

Unidades de Cuidados Saúde Primários Universitárias: Do Sonho à Realidade

Academic Primary Care Units: From Dream to Reality

Gil CORREIA ^{✉ 1,2,3}, António PEREIRA ^{4,5,6}, Cláudia BULHÕES ^{7,8,9}, Conceição OUTEIRINHO ^{10,11}, Filipe PRAZERES ^{12,13,14}, Inês ROSENDO ^{1,15}, José Pedro ANTUNES ^{16,17,18}, Luís MONTEIRO ^{17,18,19}, Nuno JACINTO ^{20,21}, Paula BROEIRO-GONÇALVES ^{22,23}, Paulo SANTOS ⁴, Pedro SIMÕES ^{24,25}, Raquel RESENDES MARTINS ^{26,27}, Rubina CORREIA ^{28,29}, Tiago MARICOTO ^{30,31}, Luiz Miguel SANTIAGO ^{1,15}

Acta Med Port 2026 Jan;39(1):1-7 • <https://doi.org/10.20344/amp.23593>

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários; Médicos de Família; Portugal; Prestação Integrada de Cuidados de Saúde; Programas Nacionais de Saúde; Reforma dos Serviços de Saúde; Serviço Nacional de Saúde/organização e administração

Keywords: Delivery of Health Care, Integrated; Health Care Reform; National Health Programs; Physicians, Family; Portugal; Primary Health Care; State Medicine/organization & administration

INTRODUÇÃO

A generalização do modelo de gestão do Serviço Nacional de Saúde português (SNS) em unidades locais de saúde (ULS), em 2024, implicou a fusão e extinção de mais de 50 instituições. Entre estas, encontram-se agrupamentos de centros de saúde (ACES), administrações regionais de saúde (ARS) e hospitais do setor público administrativo (instituições hospitalares públicas, incluindo as do sector empresarial do estado) no que foi apresentada como a “maior transformação do SNS desde a sua criação”.¹⁻³ Esta reforma agregou os serviços públicos de saúde de uma dada região geográfica numa única instituição, pela

integração vertical (modelo de gestão/organização dos Cuidados de Saúde em que uma única instituição congrega os diferentes níveis de cuidados prestados - desde os cuidados preventivos na comunidade, primários, hospitalares, continuados e paliativos).^{2,4,5} A integração dos cuidados de saúde primários (CSP) de forma abrupta, sem atender às especificidades da estrutura e expectativas dos profissionais, resultou em desafios organizacionais.⁶

Este modelo, financiado por captação, coerente com a integração vertical, pretende privilegiar os cuidados centrados na pessoa, dado que a mesma ULS é responsável por

1. Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.
2. Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB). Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.
3. Unidade de Saúde Familiar CelaSaúde. Unidade Local de Saúde de Coimbra. Coimbra. Portugal.
4. MEDCIDS. RISE-Health@RISE. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.
5. Departamento de Ciências Médicas. Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.
6. Unidade de Saúde Familiar Prelada. Unidade Local de Saúde de Santo António. Porto. Portugal.
7. Escola de Medicina. Universidade do Minho. Braga. Portugal.
8. Unidade de Saúde Familiar Vida+. Unidade Local de Saúde Braga. Braga. Portugal.
9. Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde. Universidade do Minho. Braga. Portugal.
10. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). Universidade do Porto. Porto. Portugal.
11. Unidade de Saúde Familiar Barão de Nova Sintra. Unidade Local de Saúde de São João. Porto. Portugal.
12. Departamento de Ciências Médicas. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Portugal.
13. Unidade de Saúde Familiar Beira Ria. Gafanha da Nazaré. Portugal.
14. RISE-Health. Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.
15. Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro. Unidade Local de Saúde de Coimbra. Coimbra. Portugal.
16. Unidade de Saúde Familiar Arte Nova. Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro. Aveiro. Portugal.
17. Departamento de Ciências Médicas. Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.
18. Centro Académico Clínico Egas Moniz Health Alliance. Universidade de Aveiro. Aveiro. Portugal.
19. USF Esgueira +. Unidade Local de Saúde Região de Aveiro. Aveiro. Portugal.
20. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Lisboa. Portugal.
21. Unidade Local de Saúde Alentejo Central. Évora. Portugal.
22. NOVA Medical School. Universidade NOVA de Lisboa. Lisbon. Portugal.
23. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Olivais. Unidade Local de Saúde S. José. Lisboa. Portugal.
24. Faculdade Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Portugal.
25. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Fundão. Unidade Local de Saúde Cova da Beira. Covilhã. Portugal.
26. Centro de Saúde da Ilha de São Miguel. Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel. Ponta Delgada. Portugal.
27. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Universidade dos Açores. Ponta Delgada. Portugal.
28. Unidade Local de Saúde Algarve. Faro. Portugal.
29. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto. Portugal.
30. Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS-UBI). Universidade da Beira Interior. Covilhã. Portugal.
31. Unidade de Saúde Familiar Beira Ria. Unidade Local de Saúde de Aveiro. Ilhavo. Portugal.

