

AVALIA-ULS: perceções dos médicos de família sobre recursos e formação

AVALIA-ULS: percepciones de los médicos de familia sobre recursos y formación

Juliana Gomes¹

Ana Santos²

Maria Inês Leal²

Filipa Pimenta³

Miguel Azevedo⁴

José Antunes⁵

Rui Machado⁶

Deolinda Beça²

António Pereira⁷

¹McS., Unidade Local de Saúde da Guarda, Portugal

²McS., Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

³MsC., Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal

⁴MsC., Unidade Local de Saúde São João, Porto, Portugal

⁵PhD., Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Portugal

⁶MD., Unidade Local de Saúde de Braga, Portugal

⁷PhD., Unidade Local de Saúde de Santo António, Porto, Portugal

Resumo

Enquadramento: o Grupo de Estudos de Gestão em Saúde (GEST) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) elaborou o questionário “AVALIA-ULS: Análise das Vantagens e Limitações das Unidades Locais de Saúde (ULS) – Perspetivas da Medicina Geral e Familiar” para avaliar as perceções dos profissionais de Medicina Geral e Familiar (MGF) quanto à universalização deste modelo. O presente artigo constitui a segunda parte do estudo AVALIA-ULS, dedicando-se à análise das perspetivas acerca dos recursos e a

organização da formação nas ULS.

Objetivos: conhecer a perceção dos Médicos de Família sobre os recursos e a organização da formação nas ULS.

Metodologia: aplicação de questionário online em 2023. Respostas analisadas através de Microsoft Excel® e SPSS®v. 27. Foi utilizado o teste qui-quadrado para análise entre subgrupos de profissionais com e sem experiência prévia em ULS (significância estatística para $p < 0.05$).

Resultados: obtiveram-se 342 respostas. Quanto à educação para a organização do sistema e a acessibilidade de recursos o impacto foi considerado mais negativo, enquanto para a organização formativa este foi considerado mais positivo com a transição para ULS.

Conclusão: os resultados obtidos revelaram uma perceção globalmente negativa quanto à transição para o modelo de ULS.

Palavras-chave: serviços de saúde; medicina de família e comunidade; recursos em saúde; educação médica continuada

Resumen

Marco Contextual: el Grupo de Estudios de Gestión en Salud (GEST) de la Asociación Portuguesa de Medicina General y Familiar (APMGF) elaboró el cuestionario "AVALIA-ULS: Análisis de las Ventajas y Limitaciones de las Unidades Locales de Salud (ULS) – Perspectivas de la Medicina General y Familiar" para evaluar las percepciones de los profesionales de MGF sobre la universalización de este modelo. Este artículo constituye la segunda parte del estudio AVALIA-ULS, centrado en las perspectivas sobre los recursos y la organización de la formación en las ULS. **Objetivos:** comprender la percepción de los Médicos de Familia sobre los recursos y organización de la formación en la ULS. **Metodología:** se aplicó un cuestionario en línea en 2023. Las respuestas se analizaron mediante Microsoft Excel® y SPSS® v. 27. Se utilizó la prueba chi-cuadrado para el análisis entre subgrupos de profesionales con y sin experiencia previa en ULS (significancia estadística para $p < 0.05$). **Resultados:** se obtuvieron 342 respuestas. El impacto en la educación sobre la organización del sistema y la accesibilidad a los recursos se consideró más negativo, mientras que la transición a las ULS se consideró más positiva para la organización de la formación. **Conclusión:** los resultados revelaron una percepción globalmente negativa sobre la transición al modelo ULS.

Palabras clave: servicios de salud; medicina familiar y comunitaria; recursos en salud; educación médica continua

Submissão: 10/08/2024

Aceitação: 05/12/2024

Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) define Unidade Local de Saúde (ULS) como uma aplicação da integração vertical, combinando os cuidados de saúde primários (CSP) e secundários numa determinada área geográfica. A integração vertical consiste na criação de uma entidade gestora única para várias instituições que oferecem serviços em diferentes níveis de cuidados,

com o objetivo de gerar ganhos em saúde para a população. A primeira ULS em Portugal foi estabelecida em 1999, em Matosinhos, seguindo-se outras sete entre 2007 e 2012 (ERS, 2015).

