



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

Enquadramento

A implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF), aspeto mais saliente da reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários Portugueses (CSP), foi das mais bem sucedidas reformas dos serviços públicos das últimas décadas. Existem já 342 USF abrangendo 6625 profissionais e mais de 4,2 milhões de utentes do Serviço Nacional de Saúde.

Políticas adaptativas

Este processo de inovação e desenvolvimento tem suscitado interesse quer em Portugal quer no estrangeiro. Grande parte do seu sucesso deve-se provavelmente a estar baseado naquilo que D. Swanson¹ caracteriza como políticas adaptativas. Estas políticas permitem confrontar situações inesperadas e continuar a navegar na direção dos objetivos em contextos muito voláteis e de evolução incerta como o contexto de crise social nacional e internacional em que hoje vivemos.

Estas políticas devem:

- Basear-se em análises de situação integradas e viradas para o futuro;
- Estimular e refletir sobre contribuições do maior número possível de *stakeholders*;
- Promover a capacidade de ajustamentos automáticos da política através da monitorização de indicadores-chave;
- Fomentar a capacidade da sociedade, das comunidades e das organizações para a auto-organização e o *networking* social;
- Descentralizar a governação até ao mais baixo e efetivo nível de decisão;
- Incentivar respostas variadas às políticas implementadas para que desta diversidade surja a possibilidade de escolha de soluções alternativas e se potencie a inovação; e
- Implementar rotinas de avaliação, de revisão e de aprendizagem permanente.

1 Swanson D, Barg S, Tyler S et al. Seven guidelines for policy-making in an uncertain world. In Creating adaptive policies. A guide for policy-making in an uncertain world. Darren Swanson, Suruchi Bhadwal ed. New Delhi:Sage Publications.2009; 168 p.



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

Num artigo de 2005, R. Atun et al² ilustram o sucesso destas políticas adaptativas numa reforma dos cuidados de saúde primários e complementam o pacote necessário para se ter sucesso:

- Liderança forte;
- Boa coordenação entre o nível político e operacional;
- Abordagem prática da implementação enfatizando a clareza das intervenções para poder ser rapidamente apreendida pelos potenciais destinatários dessas políticas;
- Estratégias de envolvimento para evitar conflitos desnecessários com *o status-quo*;
- Gestão cuidadosa da mudança para que a reforma não seja politizada demasiado cedo demasiado cedo e investimentos fortes e precoces na formação para estabelecer uma massa crítica de profissionais que possam rapidamente operacionalizar e implementar as políticas.

R. Atun considerou ainda que é da máxima importância que haja uma abordagem à reforma multifacetada e coordenada, com mudanças nas leis, reestruturação organizacional, alterações no financiamento e nos sistemas de pagamento de prestadores, criação de incentivos à inovação e investimento no desenvolvimento dos recursos humanos. Em termos gerais, esta foi a cartilha proposta e promovida, até há muito pouco tempo, pela Reforma dos CSP iniciada em 2005.

A reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários

Uma das primeiras medidas do Ministério da Saúde do XVII Governo Constitucional, que tomou posse em 2005, foi a revogação do Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de abril que enquadrava a reforma dos CSP proposta pelo governo anterior, por considerar “não ter tido aplicação prática à realidade do País” nem conferir “...qualquer autonomia...” aos Centros de Saúde e por se basear num “obsoleto conceito de verticalização dos sectores, diminuindo, assim, a natureza multidisciplinar e integradora dos cuidados de saúde que devem ter no seu centro o utente”. Estava, portanto, dado um novo mote para a mudança: centragem no cidadão, ligação à realidade do país, autonomia, multidisciplinaridade, integração. É, então, anunciada a criação de

2 Atun R, Menab N, Saluevre K et al. Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy* 2006; 79 (2006) 79–91.



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

uma Missão para os CSP “com a natureza de estrutura de missão, 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” por resolução do Conselho de Ministros.³ De importância foi, também, a determinação, na mesma resolução, da obrigatoriedade de que em cada Administração Regional de Saúde fosse criada uma equipa de apoio ao processo de implementação, tentando obviar muitos dos problemas que surgiram na implementação das reformas anteriores. É escolhido para liderar esta Missão o então presidente da APMGF – Associação Portuguesa dos Médicos de Medicina Geral e Familiar.⁴

Os principais objetivos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários passavam por melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, a qualidade e a continuidade destes assim como a eficiência e aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores. Para tal foi considerado necessário modernizar e reconfigurar os Centros de Saúde “como o coração do Serviço Nacional de Saúde e a estrutura de alicercamento de todo o sistema de saúde”, seguindo uma série de princípios dos quais se destacam:

- Orientação para a comunidade;
- Flexibilidade organizativa e de gestão;
- Desburocratização;
- Trabalho em equipa;
- Autonomia e responsabilização;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Contratualização e avaliação.