✉ Autor correspondente: Gil Correia. gil.rcorreia@gmail.com

Revisto por/Reviewed by: Patrícia Borges Fernandes e Daniel Beirão

Recebido/Received: 27/06/2025 - **Aceite/Accepted:** 15/09/2025 - **Publicado Online/Published Online:** 31/10/2025 - **Publicado/Published:** 02/01/2026

Copyright © Ordem dos Médicos 2026



todo o contínuo do processo de cuidados.⁷ As vantagens apontadas incluem aumento de eficiência, qualidade de acesso, promoção de cuidados preventivos e desenvolvimento de percursos clínicos de cuidados integrados.^{2-4,8}

Apesar de se prever um aumento da proximidade entre o nível da prestação de cuidados e a gestão, a sua implementação encontrou constrangimentos e desencadeou resistência dos profissionais.^{5,6} Dadas as assimetrias, persistem dúvidas relativamente ao seu financiamento, em particular nas ULS que incluem centros universitários, o que motivou a constituição de um grupo de trabalho, em 2024.^{5,6,9,10}

A nomeação do grupo foi alvo de críticas por não incluir representantes de algumas das partes interessadas. O relatório final incluiu a proposta de criação de novas camadas na governação das ULS, não avançando propostas estruturais mais aprofundadas. Além disso, não incluiu referências aos CSP, com exceção da posição da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF).¹¹

No presente artigo propomos uma nova forma de organização dos CSP nas ULS – particularmente as que incluem centros universitários – complementar à resposta existente, pela criação de unidades de cuidados de saúde primários universitários.

OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

Os CSP portugueses foram inovadores no seio da administração pública por integrarem um modelo de pagamento por desempenho (P4P), desde a reforma em 2005.^{5,12,13} Desde então, os CSP assentam maioritariamente em pequenas unidades multiprofissionais com autonomia organizativa, funcional e técnica – as unidades de saúde familiar (USF) criadas por adesão voluntária dos profissionais, com uma matriz comum e objetivos de desempenho bem definidos e contratualizados anualmente.^{5,14} Os cuidados hospitalares têm uma organização distinta apesar do impulso recente na criação de centros de responsabilidade integrada, que integram P4P.^{15,16}

A integração vertical dos cuidados promove a eficiência pela criação de valor em saúde, e obriga ao reforço da capacidade dos CSP e do seu enquadramento legal. O modelo ULS mantém a centralidade na pessoa, continuando os CSP como pilar central e principal porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, com uma importância crucial pela prevenção e promoção da saúde e pela coordenação de cuidados com impacto na eficiência, apesar do receio dos profissionais de saúde no seguimento de uma orientação hospitalocêntrica.^{2,5,6,12,17}

Os CSP promovem a equidade e o acesso a cuidados de saúde, eficazes, eficientes e capazes de criar valor em saúde.¹⁸⁻²¹ Desta forma, a aposta nos CSP permite mitigar

os riscos de um financiamento global das ULS por captação, pelos incentivos que podem desencorajar a prestação de determinados serviços e cuidados.^{13,17,22,23}

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E O MODELO UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A integração dos CSP nas ULS pode proporcionar vantagens ao sistema.¹² É essencial, no entanto, garantir a preservação da identidade e autonomia do exercício, assegurando uma gestão que reflete as necessidades específicas dos utentes. A satisfação das expectativas, incentivos e reconhecimento do trabalho, também em seu mérito são, por outro lado, fundamentais para a captação e manutenção de recursos humanos.