Uma revisão sistemática publicada em 2022 destacou os objetivos fundamentais da criação das ULS: melhorar o acesso, maximizar a eficiência, fomentar a qualidade e otimizar o desempenho económico-financeiro. Contudo, a revisão identificou dificuldades em concluir a superioridade destes resultados devido a desafios como o modelo de financiamento, a gestão de recursos humanos e a ausência de estudos específicos para cada localidade (Cruz et al, 2022a; Cruz et al, 2022b). O Decreto-Lei n.º 102/2023 amplia o modelo ULS a todos os hospitais e CSP do país, exceto os Institutos Portugueses de Oncologia.

Apesar das vantagens teóricas, há ceticismo na comunidade médica sobre a eficácia prática deste modelo. Assim, o Grupo de Estudos de Gestão em Saúde (GEST) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) desenvolveu o estudo "AVALIA-ULS: Análise das Vantagens e Limitações das Unidades Locais de Saúde (ULS) – Perspetivas da Medicina Geral e Familiar" para avaliar as perceções dos médicos de MGF sobre a universalização deste modelo.

O presente artigo constitui a segunda parte da análise do estudo AVALIA-ULS, centrando-se na análise detalhada das perspetivas dos Médicos de Família sobre os recursos e a organização da formação nas ULS.

Enquadramento/Fundamentação teórica

O objetivo da realização deste estudo é conhecer a perceção dos médicos da especialidade de MGF sobre a avaliação do exercício da profissão sob o modelo de ULS, através de um questionário acerca da educação da população para a organização do sistema, acessibilidade de recursos e organização da formação.

Metodologia

O estudo "AVALIA-ULS: Análise das Vantagens e Limitações das Unidades Locais de Saúde (ULS) - Perspetivas da Medicina Geral e Familiar" foi conduzido pelo Grupo de Estudos de Gestão em Saúde (GEST) da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). Este estudo recolheu dados diretamente dos médicos de família/profissionais dos CSP, cuja experiência é fundamental para a análise das ULS. As suas perspetivas são fundamentais para a avaliação do panorama atual e para a construção de um futuro mais robusto para a Medicina Geral e Familiar (MGF), bem como para a melhoria contínua das ULS.

A investigação foi realizada como um estudo transversal, abrangendo profissionais dos CSP de Portugal, entre 7 de agosto e 5 de novembro de 2023. A amostra incluiu médicos especialistas e internos em MGF. O estudo visou avaliar as perceções destes profissionais sobre as ULS, focando-se nas vantagens percebidas e limitações antecipadas, através de um questionário estruturado com perguntas fechadas e abertas.

O questionário foi disseminado digitalmente e por redes sociais (amostragem em bola de neve), utilizando a plataforma *Google Forms*® para respostas anónimas. O questionário incluía

informações sobre o estudo e a participação era voluntária, garantindo o consentimento informado.

O questionário estava dividido em quatro partes: a) caracterização sociodemográfica; b) gestão de recursos; c) organização de recursos e formação; d) modelo de prestação de cuidados. Este artigo apresenta os resultados das secções b) e c). As variáveis analisadas incluíram o impacto das ULS: (1) na educação da população para a organização do sistema, (2) na acessibilidade de recursos, e (3) na organização da formação. A análise detalhada focou-se na secção gestão de recursos, com três perguntas de resposta fechada (escolha múltipla, utilizando uma escala de *Likert* com amplitude de 5 graus de negativo a positivo) e uma pergunta de resposta aberta. A avaliação considerou variáveis como género, posição na carreira, tipo de local de trabalho, experiência prévia e idade.

As respostas foram exportadas para um ficheiro Excel® 2013 e posteriormente convertidas para o IBM® SPSS® Statistics, v. 27 (2020), onde foi realizada a análise estatística.

O questionário foi avaliado em termos de confiabilidade e validade psicométrica, assim como a natureza da distribuição da amostra. Abaixo, detalhamos as principais análises realizadas e seus resultados-

No que concerne à confiabilidade do questionário foi avaliada utilizando o alfa de *Cronbach*, que apresentou um valor de 0,971, indicando uma alta consistência interna.