O processo de mudança para os “novos Centros de Saúde” passaria por:

- Constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Associação de Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- Introdução de um novo modelo de gestão;
- Instituição de governação clínica;

³ Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários, e nomeia o Coordenador).

⁴ Biscaia A, Martins J, Carreira M, Fronteira I, Antunes A, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Grande Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2ª ed. rev. ampl. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2008.



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

- Reorganização dos serviços de suporte (nomeadamente com desativação das Sub-Regiões de Saúde).

Este processo de mudança teria, então, dois vetores, um “de cima para baixo”, em consonância com a reestruturação da Administração Central do Estado e a nova macroestrutura do Ministério da Saúde e outro de “baixo para cima” com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidaturas voluntárias destes para a criação de equipas autónomas de prestação de cuidados de saúde, as USF. Estas candidaturas a USF são sujeitas a uma avaliação técnica, devendo cumprir uma série de requisitos previamente estipulados num processo dinâmico de ajustamento contínuo do modelo organizacional. No final conseguir-se-ia a reconfiguração dos Centros de Saúde existentes em Agrupamentos de Centros de Saúde.

A reforma de 2005 dos CSP abriu, portanto, lugar a um processo de crescimento, maturação e inovação no funcionamento dos cuidados de saúde, no sentido da flexibilização organizativa e de gestão, da desburocratização, do trabalho em equipa, da autonomia, da responsabilização, da melhoria contínua da qualidade, da contratualização e da sustentabilidade, tendo como principal motor de mudança as USF.

As USF são um pilar inovador na prestação de CSP e nos serviços públicos em Portugal⁵:

- Dão corpo a um modo avançado de organização baseado em equipas coesas, multiprofissionais, auto-organizadas (integrando médicos de família, enfermeiros e administrativos/secretários clínicos, cuja dimensão se subordina à população inscrita) com uma dimensão média de 20 elementos, agrupadas voluntariamente (através de uma candidatura on-line e formal à equipa regional de apoio da respetiva Administração Regional de Saúde - ARS) para responder de modo flexível às necessidades de saúde de um conjunto bem definido de cidadãos e famílias (lista de utentes);
- Têm autonomia técnica e organizacional regulada por um conjunto de instrumentos formais explícitos, tais como o regulamento interno ou o plano de ação, ao nível da organização e funcionamento e apresentam uma estrutura orgânica onde podem ser identificados o coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral;
- Visam alcançar objetivos e metas de qualidade de processos e de resultados de saúde enquadradas

⁵ Despacho Normativo n.º 9/2006 (alterado pelo Despacho Normativo n.º 10/2007) (aprova o regulamento que estabelece os termos, as condições e os procedimentos necessários para as candidaturas a Unidades de Saúde Familiar).



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

através de uma carta compromisso contratualizada com as direções executivas dos ACES e destes com as ARS e disponibilizadas on-line no site das ARS, sendo avaliadas e responsabilizadas pelos seus desempenhos – a contratualização permite, assim, melhorar a ligação entre a afectação de recursos e os objetivos e prioridades em saúde;