Importa reconhecer que o âmbito dos CSP não se esgota nas USF –unidades prestadoras de cuidados de saúde direcionadas ao cumprimento de objetivos específicos importantes, mas parcelares nas necessidades de saúde da população.²⁴ Num modelo de P4P, “obtemos o que medimos”, o que destaca a importância de desenhar objetivos apropriados, medidos por indicadores rigorosos que realmente refletem a qualidade do serviço prestado. No entanto, este modelo pode ter limitado o desenvolvimento de outras dimensões dos CSP e criado um custo de oportunidade relativamente a outros modelos de desenvolvimento. Também, o carácter voluntário de adesão à USF pode ter promovido o antagonismo entre equipas, a desigualdade de recursos humanos, e criado uma maior assimetria entre as USF recém-criadas e as unidades de cuidados de saúde personalizadas (UCSP), herdeiras dos antigos centros de saúde.²⁴

Neste sentido, devem ser discutidas propostas alternativas de oferta de serviços abrangentes que valorizem o trabalho dos profissionais de saúde, considerando a complexidade e a diversidade das atividades desempenhadas.^{11,25}

LIMITAÇÕES DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

A realidade atual é de dispersão de práticas e organização das USF.²⁶ Contrariamente à ideia inicial de uma estrutura leve e adaptável, as USF têm vindo a revelar várias limitações de flexibilidade laboral e de acessibilidade centrada na pessoa,²⁷ com impacto na insatisfação dos profissionais e dificuldade de retenção de recursos humanos. Por outro lado, não tem existido um estímulo à participação no ensino, em atividades de investigação e desenvolvimento ou na formação e capacitação profissional, por exemplo, pela progressão em ciclos avançados de estudos. Estas atividades devem ser protegidas e incentivadas, sem prejuízo para o profissional ou para a equipa multiprofissional.

São conhecidas as barreiras à investigação, como a falta de tempo, de financiamento, de infraestruturas adequadas, o excesso de burocracia e a escassa valorização

profissional.^{28,29} A contratualização em 2017 propunha incluir a investigação e a atividade científica na avaliação das unidades CSP através do índice de desempenho global, embora sem compensação específica ou redução da carga assistencial, mas até ao momento essas áreas não foram operacionalizadas. Reconhecendo insuficiências do modelo atual na resposta às necessidades das populações, dos profissionais e limitação em investigação e desenvolvimento (I&D), algumas respostas alternativas têm vindo a ser propostas e criadas (Tabela 1). Estas, no entanto, têm apresentado os mesmos desafios das USF e as condicionantes decorrentes do financiamento dirigido e sobrecarga assistencial.

CENTRO DE SAÚDE/UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS UNIVERSITÁRIOS

É premente destacar o papel agregador, holístico, coordenador de cuidados e conciliador com outras atividades dos CSP.

A criação de um centro de saúde/unidade de cuidados de saúde primários universitária, integrada numa ULS como resposta complementar em CSP, poderá promover a articulação entre hospitais universitários, instituições de ensino superior e as demais unidades de CSP, permitindo conciliar a vertente assistencial com o ensino pré e pós-graduado nas diversas profissões dos CSP, investigação, e o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas e organizacionais, baseadas em evidência (Tabela 2). Espera-se destas unidades um papel central na investigação em CSP, nomeadamente pela coordenação ou integração de

Tabela 1 – Modelos alternativos de unidades de cuidados de saúde primários e fase de implementação (secção 1 de 2)