Relativamente à correlação item-total corrigida; a média das correlações foi de 0,67, com valores variando entre 0,512 e 0,798, indicando boa consistência de todos os itens com o construto avaliado.

No que diz respeito à natureza da distribuição da amostra, os testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* rejeitaram a hipótese de normalidade ($p < 0,05$), mostrando que a distribuição da amostra não é normal. Esses resultados justificaram a escolha do teste qui-quadrado para as análises.

Assim, os resultados do teste qui-quadrado estão explanados na tabela 1 os valores do teste para cada variável:

Tabela 1 Valores dos resultados do teste qui-quadrado para cada variável

Variável	Qui-quadrado de Pearson	Significância Assintótica (p-valor)	Graus de Liberdade (df)
Acesso à consulta aberta hospitalar	0.025	0.874	1
Acesso à consulta aberta no centro de saúde	1.482	0.223	1
Acesso ao serviço de urgência	0.655	0.418	1
Conhecimento sobre os circuitos de acesso e modo de funcionamento	5.699	0.017	1
Criação do processo clínico único	0.922	0.337	1
Iniciativas formativas (cursos/ações formativas conjuntas CSP/CSS)	0.639	0.424	1
Internato médico (capacidade formativa para estágios hospitalares)	2.756	0.097	1
Processo de consultadoria (contacto entre profissionais CSP/CSS)	0.936	0.333	1

Realização de protocolos e o livre acesso e circulação (LAC)	0.186	0.666	1
Referenciação à consulta hospitalar programada (cumprimento de tempos máximos de resposta)	0.330	0.566	1
Tempo de realização de meios complementares de diagnóstico	1.771	0.183	1
Uniformização no acesso à prescrição comparticipada de meios complementares de diagnóstico (RMN, etc.)	3.273	0.070	1

Utilizou-se o teste qui-quadrado para a comparação de subgrupos de profissionais com e sem experiência prévia em ULS, considerando-se significância estatística para $p < 0.05$.

Resultados

O estudo incluiu 342 respostas válidas de profissionais da área de MGF, de 52 agrupamentos de centros de saúde (ACeS) distintos, de norte a sul de Portugal. Dos respondentes, 63.9% (n=218) eram do sexo feminino e 40.9% (n=140) tinham entre 35-44 anos. A maioria (83.6%; n=286) exercia funções como especialista em MGF, 10.5% eram internos de formação específica e 5.8% (n=20) categorizaram-se como “outros”. A maioria estava inserida numa unidade de saúde familiar modelo B (47.7%) ou A (27.2%), e 41.8% (n=143) exercia um cargo com responsabilidade organizativa (Diretor Executivo, Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, Coordenador, membro do Conselho Técnico). Cerca de 25.4% (n=87) tinham trabalhado previamente em ULS.

Em resposta à questão “De que forma considera que a mudança para uma ULS impactaria na Educação da população para a organização do sistema”, a maioria considerou que terá um impacto mais negativo do que positivo sobre o conhecimento sobre os circuitos de acesso e modo de funcionamento (35.6% vs. 21.4%), acesso à consulta aberta no centro de saúde (34.8% vs. 16.4%) e acesso ao serviço de urgência (29.5% vs. 19.6%). Na análise por subgrupos, relativamente ao conhecimento sobre os circuitos de acesso e modo de funcionamento, os profissionais sem experiência prévia em ULS referiram um impacto mais negativo (36.9% vs. 17.7%). Enquanto profissionais com experiência prévia referiram um impacto nem positivo nem negativo (32.1% vs. 32.1%). Esta diferença foi estatisticamente significativa apenas para o conhecimento sobre os circuitos de acesso e modo de funcionamento (valor qui-quadrado 5.699; $p=0.017$).

Nas respostas à questão sobre o impacto na “Acessibilidade de recursos”, foram considerados como tendo um impacto positivo nos aspetos: uniformização no acesso à prescrição comparticipada de meios complementares de diagnóstico (RMN, pró-BNP, etc.) (50.9% vs. 16%); criação do processo clínico único (61.1% vs. 10.3%); processo de consultadoria (contacto entre profissionais CSP/Cuidados de Saúde Secundários(CSS)) (52% vs. 19%) e realização de protocolos e livre acesso e circulação (LAC) (43.5% vs. 20.8%). Por outro lado, outros aspetos neste âmbito foram considerados mais negativos do que positivos, nomeadamente o tempo para realização de meios complementares de diagnóstico (37.2% vs. 30.1%) e acesso à consulta aberta hospitalar (30.4% vs. 25.4%). Como nem positivo nem negativo foi considerado o impacto na referenciação à consulta hospitalar programada (cumprimento dos tempos máximos de resposta).