- Podem aceder a um sistema retributivo misto (base/carreira, capitação ajustada, à peça - só no caso dos domicílios - e por objetivos da equipa e não individuais) que premeia a igualdade de acesso, o desempenho individual e coletivo para a eficiência e a qualidade; no caso dos médicos são considerados
 - Suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas das listas de utentes;
 - Suplemento da realização de cuidados domiciliários;
 - Suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, quando contratualizado;
 - Compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas (como a vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, a vigilância de uma gravidez ou de uma criança no primeiro ou no segundo ano de vida, a vigilância de uma pessoa com diabetes ou hipertensão); e
 - Compensação associada à carteira adicional de serviços, quando contratualizada;
- Podem, igualmente, alcançar outros incentivos que tenham como objetivo apoiar e estimular o desempenho coletivo dos profissionais da USF:
 - Os incentivos institucionais consistem na atribuição de prémios institucionais para reinvestimento na própria USF sendo aferidos pelo desempenho, medido por indicadores, em quatro áreas – acessibilidade; desempenho assistencial; satisfação dos utentes; eficiência; e
 - Os financeiros para enfermeiros e secretários clínicos, estando a sua atribuição dependente da concretização de metas contratualizadas referentes a atividades de vigilância de mulheres em planeamento familiar e grávidas, de vigilância de crianças do nascimento até ao segundo ano de vida, de vigilância de pessoas com diabetes ou hipertensão;
- Possuem sistemas de informação (gestão do utente, administrativa, clínica e de desempenho) para a gestão da prática e que permitem responder aos indicadores solicitados pela equipa regional de apoio e acompanhamento e manter uma base de dados credível e fiável dos ficheiros de utentes dos profissionais aderentes;



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

- Assumem um acordo de intersubstituição que garanta, nos dias úteis, atendimento no próprio dia aos utentes inscritos nas USF;
- Estabelecem uma hierarquia técnico-científica, indicada pela equipa, para garantir a qualidade do serviço;
- Estruturam um plano de desenvolvimento de competências e de formação;
- Aceitam uma integração em rede com as outras unidades no ACES;

A evolução organizativa das USF assenta em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. A classificação de uma USF num dado nível é determinado pelo cumprimento de critérios em três áreas de diferenciação: o grau de autonomia organizacional, a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Segundo o Despacho nº 24 100/2007, que define os modelos de organização das USF, 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:

- Modelo A – corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar; compreende as USF do setor público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao setor 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, o que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF;
- Modelo B – indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, 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; abrange as USF do setor público administrativo com um regime retributivo especial integrando remuneração-base, suplementos e compensações pelo desempenho (ver acima);
- Modelo C – modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo Serviço Nacional de Saúde, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pelas administrações regionais de saúde e face à



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

existência de cidadãos sem médico de família atribuído; abrange USF dos setores 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.

Neste momento, apenas existem USF dos modelos A e B.

Por outro lado, continua a ser possível manter o nível de organização anterior, não USF, em UCSP (unidades de cuidados de saúde personalizados) nos casos em que os profissionais não se queiram ou possam organizar em USF.

A contratualização desafia a hegemonia da conceção hierárquica de comando e controlo na implementação de políticas públicas, na medida em que o estabelecimento, realização e monitorização de metas de saúde são vistos como a expressão de “compromisso social”. Com o modelo das USF a noção de governança ou governação clínica (*clinical governance*) começou a aplicar-se no domínio da saúde, como sendo um processo através do qual há uma responsabilização das organizações pela melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. São envolvidos todos os elementos da equipa de saúde no sentido de identificar aspetos a melhorar e propor soluções.

Os ACES⁶, de acordo com a legislação que lhes dá suporte, são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, desconcentrados das respetivas administrações regionais de saúde (ARS), mas sob o seu poder de direção, constituídos por várias unidades, tendo por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Destas unidades constam as unidades funcionais como as USF e as UCSP (unidade de cuidados de saúde personalizados) para além das USP (unidades de saúde pública), das URAP (unidades de recursos partilhados que integram, por exemplo, as assistentes sociais e os psicólogos) e das UCC (unidades de cuidados na comunidade) – uma por cada CS. Cada unidade funcional (UF) assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES. Existem ainda as UAG (unidades de apoio à gestão) para apoiar o diretor executivo, o conselho executivo, o conselho clínico e o conselho da comunidade do ACES.

Na realidade enquanto as USF conseguiram alcançar o potencial encerrado na legislação que lhes dava suporte, os ACES não o conseguiram na sua plenitude, estando a sua autonomia e capacidade de resposta ainda demasiado limitadas.

6 Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde – Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2007”. 29 p.



