PNUD; OCDE.

Para coleta de dados, os roteiros de entrevista e observação centraram-se nas seguintes dimensões de análise: (a) bases da reforma da APS; (b) identificação da população; (c) organização da USF; (e) coordenação e continuidade do cuidado; (f) instrumentos para continuidade do cuidado; (g) gestão do trabalho e processos educacionais em saúde.

As entrevistas foram gravadas e realizadas em locais agendados, e cada participante recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados, as dimensões eleitas foram tomadas como parâmetros para cotejamento do material empírico. Realizou-se a ordenação dos dados, que consistiu no primeiro contato com o material empírico. Em seguida, procedeu-se à escuta dos arquivos de áudio e à organização dos diferentes dados contemplados nas entrevistas, observações e documentos. Por fim, os casos estudados foram imbricados nas análises, sem especificações ou sumarizações individualizadas nos resultados, segundo as dimensões estabelecidas.

A pesquisa foi autorizada em Portugal pelo coordenador de cada USF. O projeto de pesquisa esteve vinculado à Escola de Ciências da Saúde, na Universidade do Minho (Braga, Portugal), como atividade de estudo desenvolvida durante estágio de doutoramento, viabilizado pelo Programa Institucional de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE), com apoio financeiro da Capes (Brasil).

## RESULTADOS

### Bases da reforma da APS em Portugal

A Reforma da APS em Portugal, em 2005, ficou a cargo da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), vinculada ao Ministério da Saúde, que propôs no documento *Linhas de Ação Prioritária para Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários* um conjunto de orientações operacionais para a reconfiguração organizacional dos centros de saúde, para, assim, tornar a APS o pilar central do SNS<sup>3</sup>. A Missão propôs a reestruturação e autonomia progressiva dos centros de saúde com ênfase na criação de pequenas unidades de saúde familiar (USF), obedecendo aos seguintes princípios: (a) pequenas equipes multiprofissionais e auto-organizadas; (b) autonomia organizativa funcional e técnica; (c) contratualização de uma carteira básica de serviços; (d) meios de diagnósticos descentralizados; (e) sistema de incentivo na remuneração de profissionais pela melhora na produtividade, acesso e qualidade da atenção prestada<sup>9</sup>. Além disso, buscou-se a melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares (média e alta densidade tecnológica), modernização de instalações e ferramentas tecnológicas dos centros de saúde e a implantação de sistemas adequados de informação para a gestão clínica e coordenação do cuidado<sup>10</sup>.

Em termos organizacionais, o SNS, criado em 1979, é um sistema nacional, público, geral e universal, não descentralizado, do tipo “beveridgiano”. O Ministério da Saúde (direção política), através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), funciona como a administração central; no nível regional, tem-se a Administração Regional de Saúde (ARS) em cada uma das cinco Regiões de Saúde do país – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Desde 2009, houve alguma desconcentração administrativa, também, para os Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces)<sup>11</sup>. Porém, este aspecto da legislação nunca foi cumprido pelas ARS e tem vindo progressivamente a tornar-se cada vez mais centralizado (a reforma ao contrário). Assim, em contraste com o Brasil, a gestão da saúde em Portugal não é uma atribuição dos municípios, nem há descentralização do financiamento, como acontece no SUS.

No processo de reforma da APS, os cuidados primários foram reconfigurados numa nova matriz organizacional e fun-

cional a partir de Aces<sup>12</sup>, que são serviços desconcentrados da respectiva ARS, constituindo organizações com independência administrativa, que se modelam em diferentes unidades funcionais, responsáveis por garantir a prestação de atenção primária à população de determinada área geográfica. A estrutura orgânica dos Aces é constituída por cinco tipos de unidades funcionais (responsáveis por distintas ações no campo do cuidado de primeiro nível), abrangendo 50 mil a 200 mil cidadãos<sup>5</sup>.

As unidades funcionais (Quadro 1) são constituídas por: unidades de saúde familiar (USF), unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública (USP) e unidade de recursos assistenciais partilhados (Urap). Cada Aces, por sua vez, está geográfica e funcionalmente relacionado com um hospital de referência, sendo o fluxo assistencial entre níveis estabelecido por um sistema informatizado<sup>13</sup>. O objetivo principal de todo o processo de mudança, expresso na constituição da MCSP, foi a reconfiguração dos centros de saúde de segunda geração criados em 1983, por meio da constituição de pequenas equipes em unidades funcionais autônomas, prestadoras de cuidados de saúde à população<sup>9</sup>.