Na análise por subgrupos, profissionais com experiência prévia em ULS destacaram de modo mais positivo o aspeto de criação de um processo de consultadoria (58.6% vs. 16%). Os profissionais com experiência em ULS consideraram como positivo o tempo para realização de

meios complementares de diagnóstico (35.6% vs. 34.4%), embora não se tenha verificado diferença estatisticamente significativa.

Relativamente à área da “Organização da formação”, o impacto foi considerado positivo, principalmente na questão relativa às iniciativas formativas (cursos/ações formativas conjuntas CSP/CSS) (48.9% vs. 12%). Também considerado positivo, mas de forma menos significativa, foi o impacto no internato médico (capacidade formativa para estágios hospitalares) (28.4% vs. 16.4%).

Na análise por subgrupos, profissionais com experiência prévia em ULS destacaram ainda de forma mais positiva o impacto nas iniciativas formativas conjuntas CSP/CSS (58.6%) e o impacto no internato médico (42.5%), embora sem significância estatística (valor qui-quadrado 0.639; $p=0.424$).

Por último, relativamente à questão “Na sua opinião, qual é o maior desafio enfrentado pelas ULS em termos de governação clínica e integração de cuidados?” foram obtidas 142 respostas em texto livre. A grande maioria das respostas focaram-se no equilíbrio de comunicação e articulação entre cuidados de saúde primários e secundários, na erosão da cultura organizacional dos CSP, com introdução de uma liderança hierárquica, que desconhece o funcionamento e as particularidades dos cuidados de saúde primários, o risco da sua desvalorização (assumindo uma gestão hospitalocêntrica) e objetivos diferentes entre estes níveis de cuidados ($n=106$). Outro dos desafios mais referidos foi a escassez de recursos ($n=34$) e dentro deste tópico, foi ainda referida a falta de motivação dos profissionais ($n=7$) e a prevenção quinquenária ($n=2$). Foram ainda identificados como desafios: um maior tempo de resposta no acesso a meios complementares de diagnóstico e consultas ($n=15$), pressão de políticas externas, burocracias e chefias distanciadas da base ou não capazes ($n=19$), foco dos cuidados na doença aguda ($n=8$), pagamento por desempenho ($n=4$), flexibilização de contratações ($n=3$) e dimensão dos ficheiros de utentes ($n=2$).

Discussão

Os resultados obtidos no presente estudo revelaram uma perceção globalmente negativa quanto à transição para o modelo de ULS.

Nesta secção, comparamos os resultados do presente estudo com os de outros estudos semelhantes para proporcionar uma análise mais completa e integrada dos resultados.

Relativamente à análise por subgrupos de profissionais com e sem experiência prévia em ULS, o único resultado com significância estatística foi sobre o conhecimento acerca dos circuitos de acesso e modo de funcionamento. Verificou-se uma perceção mais negativa nos profissionais sem experiência prévia em ULS comparativamente aos que têm experiência cuja perceção é neutra para este aspeto.

No que diz respeito à acessibilidade de recursos, o presente estudo verificou uma perceção positiva em alguns aspetos particulares, nomeadamente na uniformização do acesso à prescrição participada de meios complementares de diagnóstico, na criação do processo clínico único e processo de consultadoria. Neste sentido, é perceptível uma ideia dos profissionais na melhoria da integração de cuidados em ULS. Por outro lado, existe uma perceção negativa noutros aspetos, como no tempo para realização de meios complementares de diagnóstico e no

acesso à consulta aberta hospitalar, o que pode demonstrar algum ceticismo face à concretização desta integração.

Um estudo realizado em 2022 teve como objetivo analisar o modelo organizacional de ULS e os ganhos económicos e em saúde decorrente da integração dos cuidados. Neste estudo foi observado um aumento do número de reclamações submetidas à ERS em quatro das ULS estudadas, sendo o segundo assunto mais visado nas reclamações referente precisamente às dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (Cruz et al., 2022a).