Modelo alternativo	Princípios	Fase atual
Via Verde Almada-Seixal	Modelo inovador que integra uma equipa fixa composta por médicos especialistas em MGF, enfermeiros especialistas e generalistas e assistentes técnicos que assegura a assistência de todos os utentes sem médico de família. Esta equipa coordena e supervisiona um conjunto alargado de profissionais, incluindo médicos aposentados especialistas em MGF, internos de MGF, médicos contratados não especializados, médicos de outras unidades e enfermeiros contratados ou provenientes de outras unidades. Baseia-se na complementaridade de funções e tarefas para garantir uma resposta programada e não programada a uma população superior ao que seria esperado em lista de utente.	Extinta. Limitações de retenção de profissionais levaram à sua evolução para modelo USF (USF Inovar)
Clínica Universitária FMUP	Modelo clínico de prestação de cuidados de saúde nas áreas da Medicina Geral e Familiar, Geriatria, Nutrição Clínica e Psicologia. O financiamento depende da produção, sendo feita uma redistribuição pelos profissionais baseada na produção individual. Garante-se o acesso, a continuidade de cuidados, a globalidade e a coordenação no atendimento dos utentes. Trabalho de equipa garantido pela comunicação entre os profissionais ao nível dos registos clínicos e da integração dos objetivos. Assume a responsabilidade na formação pré e pós-graduada através de estágio clínico e produção de conhecimento.	Em fase de implementação
USF Arte Nova – adaptação do modelo tradicional	Acesso e personalização: utentes da equipa com gestão por microequipes (consulta aberta da unidade, sistemas de intersubstituição de longa duração, etc.). Adaptação do agendamento à demanda (sazonalidade, ausências, priorização clínica, etc.). Prestação de formação a elementos externos à unidade – Escola USF Arte Nova. Gestão e liderança multiprofissional – grupo de apoio executivo. <i>Task shifting</i> : reajustamento de tarefas (ex.: consultas HTA enfermagem). Cultura organizacional: comunicação positiva, sistemas de registo de ocorrências, motivação e gestão do talento. Formação multidisciplinar continua em <i>softskills</i> e <i>teambuilding</i> . Integração formal para atividades não assistenciais para todos os profissionais.	Implementado
USF Académica (FMUL – Campus de Torres Vedras)	Destina-se a cerca de 10 000 utentes sem médico de família, com capacidade para atingir 17 500 utentes. Resulta de uma parceria entre a FMUL e o Município de Torres Vedras, reforçando os cuidados de saúde primários na região. A USF Académica insere-se num projeto maior que inclui a participação em unidades de investigação clínica e tecnológica, e um papel central na formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde, promovendo tempo protegido para estas atividades.	Candidatura a USF Modelo C

Tabela 1 – Modelos alternativos de unidades de cuidados de saúde primários e fase de implementação (secção 2 de 2)

Modelo alternativo	Princípios	Fase atual
Centro de Saúde Académico - Coimbra	Integração da prestação de cuidados de saúde com atividades de ensino e investigação, promovendo a articulação entre prática clínica, academia e inovação. Organização centrada na pessoa, com foco no acesso, continuidade e valor em saúde, especialmente para populações em mobilidade e sem médico de família. Estrutura participativa e flexível, que permite a conciliação das funções assistenciais com a formação e a investigação, assegurada por equipas multiprofissionais dedicadas. Serviços transversais à população e complementares com as USF.	Proposta
Centro de Saúde Universitário de Loulé	Construído de raiz por acordo entre o Município, o Ministério da Saúde, a Faculdade de Medicina e do Algarve Biomedical Center (ABC). "Conjuga inovação, conhecimento e serviço público de Saúde". Integra a USF Lauroé, a UCC Gentes de Loulé, a Unidade de Apoio à Gestão e Direção Clínica dos CSP da ULS Algarve. Inclui uma unidade académica de formação e investigação em cuidados de saúde primários, com espaços dedicados à formação pré e pós-graduada.	A funcionar desde 1 de junho de 2025
Outras experiências UCSP de Alcântara, UCSP Brandoa ou UCSP dos Olivais	Estas são algumas das unidades que inovaram o seu modelo organizativo, contribuindo nos cuidados a utentes sem equipa de saúde baseando-se em trabalho colaborativo multiprofissional, revelando-se um excelente contexto formativo pré e pós-graduado.	Implementadas
Centro de Saúde da Ilha de São Miguel (Açores)	A Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel (USISM) integra seis centros de saúde, um por concelho, com direção clínica e de enfermagem autónomas. O Centro de Saúde de Ponta Delgada, integra 44 mil utentes (96% com médico de família) e concentra consultas de Medicina Geral e Familiar, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Saúde Oral, Cessação Tabágica, Paliativos, entre outros. Inclui também serviço de atendimento complementar e urgente. Integra ainda múltiplos grupos de trabalho, comissões de apoio técnico e núcleo de formação e investigação. O protocolo com a Universidade dos Açores possibilita a presença de estudantes de Medicina e Enfermagem em contexto clínico, com profissionais da USISM como docentes ou tutores, promovendo a ligação entre ensino e prática. Existem indicadores definidos a nível regional e contratualizados pela USISM, sendo uma orientação para a atividade realizada.	Em funcionamento

"redes de investigação baseadas na prática clínica" – *practice-based research networks* (PBRN).^{28,30}

Este novo centro de saúde de base universitária será uma unidade de prestação de cuidados de saúde multiprofissionais, personalizados, acessíveis e orientados para os CSP, de base populacional, e com autonomia de gestão definida em estatuto específico. Cumprirá uma carteira básica de serviços alargada, que poderá abranger outros serviços e cuidados adaptados às necessidades locais. Será um exemplo de profissionalismo, de rigor, de qualidade e de ética para os profissionais que forma e para a população que cuida. Terá uma responsabilidade acrescida na formação pré e pós-graduada de profissionais nas áreas da saúde e tempo específico alocado, incluindo as atividades de investigação e desenvolvimento ou como piloto e observatório na aplicação de normas ou orientações clínicas.