### QUADRO 1

#### Agrupamentos de Centros de Saúde: estrutura orgânica e unidades funcionais

**Aces – Agrupamento de Centros de Saúde:** nova matriz organizacional e funcional, com autonomia administrativa, constituída por várias unidades funcionais, agrupando um ou mais centros de saúde e que tem como missão garantir a prestação de Atenção Primária à Saúde à população de determinada área geográfica.

**USF** **Unidade de Saúde Familiar** – unidade operativa de prestação de cuidados de saúde à pessoa e à família, com autonomia organizativa, funcional e técnica, que disponibiliza e contratualiza uma carteira básica de serviços aos usuários cadastrados, garantindo acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos mesmos. Do grau de cumprimento das metas contratualizadas podem resultar incentivos institucionais (para todas as equipes) e financeiros (para os profissionais das equipes que aceitaram o sistema remuneratório misto sensível ao desempenho). Unidade que promove a formação de equipes multidisciplinares (médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos) para o desempenho de cuidados personalizados na área da Saúde Familiar. As USF distinguem-se das UCSP pelo nível de desenvolvimento e de dinâmica de equipe, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos. Estão regulamentadas em legislação própria e são criadas por iniciativa e candidatura dos próprios profissionais (*bottom-up*), que nomeiam o seu coordenador.

**UCSP** **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados** – tem dimensão e estrutura idêntica à prevista para as USF e presta cuidados personalizados, garantindo igualmente acessibilidade, continuidade e globalidade dos mesmos, sendo constituída por equipe composta por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, não integrados em USF. Sua criação é de iniciativa da administração (*top-down*), tem menos autonomia, sistema remuneratório clássico (salário) e sem lugar a incentivos.

<b>UCC</b>	<b>Unidade de Cuidados na Comunidade</b> – presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliar e comunitário. Tem atuação multidisciplinar, no campo da educação à saúde, na integração da rede de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, designadamente na identificação e acompanhamento de indivíduos e famílias de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde. Pode ser composta, em tempo inteiro ou parcial, por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.
<b>USP</b>	<b>Unidade de Saúde Pública</b> – desempenha um papel privilegiado na administração da saúde da população abrangida pelo Agrupamento de Centros de Saúde, desenvolvendo para isso funções executivas nas áreas do planeamento da saúde, vigilância epidemiológica e coordenação de programas e projetos de promoção e proteção da saúde da população, entre outras. Funciona como observatório de saúde local, unidade de administração de saúde populacional, de coordenação de estratégias locais de saúde de âmbito comunitário. É composta por médicos especialistas de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental.
<b>Urap</b>	<b>Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados</b> – presta serviços de consultoria e apoio técnico-assistencial a outras unidades funcionais. Organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares, sendo constituída por médicos de diversas especialidades, que não de medicina geral e familiar e de saúde pública. Organiza e coordena múltiplos meios, recursos e competências assistenciais específicas de cada Aces (higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutrição e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais), cuja missão é apoiar as demais unidades funcionais.

Fontes: Biscaia et al.<sup>9</sup>; Portugal<sup>14</sup>; Portugal<sup>12</sup>.

Com a reforma da APS, foram criadas as USF, que são pequenas equipas multiprofissionais, responsáveis por cuidar da saúde de uma população adscrita de 4 mil a 18 mil pessoas<sup>3,14</sup>. As equipas que compõem as USF são voluntárias, auto-organizadas e compostas em média por sete médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, igual número de enfermeiros de família e seis secretários clínicos. Cada médico de família é responsável por uma lista de cerca de 1.550 pessoas (que pode aumentar ou diminuir em função da sua padronização para a idade), sendo estimulada a inscrição familiar. Dentro da oferta disponível, o usuário/família é livre para escolher a equipa e o médico que o irá acompanhar. As equipas das USF são dotadas de autonomia organizativa, funcional e técnica, e são desafiadas a trabalhar um plano de ação elaborado em torno de uma carteira básica de serviços definida nacionalmente pelo Ministério da Saúde, com objetivos e metas contratualizados anualmente com o Aces e este com a Administração Regional de Saúde<sup>13</sup>.