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

A evolução da reforma

As candidaturas para as primeiras USF iniciaram-se em Março de 2006, menos de um ano após a tomada de posse do Governo que decretou esta reforma e menos de cinco meses depois da constituição da Missão para os CSP. A entrada em atividade das primeiras USF ocorreu em setembro de 2006, menos de seis meses após o início das candidaturas.

Em Outubro de 2012, tinham sido efetuadas 538 candidaturas, das quais 411 tinham sido aceites para avaliação e 342 USF estavam em funcionamento ao longo do País. A zona norte tem sido a mais ativa nas candidaturas para a constituição de USF.

Quadro geral nacional de USF

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Candidaturas a USF	131	88	49	125	59	51	35	538
USF em atividade	43	61	56	71	47	42	22	342

O Valor das USF

O valor das USF está demonstrado através dos resultados nas áreas do **acesso**, do **desempenho**, da **qualidade** e da **eficiência**, significativamente melhores do que os alcançados pelas unidades tradicionais, destacando-se sobretudo o acesso a cuidados domiciliários, vigilância da doença crónica e oncológica, precocidade na vigilância da grávida e recém-nascido e eficiência económica.

A implementação das USF gerou, até agora, um aumento da capacidade para utentes nas listas dos médicos de família de 546.426 utentes.

Numa avaliação do grau de satisfação dos utentes em que se comparou USF versus Não USF num estudo conduzido por uma entidade independente "The Nielsen Company" a pedido e com o financiamento da ARS de Lisboa e Vale do Tejo com 2200 entrevistas em 2009, envolvendo 11 USF e 11 não USF, concluiu-se que

- Os resultados entre as USF tendem a ser homogéneos.
- As USF foram significativamente melhor avaliadas que as Não USF na organização, nos horários, no serviço prestado, nas condições da Unidade de Saúde, nas marcações via telefone, no tempo entre a marcação e a consulta (mais curto nas USF), e no tempo de espera para ser atendido quando chega à unidade (em média menos 15 minutos nas USF). Noutro estudo de âmbito nacional da autoria da



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

CEISUC 93,7% dos utentes das USF concordavam ou concordavam muito com a frase "Recomendo fortemente esta USF a amigos".

Num estudo da ARS Norte de 2010⁷, gastavam-se menos 62,1 euros em média por utilizador em medicamentos facturados nas USF do que nas UCSP e menos 17,7 euros em meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Esta mesma ARS Norte fez a estimativa para o cenário de todo o norte de Portugal estar coberto por USF:

- Mais 260.344 utentes teriam médico de família
- Mais 81.651 utentes teriam pelo menos uma consulta médica
- Mais 354.028 utentes teriam uma visita domiciliária médica
- Mais 523.620 utentes teriam uma visita domiciliária de enfermagem
- Mais 32 em cada 100 hipertensos teriam sido vigiados
- Mais 60 em cada 100 diabéticos teriam tido 3 avaliações de hemoglobina a1c
- Mais 33 em cada 100 mulheres teriam realizado mamografia e mais 37 colpocitologia
- Haveria menos custos com medicamentos – 101.961.170,00€
- Haveria menos custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica – 29.601.630,00€.

Se todo o território de Portugal estivesse coberto por USF a poupança em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, em números de 2010, seria na base referida de 282.579.902,6 euros.

A inovação das USF

A inovação das USF manifesta-se nos seguintes parâmetros⁸:

7 Departamento de Contratualização de Cuidados de Saúde Primários da ARS Norte. Cuidados de Saúde Primários – O NORTE APOSTA NAS USF; EVOLUÇÃO 2006/2010. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/article_6100/csp_usf_regiao_norte_evol_2006_2010.pdf

8 Biscaia, A. 2010. A satisfação no trabalho dos médicos de família dos centros de saúde portugueses. Tese de Doutoramento. Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