A integração destes centros de saúde na lógica das ULS e nas regiões autónomas promoverá o desenvolvimento de estruturas de apoio, como gabinetes dedicados ao suporte das atividades de ensino, investigação e prestação de cuidados multiprofissionais, contribuindo para a criação de

valor em saúde para a pessoa.

O modelo de financiamento deverá incidir sobre a resposta assistencial e a produção académica e científica, funcionando como um incentivo à qualidade e ao desenvolvimento, numa perspetiva colaborativa com outras áreas de conhecimento, como a Psicologia, a Nutrição, a Fisiologia do Desporto e a Sociologia, entre outros.¹⁰

Exemplo da aplicação prática deste modelo é o Centro de Saúde Universitário de Loulé (CSUL), atualmente em funcionamento na ULS Algarve. Este centro constitui o primeiro centro de saúde universitário implementado em Portugal, concebido com o objetivo de integrar cuidados assistenciais, investigação clínica e ensino em contexto real. Integra uma rede de investigação e constituirá uma PBRN que visa articular equipas assistenciais com investigadores académicos, promovendo investigação centrada nas necessidades concretas da população. A unidade dispõe de biblioteca, salas de formação, gabinetes dedicados ao ensino clínico e espaços colaborativos de trabalho. Este modelo local poderá servir de referência para o desenvolvimento de estruturas semelhantes noutras regiões do país.

Tabela 2 – Comparação entre modelos: unidade de saúde familiar atual versus unidade de cuidados saúde primários universitária

Âmbito	Características comuns	Características particulares a implementar
Prestação de cuidados	Cuidados médicos e de enfermagem prestados pela equipa nuclear, por acompanhamento em lista de famílias. Intersubstituição garantida na ausência dos profissionais pelos restantes profissionais. Acompanhamento do desenvolvimento organizacional das equipas – grelha DiOr nas áreas da Centralidade no cidadão, organização centrada no cidadão – em termos organizativos e clínicos	Centralidade dos cuidados no cidadão, garantindo a longitudinalidade e acessibilidade de forma flexível. Possibilidade de prestação de cuidados em equipa multiprofissional alargada de forma regular, com integração de respostas específicas. Reforçar o trabalho em equipa com incentivos específicos e transversais para outras respostas em CSP (p. ex.: consultas específicas: atendimento a jovens; consulta de complexidade; paliativos, população sem médico de família, etc.).
Modo de trabalho	Autonomia, responsabilização e trabalho em equipa para resposta a lista de utentes. Tarefas clínicas (saúde infantil e juvenil, saúde da mulher, hipertensão, diabetes <i>mellitus</i> , doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, etc.). Horário desenhado para as tarefas dos profissionais e o cumprimento do plano de ação.	Centralidade na pessoa, flexibilidade da resposta considerando o valor em saúde. Modelo multiprofissional com articulação com instituições académicas; trabalho colaborativo com tempo protegido para ensino e investigação; outras atividades (ensino e investigação, novos projetos em CSP, etc.).
Valorização desempenho	Sistema de indicadores contratualizados com a ULS. Tamanho de lista e IDE, com incentivos financeiros associados.	Incentivos para atividades assistenciais específicas e não assistenciais (ensino/investigação, outros). Incentivo para resposta disponibilizada. Modelo de incentivos alinhado com missão abrangente da unidade.
Outras atividades	As incluídas no plano de ação: participação nas equipas dos núcleos de apoio às crianças e jovens em risco e equipa para a prevenção da violência em adultos. Integradas no plano de ação e nos incentivos institucionais: áreas da segurança do utente e centralidade do cidadão – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Outras realizadas de forma autónoma pelos profissionais. Não integradas ou valorizadas na prática/equipa.	Além das incluídas em plano de ação: integração formal do ensino, investigação e outras atividades na prática clínica da equipa; valorização institucional e contratual destas dimensões. Existência de respostas comuns de maior diferenciação e de referência para USF da região. Oferta complementar centralizada para a população coberta pela ULS (p. ex., cessação tabágica; apoio a lares, telemedicina, etc.)
Investigação	Realizada de forma autónoma e isolada pelos profissionais. Pouco reconhecida ou integrada na prática da equipa.	Incentivo para os profissionais envolvidos na formação e na investigação; tempo protegido e recursos adequados. Integração em rede (PBRN).
Ensino pré-graduado	Eventual, não sistemático; dependente da motivação individual.	Articulação formal com instituições de ensino. Percursos de ensino definidos.
Ensino pós-graduado	Percorso formativo médico existente, integrado com formação de internos. Outros percursos de forma variável.	Mecanismos que incentivem a colaboração e articulação entre as instituições de ensino e a unidade.
Profissionais	Inclui 3 profissões de saúde. Funções clínicas predominantes.	Equipa multiprofissional diversa de acordo com as necessidades particulares da população e/ou integração em percursos formativos ou de investigação. Incluir rede de apoio em nutrição, psicologia, medicina dentária, outros.
Governação	Coordenador médico com funções de representação. Conselho geral é o órgão máximo, que inclui todos os profissionais. Conselho técnico apoia na formação e outras atividades. Instrumentos estratégicos e plano de ação votados por todos os membros.	Coordenador médico que lidera conselho executivo multiprofissional, com representantes dos vários grupos profissionais. Representação assistencial e académica; estrutura adaptada à missão tripartida (cuidados, ensino, investigação); governação participada e orientada para a integração e melhoria contínua dos cuidados e serviços prestados.