### Identificação da população

A adscrição à USF se dá preferencialmente por agrupamentos de familiares e por área geográfica de influência (embora não

obrigatório), sendo de livre escolha dos usuários que devem se inscrever na lista de um dos médicos da USF. Para definição do tamanho das listas, são realizadas ponderações (unidades ponderadas) por perfil de usuário (idade). Assim, busca-se ajustar a quantidade de usuários nas listas com a quantidade de trabalho estimada, trazendo coerência à distribuição dos mesmos. Para isto, o intervalo [0-6] anos é multiplicado por um coeficiente de 1,5, o intervalo [7-64] x 1, o intervalo [65-74] x 2 e  $[\geq 75]$  x 2,5. Aplicando esta regra à lista padrão da população portuguesa de 2006, obtiveram-se 1.915 unidades ponderadas, valor este que constituiu o referencial mínimo para atribuição de uma lista à equipa médico/enfermeiro de uma USF.

De maneira geral, os médicos e enfermeiros organizam-se nas USF em “microequipas” que trabalham com a mesma lista de usuários e compartilham a gestão clínica dessa carteira de usuários. Todavia, as listas dos enfermeiros podem ou não coincidir em alguns (poucos) casos com a lista dos médicos, pois isso dependerá da quantidade de enfermeiros e médicos em cada USF (que pode não coincidir).

As USF continuaram a funcionar integradas nos centros de saúde existentes. Com isso, um centro de saúde comporta, frequentemente, mais de uma USF e algumas das demais unidades funcionais, inclusive as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que são equipas formadas por médicos e enfermeiros que não aderiram ao modelo de USF e tiveram de se agrupar também, embora mantendo muito do modelo “tradicional” de funcionamento.

### Organização das USF: base, acesso e porta de entrada preferencial

No SNS, todo usuário deve registrar-se na lista de um médico de família num centro de saúde escolhido preferencialmente de acordo com sua área geográfica de residência. Atualmente, nem todo cidadão português tem uma USF de referência, por conta de não haver USF em número suficiente, ou seja, a porta de entrada pode ser, ainda, por unidades “tradicionais” de APS (UCSP).

O modelo de organização das USF deu-se por adesão voluntária dos profissionais, que, conforme os parâmetros necessários, escolheram os membros constituintes da equipa por afinidade (afetiva, técnica, etc.), desde que pertencessem ao SNS (ou foram contratados quando necessário), sendo essa a característica mais relevante nos discursos apresentados (caráter *bottom-up* da reforma). As equipas submeteram sua candidatura às Equipas Regionais de Apoio (ERA) criadas na dependência de cada ARS e da MCSP que analisaram as características apresentadas e foram autorizando o início das USF, conforme atendessem a determinados critérios predefinidos.

Por conta de ser uma “equipe ampliada” (vários profissionais da mesma categoria numa mesma equipe), é possível a intersubstituição nos momentos de folga, férias e outras razões que acarretem a ausência do profissional na USF e haja necessidade de atendimento dos usuários do respectivo profissional. Nesse sentido, os usuários de uma USF nunca ficam descobertos. O período de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas, com possibilidade de alargamento de horário até as 24h nos dias úteis (suspensão em 2012), podendo, em alguns casos, funcionar aos sábados, domingos e feriados conforme a necessidade e a pactuação com o Aces.

O acesso dos cidadãos inscritos nas USF faz-se por meio de consulta programada (agendada previamente) e consulta não programada (agenda aberta às intercorrências). A consulta pode ser marcada de forma presencial, por telefone, e-mail ou eAgenda, preferencialmente no horário da sua equipe de saúde. Há, também, visita domiciliar programada ou em situação aguda. Em situação aguda, impera a avaliação clínica para atribuição de prioridade. Em situação programada, priorizam-se os recém-nascidos, puérperas e usuários em situação de dependência ou cujo estado de saúde comprovadamente não aconselha o deslocamento à USF. As urgências são encaminhadas ao hospital de referência.

Todos esses aspectos permitem que as USF sejam serviços de busca regular, de cuidado continuado e que ganham o reconhecimento do usuário, contribuindo para ser um serviço de primeira busca. O SNS tem de fato cobertura universal, e as USF são utilizadas por pessoas de diferentes formações e nível socioeconômico. Todos os entrevistados, nas diferentes categorias (profissionais e gestores), ressaltaram o aumento da satisfação dos usuários e a ampliação do acesso e da busca por cuidado via USF.