- A reforma está fortemente alicerçada na cultura dos profissionais de saúde, nunca foi um corpo estranho aos profissionais ou considerada como tendo sido imposta de fora – a sua estrutura-base tem múltiplos pontos de contacto com o documento “Um futuro para a Medicina de Família em Portugal” publicado em 1991 pela APMGF – Associação Portuguesa dos Médicos de Medicina Geral e Familiar que tem sido um importante documento-guia para os médicos de família e na relação destes com os outros grupos profissionais; recupera também o conceito do enfermeiro de família e da importância da intervenção comunitária, dois cavalos-de-batalha da enfermagem portuguesa; enriquece as funções administrativas abrindo a porta para uma nova profissão, uma aspiração de muitos dos que têm apostado nesta atividade; e reforça a noção de equipa de saúde, considerada um dos pontos fortes dos CSP;
- Foi criada pelo Conselho de Ministros, não um grupo de trabalho, mas uma estrutura de missão com plenos poderes e suporte político, para delinear e implementar todo o processo de mudança, do nível macro ao micro – uma estrutura que respondia diretamente perante o ministro da saúde sendo independente dos outros departamentos do ministério da saúde; incluía médicos de família, médicos de saúde pública, enfermeiros, juristas, gestores e psicólogos organizacionais;
- O modelo adotado para as USF e, nomeadamente, o regime remuneratório e de incentivos foi baseado na avaliação de vários anos de modelos-piloto como o Regime Remuneratório Experimental e o Projecto Alfa (eles próprios inovações radicais no quadro da função pública) e num estudo de impacto da generalização do modelo proposto;
- É proposto um papel central para a governação clínica nos Centros de Saúde reconfigurados e o corpo técnico é fortemente valorizado em cada USF, com as suas responsabilidades técnicas e autoridade independentes do corpo gestor dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ainda que tarde em se afirmar);
- Os objetivos e metas da reforma para os diferentes níveis de decisão estão definidos e o seu cumprimento é publicamente avaliado;
- Os diferentes níveis de decisão criaram grupos de acompanhamento para monitorizar a evolução, dar apoio aos processos de mudança e melhor garantir o cumprimento as suas obrigações (que funcionaram bem até metade do período de tempo desta reforma mas que têm perdido fulgor, foco e eficiência);



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

- Há um componente forte de baixo para cima, quer na fase do desenho da reforma (suportada por investigação e conhecimento produzidos por associações profissionais) quer na fase da implementação (as USF são voluntárias e dependentes da capacidade organizativa e de inovação dos profissionais do terreno);
- Assumiu-se que a reforma iria ser implementada como um processo em desenvolvimento, decidindo-se não esperar que todos os detalhes estivessem resolvidos e totalmente operacionais para avançar com as mudanças, mas antes lançando as fundações, fornecendo orientações e começando a operar ao mesmo tempo que se definiam e implementavam os últimos detalhes, retirando já vantagens do conhecimento de como as coisas se estavam a passar no terreno;
- Existiu uma discussão alargada à volta da reforma – da sua necessidade, da sua urgência, da sua definição e da sua implementação – com a criação nomeadamente de vários fóruns on-line; no entanto, a discussão, apesar da repercussão nos meios de comunicação social, não se alargou à maioria da população, circulando maioritariamente entre os grupos profissionais relacionados com a Saúde;
- Há um grande e detalhado interesse dos meios de comunicação social sobre a reforma.

USF: modelo positivo para o futuro

Esta nova gestão pública pode, assim, ser vista como uma influência positiva na administração de saúde do Estado, centrada no cidadão e na micro-eficiência. Uma governação que assegura um elevado grau de participação, transparência, discriminação positiva e responsabilização nas decisões de interesse comum para a saúde dos portugueses.

O modelo das USF assenta nos princípios da conciliação, cooperação, solidariedade, autonomia, responsabilidade, articulação, avaliação e gestão participativa. Acreditamos que a sua implementação constitui uma das reformas melhor sucedidas das últimas décadas em Portugal e que é possível a exportação do modelo para outras áreas sociais, permitindo uma reestruturação generalizada dos serviços públicos em Portugal, com ganhos para a administração pública e para todos os cidadãos.



ENCONTRO Nacional das USF

Saúde, Capital do Futuro

Lisboa | ISCTE + Auditório Faculdade Medicina Dentária
9, 10 e 11 de maio 2013

Para saber mais:

<http://www.usf-an.pt/>

<http://www.acss.min-saude.pt/>

<http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/CuidadosdeSaúdePrimários/tabid/118/language/pt-PT/Default.aspx>

<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1>

<http://www.observaort.org/>

Autoria: André Biscaia e Ana Amorim

Recebeu comentários de Ana Ferrão, Bernardo Vilas Boas, Henrique Botelho, João Rodrigues e Vítor Ramos.