CONCLUSÃO

A criação de centros de saúde de base universitária é uma oportunidade e um desafio. Exige a articulação entre estruturas e profissionais e a adaptação à realidade dos CSP das infraestruturas de apoio das ULS para coordenar a formação pré e pós-graduada em CSP, promover o desenvolvimento de redes de investigação e de redes comunitárias para a integração de cuidados.

A criação de centros de saúde de base universitária, com estatuto especial – capaz de encontrar respostas inovadoras para as necessidades não atendidas das populações, que potenciem a prestação de cuidados centrados na pessoa e baseados no valor – tem o potencial de revolucionar os cuidados, promovendo a retenção, satisfação dos profissionais e a melhoria da qualidade dos cuidados.

ACKNOWLEDGMENTS

Os autores declaram não ter utilizado ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

AP, CB, CO, FP, IR, JPA, LM, MDO, NJ, PBG, PaS, PeS, RRM, RC, TM: Desenho e escrita do manuscrito; revisão crítica e validação da versão final.

GC, LMS: Conceção, desenho e escrita do manuscrito; revisão crítica e validação da versão final.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Araújo F. Comunicado - Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. Serviço Nacional de Saúde. 2024. [consultado 2025 abr 16]. Disponível em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Direcao-Executiva-do-Servico-Nacional-de-Saude_comunicado_230424.pdf.
2. Goiana-da-Silva F, Sá J, Cabral M, Guedes R, Vasconcelos R, Sarmento J, et al. The Portuguese NHS 2024 reform: transformation through vertical integration. *Front Public Health*. 2024;12:1389057.
3. Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde IP. Relatório - Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P. 2024. [consultado 2025 abr 16]. Disponível em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/05/Relatorio_Direcao-Executiva-do-Servico-Nacional-de-Saude-IP.pdf.
4. Nunes A. Vertical integration in healthcare and patient satisfaction: an exploratory analysis of portuguese reforms. *Sustainability*. 2024;16:1078.
5. Beça DC, Pereira AL, Azevedo M, Antunes JP. Evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal: lições aprendidas e perspetivas futuras. *Rev Port Med Geral Fam*. 2024;40:524-30.
6. da Luz Pereira A, Chaves Beça D, Antunes JP, Azevedo M, Macedo R, da Costa I, et al. AVALIA-ULS: análise das vantagens e limitações das unidades locais de saúde – perspetivas da medicina geral e familiar – parte I – SPGSAUDE. *Rev Port Gestão Saúde*. 2024;37:18-22.
7. Lopes H, Carlos JS, Rodrigues M, Mestre R, Santana R, Matias T, et al. Relatório do grupo de trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. 2014. [consultado 2025 set 03]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relatorio-do-Grupo-de-Trabalho-criado-para-a-definicao-de-proposta-de-metodologia-de-integracao-dos-niveis-de-cuidados-de-saude.pdf>.
8. World Health Organization. The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. 2010. [consultado 2024 dez 27]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44371>.
9. Biscalia AR, Heleno LC. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Cien Saude Colet*. 2017;22:701-12.
10. Serviço Nacional de Saúde. Relatório da comissão técnica independente para o estudo das ULS Universitárias. 2024. [consultado 2025 mar 20]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/relatorio-da-comissao-tecnica-independente-para-o-estudo-das-uls-universitarias/>.
11. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. ULS de cariz universitário - posição da APMGF. 2024. [consultado 2025 abr 16]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2025/02/CTI-ULS-Relatorio-Final-30-Jan-2025.pdf>.
12. Srivastava D, Mueller M, Hewlett E. OECD health policy studies better ways to pay for health care. 2016 [consultado 2024 dez 23]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
13. Goodson JD, Bierman AS, Fein O, Rask K, Rich EC, Selker HP. The future of capitation: the physician role in managing change in practice. *J Gen Intern Med*. 2001;16:250.
14. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Um novo futuro para a medicina geral e familiar. 2023. [consultado 2025 abr 16]. Disponível em: <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/05/Um-Novo-Futuro.pdf>.
15. Portugal. Decreto-Lei n.º 103/2023. Diário da República, I Série, n.º 215 (2023/11/07). p. 21-48.
16. Portugal. Decreto-Lei n.º 118/2023. Diário da República, I Série, n.º 244 (2025/12/20). p. 58-73.
17. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system