Uma das principais distinções entre o SNS português e o SUS, na utilização dos serviços de saúde, é a presença de copagamentos, conhecidos como taxas moderadoras, cobrados no momento da prestação do serviço de saúde<sup>15,16</sup>. Essas taxas são medidas reguladoras para coibir o uso abusivo de consultas e procedimentos, além de serem fontes de recursos para as instituições e serviços do SNS, incidindo nos seguintes casos:

*a) Nas consultas nos prestadores de cuidados de saúde primários, no domicílio, nos hospitais e em outros estabelecimentos de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas; b) Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados, designadamente em entidades convencionadas, com exceção dos efectuados em regime de internamento; c) Nos serviços de atendimento permanente dos cuidados de*

*saúde primários e serviços de urgência hospitalar; d) No hospital de dia<sup>17</sup>. (p. 1)*

Incide, ainda, na aquisição da maioria dos medicamentos, com diferentes taxas de coparticipação, que podem ir de 0% a 100% consoante o tipo de fármaco.

Nesse aspecto, os entrevistados posicionaram-se descontentes em relação às taxas moderadoras, argumentando que, após o aumento no valor da taxa, no início de 2012, muitos usuários têm deixado de fazer consultas rotineiras, mesmo quando necessárias. Os secretários clínicos, nas USF, queixaram-se de que muitos usuários deixaram de ser isentos das taxas, o que gera alguns constrangimentos e conflitos na recepção, além de relatarem uma diminuição na busca dos cuidados nas últimas semanas de cada mês, atribuindo tal fato à falta de recursos financeiros dos usuários, pois muitos recebem seus salários no início de cada mês. Os enfermeiros acreditam que a inclusão de taxas moderadoras nos serviços de enfermagem (eram isentos até 2011) gerou estranhamento de muitos usuários e fragilizou a busca por esse tipo de assistência, sobretudo em cuidados domiciliares para troca frequente de curativos, pois os custos têm levado os usuários a buscar outros meios para resolver seus problemas. Para alguns gestores, as taxas moderadoras não moderam o uso abusivo, geram constrangimento e, a partir de 2012, têm restringido o acesso. Além disso, o aumento das taxas moderadoras para utilização dos serviços no SNS acordados entre o governo e a *Troika*<sup>18</sup> “provocou grande confusão nos serviços públicos de saúde e está a modificar o clima das relações entre o SNS e os seus utentes”<sup>4</sup> (p. 108).

Como crítica, aparece a baixa participação dos usuários nos processos decisórios, ainda que haja divergência entre gestores e profissionais acerca dessas questões como elemento decisivo para a qualidade dos serviços ofertados.

### **Oferta de serviços, funções da USF e outros serviços oferecidos por outras unidades funcionais dos Aces**

As USF representam a atenção ambulatorial personalizada de primeiro nível. Para tanto, ofertam uma gama ampla de cuidados clínicos individuais à população cadastrada na lista dos médicos de família, em diferentes fases da vida, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de indivíduos e/ou suas famílias em diferentes situações de adoecimento.

Os médicos devem ter especialidade em “Medicina Geral e Familiar”, o que amplia o escopo de intervenções clínicas e qualifica a assistência ofertada. Na APS, em Portugal e em outros países europeus, o médico de família é o verdadeiro prestador de proximidade e gestor de saúde do seu usuário.

As atividades educativas na comunidade são pontuais e pouco relevantes nas prioridades das USF e, quando realizadas, são geralmente desenvolvidas por outras unidades funcionais (Tabela 2), mas, ainda assim, insuficientes. As ações preventivas nas USF são, predominantemente, de cunho individual, realizadas durante as consultas. Nesse sentido, há poucas atividades em grupo. Todavia, a qualificação profissional e a vinculação com a equipe e com os usuários ao longo do tempo permitem um cuidado personalizado, longitudinal e resolutivo.

TABELA 2	
Indicadores de serviços de saúde, Portugal, 2013	
Sistema Nacional de Saúde	Total em Portugal
Estabelecimento de Saúde	
Número de Administração Regional de Saúde (ARS)	5
Número de Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces)	55
Número de Unidade de Saúde Familiar (USF)	380
Profissionais	
Médicos em USF	2.645
Enfermeiros em USF	2.621
Secretários clínicos em USF	2.093
População	
População de Portugal	10.514.844
População coberta por USF	4.694.001
População coberta por USF (%)	44,6

Fonte: ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde (<http://www.acss.min-saude.pt/>).

O conjunto de USF de um Aces recebe apoio de uma unidade de recursos assistenciais partilhados (Urap). A Urap congrega profissionais de diferentes formações, variando em número e formação conforme cada Aces. Podem ser médicos de especialidades distintas da medicina familiar ou saúde pública, que já se encontram integrados noutras unidades funcionais do Aces, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e, ainda, outros técnicos com competências diferentes das enumeradas, que estejam ou venham a ser integrados no Aces. Contudo, conforme depoimentos de gestores, trata-se de uma unidade funcional em processo de construção, com recursos e profissionais em número insuficiente para atender à demanda. Nesse aspecto, todos os entrevistados (gestores e profissionais) afirmaram que a saúde bucal, por exemplo, deveria ser uma prioridade, pois esse serviço só é disponível pelo SNS de maneira residual e para grupos restritos (não há odontólogos nas USF, nem nos Aces). As Urap, grosso modo, equivalem aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) existentes no Brasil.

### Coordenação e continuidade do cuidado

Com a reforma da APS, as equipes das USF e das UCSP são a porta de entrada com função de *gatekeeper*, responsáveis por encaminhamentos para outros pontos de atenção. Os tempos de espera para outros serviços especializados, fora da USF, variam conforme o hospital de referência e algumas vezes comprometem a integralidade assistencial, sendo uma crítica comum de todos os entrevistados. Por sua vez, muitas USF fazem contato com o hospital por *e-mail* e telefone para tirar dúvidas e agilizar algumas situações (sobretudo as mais urgentes), ainda que variem conforme a USF e os profissionais envolvidos. Após o encaminhamento para o hospital de referência, esse estabelecimento passa a ser o responsável pela triagem e pela marcação das consultas e/ou procedimentos. Para os profissionais entrevistados, os hospitais, em muitas circunstâncias, criam “artifícios” que prolongam os tempos de espera, pois priorizam determinados casos e/ou especialidades por critérios nem sempre transparentes.

Em Portugal, os serviços de consultas e exames complementares (nível secundário) estão localizados em unidades hospitalares, assim como os demais procedimentos (nível terciário) que requerem internamento e/ou intervenção cirúrgica<sup>11</sup>. Para diminuir o problema de listas de espera entre níveis de atenção, o Ministério da Saúde estabeleceu “tempos máximos de resposta garantidos”<sup>19</sup> para consultas em centros de saúde, cuidados domiciliares e serviços hospitalares (consultas, exames e procedimentos) nas unidades do SNS.

### Instrumentos para continuidade do cuidado entre os níveis de atenção

Há prontuário eletrônico nas USF, o que facilita o compartilhamento de informações essenciais entre médico de família e enfermeiro de família. Além disso, há partilha de informações administrativas com os secretários clínicos.

O sistema de agendamento de consultas, denominado Alert@ P1, para os serviços em outros níveis de assistência (regulação dos fluxos) permite acompanhar os tempos de espera e receber “alertas” com um resumo do que foi realizado pelo profissional do hospital de referência. Entretanto, muitos médicos da atenção secundária/hospitalar não produzem a devida contrarreferência, principalmente relativa ao Serviço de Urgência. Em algumas USF, o sistema permite acompanhar e receber informações sobre o usuário em tratamento, por meio de um prontuário eletrônico compartilhado com o serviço hospitalar de referência. O recebimento de relatório de alta hospitalar varia conforme os profissionais do hospital de referência, mas nos casos estudados houve resposta positiva em relação a tal prática. As equipes usam protocolos clínicos

construídos pela Direção Geral da Saúde em colaboração com a Ordem dos Médicos ou organizados pela própria USF e em algumas situações há colaboração de profissionais do hospital de referência.

### Gestão do trabalho e processos educacionais em saúde para profissionais das USF

A autorregulação e a autogestão dos processos internos à USF, na fala dos gestores, aparecem como elementos responsáveis pela melhoria no desempenho das equipes. Há uma relação de Indicadores de Desempenho Contratualizados (IDC)<sup>20</sup>, introduzidos na perspectiva de estímulo positivo para os profissionais, entre as USF e seu respectivo Aces, que abrange um conjunto de ações: acessibilidade, satisfação dos usuários, desempenho econômico, programas de vigilância em saúde infantil e materna, planejamento familiar e doenças como hipertensão arterial, diabetes, câncer de mama e colo do útero, limitadas a dados de processo e resultados intermediários.