CONFLITOS DE INTERESSE

ALP é o vice-presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

GC é o tesoureiro da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

LMS recebeu apoio da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar para a participação no Encontro Nacional de Medicina Geral e Familiar.

PaS recebeu honorários de consultoria de MSD, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca; recebeu pagamentos ou honorários por palestras, apresentações, redação de manuscritos ou eventos educacionais de GSK, KRKA, Grunenthal, Medinfar; recebeu pagamentos de MSD, Boehringer Ingelheim, AstraZeneca para testemunhos de especialista; recebeu apoio para a participação em reuniões e/ou viagens de Grunenthal, GSK, AstraZeneca.

RM é membro da Comissão de Ética da USISM; é a diretora do Internato Médico de MGF da Ilha de São Miguel.

Os restantes autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

- performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013;91:602-11.
18. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
 19. Katz G. Implementing value-based health care in Europe: handbook for pioneers. 2020. [consultado 2023 jan 18]. Disponível em: https://ealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf.
 20. World Health Organization. Primary care. [consultado 2024 abr 25]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>.
 21. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet.* 1994;344:1129-33.
 22. Barros PP. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *J Health Econ.* 2003;22:419-43.
 23. Rice N, Smith P. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. York: Centre for Health Economics, University of York; 1999.
 24. Cortez I. A reforma dos cuidados de saúde primários em 2005: um problema de saúde pública. *Rev Port Med Geral Fam.*;40:188-91.
 25. Correia G, Jacinto N, Reis A, Pereira A, Broeiro-Gonçalves P, Simões S, et al. A new future for family medicine/general practice in Portugal. *Rev Port Clínica Geral.* 2024;40:408-17.
 26. Monteiro BR, Pisco LA. A contratação com os cuidados de saúde primários na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, até 2023. *Cien Saude Colet.* 2024;29:e03142024.
 27. Portugal. Decreto-Lei n.º 298/2007. Diário da República, I Série, n.º 161 (2007/08/22). p. 5587-96.
 28. Gil Conde M, Correia G, Ramos R, Santiago LM. Processos de apreciação ética como barreira à investigação nos cuidados de saúde primários: reflexão sobre a submissão de um estudo multicêntrico. *Acta Med Port.* 2024;37:415-8.
 29. Conde MG, Rodrigues VL, Ramos RC, Rente A, Broeiro-Gonçalves P, Ribeiro C, et al. Barriers to research in family medicine - interviews with Portuguese family physician researchers. *Fam Pract.* 2024;41:168-74.
 30. Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica. Documento de apoio à constituição de practice-based research networks (PBRNs) em cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal. 2024. [consultado 2025 abr 19]. Disponível em: <https://aicib.pt/2024/03/15/documento-de-apoio-a-constituicao-de-practice-based-research-networks-pbrns-em-cuidados-de-saude-primarios-csp-em-portugal/>.