O sistema de remuneração misto, disponível para as USF com maior maturidade organizacional (Modelo B), repercutiu positivamente no processo de trabalho e nos resultados finais das USF. Está assentado fundamentalmente num sistema misto com uma componente fixa (salário) e um conjunto de suplementos e compensações sensíveis ao desempenho. Na visão dos profissionais entrevistados, a interdependência necessária ao cumprimento dos objetivos contratualizados a serem contemplados com incentivos serve de estímulo ao permanente compartilhamento de atividades e estratégias colaborativas. Contudo, alguns autores alertam para o perigo de “afunilamento da actividade médica”, posto que, estando a remuneração na dependência dos resultados obtidos, isso pode levar os profissionais das USF a privilegiar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras, além de restringir a criatividade e a autonomia, por conta de metas elevadas e rol estreito de indicadores<sup>21</sup>. A qualidade da contratualização nas suas múltiplas componentes deverá levar ao impedimento de práticas centradas excessivamente nos indicadores escolhidos, na sua maior parte, pela administração.

Destaca-se que jovens médicos desejam trabalhar em USF, em contraste com o que ocorria com os centros de saúde tradicionais<sup>22</sup>. Encontram-se novos médicos aderindo às equipes e buscando a especialidade de Medicina Geral e Familiar como primeira opção, mas ainda abaixo das necessidades e expectativas do SNS centrado na APS<sup>9,23,24</sup>. Há baixa rotatividade de profissionais médicos, e a fixação é mediante escolha voluntária. As USF exercem atividades com outros profissionais, nomeadamente assistentes operacionais (auxiliares) e profissionais de saúde em fase de pré e pós-graduação. As USF contam

também com um programa de desenvolvimento da qualidade e com um programa de formação e desenvolvimento profissional, disponibilizando ainda formação externa a estudantes de Medicina e Enfermagem, a discentes do “Ano Comum e do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar” e a outros profissionais com interesse na área.

Os médicos de família entrevistados ressaltaram que há uma crescente valorização e reconhecimento por outras especialidades médicas, favorecendo o compartilhamento dos cuidados clínicos e das decisões terapêuticas. Houve, com as USF, crescente valorização do trabalho de enfermagem, aumento da satisfação e busca dessa assistência por usuários, constatação presente em todos os discursos dos enfermeiros. Os processos formativos são permanentes (discussão de casos, construção de protocolos e normas internas, atualização clínica, etc.), com a participação de especialistas de outras áreas médicas fortalecendo a articulação e a capacidade resolutiva das USF, mas o grande animador dessas qualificações é a presença do residente em medicina geral e familiar. Para os enfermeiros, o protagonismo de sua categoria nas qualificações ainda é secundário, essencialmente pela pouca tradição de pesquisas no ambiente acadêmico, mas as USF têm proporcionado novos aprendizados.

### DISCUSSÃO

Em relação à APS, em Portugal, os médicos de família, nas equipes das USF, devem ser gestores do cuidado nos processos de referência entre APS e cuidados especializados de média e alta densidade tecnológica, sendo que essa coordenação se fortaleceu com a criação das USF. A posição das USF na rede assistencial como serviço de primeiro contato permite a coordenação dos cuidados por médico de família pelo seu perfil de gestor do cuidado e mecanismo de *gatekeeper*. Para utilizar racionalmente o SNS, os cidadãos têm de se registrar num centro de saúde na lista de um médico de família, quando disponível. O médico de família é considerado o primeiro ponto de contacto com o SNS, embora exista muito *bypass* ao sistema, por meio da busca direta a serviços de emergência em hospitais, sobretudo por usuários não cobertos por USF<sup>9,11</sup>.

Em contraste com as Unidades Saúde da Família, no Brasil, todo médico das USF do SNS português é um especialista em Medicina Geral e Familiar, ou seja, tem formação compatível com outras especialidades médicas, permitindo o reconhecimento entre os pares de distintos níveis assistenciais, melhorando a resolubilidade das ações clínicas e facilitando a coordenação entre os níveis<sup>7</sup>. Em Portugal, a Medicina Geral e Familiar é jurídica e conceptualmente uma especialidade médica como qualquer outra e, como tal, é reconhecida pela



Ordem dos Médicos e pelo SNS. Todavia, um dos grandes desafios à expansão das USF tem sido o déficit de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar para compor novas equipes, ainda que, desde o início dos anos 1980, tenha havido expansão e apoio à formação nessa especialidade e o fortalecimento da função de gestor do cuidado e de *gatekeeping* dos médicos de família<sup>6</sup>. A enfermagem de ambulatório, nas USF, tem-se desenvolvido muito com esta reforma, porém não se tem avançado a contento na inserção de outros profissionais, ainda que estes existam em grande número no país.

As USF portuguesas trabalham em turnos ininterruptos (8h-20h), com um número de médicos e enfermeiros maior e com uma carteira de usuários menor (< 50%) que os padrões brasileiros para as Equipes de Saúde da Família (EqSF), permitindo cuidados mais personalizados, intersubstituições e compartilhamento clínico entre profissionais de mesma categoria, com garantia de acesso em tempo oportuno aos usuários.

Graças ao sistema de marcação de consulta com uma diversidade de ferramentas – agendamento com hora marcada, agendas abertas para as intercorrências agudas e a presença de médicos e enfermeiros em todos os dias e turnos de funcionamento –, as USF são um serviço de entrada preferencial, os tempos de espera na recepção são adequados e não há formação de filas. Esse sistema também contribui para que as listas de usuários sejam diversificadas, ou seja, formadas por pessoas de distintas classes sociais. Tais evidências são importantes contrastes com as EqSF no Brasil, uma vez que, ainda se convive com filas de espera; marcações de consultas presenciais e por ordem de chegada; equipes concentradas nas zonas mais carentes e, por isso, sem valorização e uso da classe média; e ausência, sobretudo, de médicos em diferentes turnos de funcionamento, durante as férias e nos momentos das capacitações, entre outros motivos, comprometendo o acesso oportuno e a resolubilidade, afetando o sentido de serviço de busca regular<sup>25</sup>.

Os instrumentos para continuidade do cuidado (protocolos, prontuários eletrônicos, sistemas informatizados de referência, entre outros) são outra evidência encontrada na prática cotidiana dos profissionais das USF, em Portugal, que ampliam a qualidade dos serviços prestados, racionalizam o uso e permitem a manutenção da continuidade. Ainda assim, a integração dos cuidados entre os diferentes níveis e os tempos de resposta hospitalar continuam a ser desafios para o SNS<sup>7,19</sup>.

De certo modo, a ideia de uma reforma da APS vem sendo debatida há mais de 25 anos, mas somente em 2005 aproximou-se da agenda política e foi adotada como um programa de governo<sup>6</sup>. Além disso, Lapão e Dussault<sup>6</sup> afirmam que o sucesso da reforma foi conseguir tornar um objetivo político

uma questão técnica, uma vez que houve confluência de interesses entre várias estruturas médicas e o programa de governo, permitindo uma “janela de oportunidade” que viabilizou amplas mudanças organizacionais em um tempo muito curto, apesar de algumas resistências e/ou omissões. Todavia, as repercussões da crise financeira internacional em Portugal, além de um partido conservador no poder, mudaram o panorama de “favorável” para “menos favorável” num espaço de apenas dois anos, comprometendo o ritmo e a amplitude da reforma<sup>26</sup>.

Outras questões que desafiam os formuladores de política e fragilizam a reforma da APS correspondem aos aspectos gerais do SNS, como a existência de cerca de 10% da população sem médico de família atribuído, um insuficiente nível de participação dos cidadãos no sistema de saúde e problemas no acesso a alguns tipos de cuidados (como psicologia, saúde bucal, fisioterapia, nutrição), sobretudo no primeiro nível de atenção. Apesar do compromisso político de orientar o sistema de saúde português para APS, a alocação de recursos continua a favorecer a área hospitalar<sup>9</sup>. O acesso aos serviços de saúde bucal, por exemplo, constitui um problema crítico em Portugal, visto que se trata de um cuidado residual (em contraposição ao direito e à necessidade), atrelado a condição financeira, faixa etária e/ou condição de vida, garantido mediante um “voucher dental”<sup>11</sup>. Tais pontos reforçam os avanços na oferta de serviços no SUS e alertam para a necessidade de ampliação da base de apoio social, para sustentação do sistema em tempos de crise ou mediante mudança ideológica na condução de políticas sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sucesso da reforma destaca-se na dimensão micropolítica, ou seja, na criação das USF como processo voluntário de adesão dos profissionais de saúde, o que permite certa estabilidade mesmo em tempos de crise. Os Aces, por exemplo, representam um significativo passo em direção à descentralização em um país com longa tradição de decisões centralizadas<sup>6</sup>.

No campo político-institucional, a criação da Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), em 2008, foi um vigoroso esforço para garantia da representação das USF, além de expressar uma explícita defesa dos profissionais da saúde em favor da APS como estratégia de mudança do modelo de atenção. Para o Brasil, trata-se de um aprendizado institucional potente, pois ressalta o engajamento dos médicos e de outros profissionais em prol da saúde universal, pública e com valorização dos cuidados primários.

No momento, a amplitude de cobertura das USF ainda não possibilita a universalidade do acesso, todavia as UCSP garantem médico de família à maioria da população não

abrangida por USF. Assim, apenas uma pequena parte dos cidadãos não tem acesso a médico de família. Além disso, o aumento do número de licenciados em Medicina e o consequente aumento dos residentes em Medicina de família irão contribuir para que, em cerca de seis a oito anos, haja médicos de família em número suficiente em Portugal<sup>27</sup>.

Por fim, a Reforma da APS em Portugal é considerada um “evento extraordinário”, um exemplo bem-sucedido de intervenção nas reformas organizacionais na Europa em favor da coordenação dos cuidados por médicos generalistas. Ressalta-se, também, a Reforma da APS como um movimento catalisador de ideias que vinham sendo cunhadas mesmo antes de Alma-Ata, por meio de ensaios e experiências piloto para ajuizar a viabilidade, sobretudo, no que tange à formação e à valorização de médicos voltados para os cuidados primários e a APS enquanto prioridade na política de Estado.

## REFERÊNCIAS

1. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW. Atenção Primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia. Berkshire: Open University Press; 2006.
2. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. The World Health Report 2008. Geneva: WHO; 2008.
3. Portugal. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa; 2006.
4. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera. Crise e saúde: um país em sofrimento. Mar da Palavra: Coimbra; 2012.
5. Miguel LS, Sá AB. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuições para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Ministério da Saúde: Lisboa; 2010.
6. Lapão VL, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Mgmt* 2012. DOI: 10.1002/hpm.2111
7. Rocha MP, Sá AB. Reforma da Saúde Familiar em Portugal: avaliação da implantação. *Ciência Saúde Coletiva* 2011; 16(6):2853-63.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3.ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
9. Biscaia AR, Martins JN, Carreira MFL, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos. 2.ed. Fundação Astrazeneca: Lisboa; 2008.
10. Portugal. Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico (2007-2009). Lisboa; 2007.
11. Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition* 2011; 13(4):1-156.
12. Portugal. Decreto-lei nº 28 / 2008. Cria os ACES. Diário da República, 1ª série, nº38, 22/02/2008, Lisboa, 2008.
13. Botelho H. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2011/09/15/henrique-botelho/>>[Capturado em: 23 nov. 2011].
14. Portugal. Decreto-lei nº 298 / 2007. Regime jurídico da organização e do funcionamento das USF. Diário da República, 1ª série, nº161, 22/08/2007, Lisboa, 2007.
15. Barbosa APR. Implicações éticas das taxas moderadoras face à escassez de recursos em saúde. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Biótica. Universidade do Porto; 2009.
16. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera. Duas faces da saúde. Mar da Palavra: Coimbra; 2013.
17. Portugal. Decreto-Lei 113/2011, de 29 de nov. de 2011. O presente diploma regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios. Diário da República, n.229, Lisboa, 2011.
18. Portugal. Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica, 17 de maio de 2011. Lisboa; 2011.
19. Portugal. Portaria 1529, de 26 de dez. de 2008. Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Lisboa, 2008.
20. Portugal. Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013. Lisboa, 2013.
21. Melo M, Sousa JC. Os indicadores de desempenho contratualizados com as USF: um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:28-34.
22. Portugal. Tempo decisivos: da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários. Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (GCRCS). Lisboa, 2010.
23. Gaspar D, Jesus SN, Cruz JP. Motivação profissional de médicos internos de Medicina Geral e Familiar, em Portugal: estudo de adaptação de um instrumento de avaliação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2010; 28(1).
24. Dussault G, Fronteira I. Recursos humanos para a saúde (RHS). Plano integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-16 (Portugal). Lisboa; 2010.

25. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Magalhães R, Senna MCM. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
26. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera: depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. Mar da Palavra: Coimbra; 2011.
27. Santana P. Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde [Relatório Final]. Universidade de Coimbra; 2013.

#### CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Adriano Maia dos Santos coletou e analisou os dados, redigiu e organizou o artigo. Lígia Giovanella participou da concepção e revisou o artigo. Henrique Botelho e Jaime Correia de Sousa orientaram o “Doutoramento Sanduíche”, supervisionaram o trabalho de campo e revisaram o artigo.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Adriano Maia dos Santos  
Universidade Federal da Bahia (UFBA)  
Instituto Multidisciplinar em Saúde — Campus Anísio  
Teixeira  
Rua Rio de Contas, 58. Quadra 17. Lote 58  
Candeias — Vitória da Conquista  
CEP: 45055-090 BA  
E-mail: maiaufba@ufba.br