Por sua vez, um estudo realizado no ACeS Cova da Beira e na ULS Castelo Branco, com o objetivo de analisar comparativamente o impacto das ULS e dos ACeS no processo de articulação e consultadoria entre CSP e hospitalares, demonstrou que, relativamente ao contacto entre médicos de família e hospitalares e a percentagem de informação devolvida aos CSP, as ULS parecem não apresentar nenhuma vantagem significativa. Este estudo demonstrou ainda que, no que diz respeito ao tempo de espera entre o pedido das consultas hospitalares e a efetivação das mesmas, as ULS não mostraram desvantagem significativa, mas também não revelaram superioridade (Matos, 2013). Outro estudo realizado na ULS Castelo Branco teve como objetivo avaliar a perceção dos diretores de serviço e administradores acerca dos efeitos da integração do hospital na ULS e a articulação do hospital com os CSP. De acordo com 57% dos entrevistados, a integração na ULS de Castelo Branco apresenta desvantagens, sendo a falta de articulação entre os níveis de cuidados a principal desvantagem enunciada (Farias & Nunes, 2020). À semelhança destes resultados, também neste estudo, um dos principais desafios identificados na integração de cuidados foi o desequilíbrio de comunicação e articulação entre cuidados de saúde primários e secundários com o risco de assumir-se uma gestão hospitalocêntrica.

Ainda no que diz respeito à acessibilidade de recursos, a integração vertical de cuidados de saúde supõe uma priorização dos cuidados de prevenção e, por consequência, uma menor utilização dos SU. Um estudo prévio realizado com o propósito de analisar a utilização dos SU pelas ULS permitiu concluir que, no ano de 2015, o número médio de episódios de urgência por utente inserido num contexto ULS não foi inferior quando comparado com os não inseridos em ULS (Rego, 2018).

Estes dados mostram que os conceitos e perceções teóricas acerca das ULS, e mais concretamente acerca da acessibilidade aos cuidados de saúde, são muito diferentes do que se verifica na prática clínica.

Relativamente à área de organização da formação, o presente estudo demonstrou uma perceção globalmente positiva, quer ao nível de iniciativas formativas (cursos/ações formativas conjuntas CSP/CSS), quer no impacto no internato médico. Os profissionais com experiência prévia em ULS destacaram ainda de forma mais positiva o impacto das ULS nesta área. Apesar de não existirem estudos à data com dados objetivos no que diz respeito ao impacto das ULS na formação e no internato médico, em abril de 2024 a Ordem dos Médicos, em comunicado de imprensa, alertou para a necessidade de uma clarificação urgente da atual situação de indefinição no Internado Médico, em particular em MGF e em Saúde Pública, resultante da generalização das ULS.

Comparativamente com outros modelos internacionais as ULS em Portugal, de forma geral, partilham o objetivo central de integrar cuidados primários, hospitalares e comunitários com o propósito de assegurar a continuidade e eficiência de cuidados de saúde (Nolte &

Pitchforth, 2014; Shortell et al., 2000). No entanto, a comparação com sistemas como o *National Health Service* (NHS) no Reino Unido destaca que a implementação dessa integração enfrenta desafios universais, como barreiras administrativas e desigualdades regionais. O NHS é um sistema público universal, que presta serviços de saúde gratuitos, em que os *Clinical Commissioning Groups* (CCG) fazem a gestão e integração entre CSP e CSS, no entanto operam como entidades separadas. Embora existam esforços para integração de cuidados, a separação administrativa e financeira de cuidados constitui uma barreira, ao contrário das ULS. (Ham et al., 2016)

A experiência de sistemas descentralizados, como o dinamarquês (Olejaz et al., 2012), ilustra o potencial de ferramentas digitais e da autonomia local para melhorar a coordenação de cuidados, embora a sustentabilidade financeira e a equidade permaneçam preocupações centrais. Além disso, os sistemas nórdicos e catalães (Saltman et al., 2006) reforçam a importância de fortalecer os cuidados primários e a prevenção, áreas que as ULS podem explorar.

As principais limitações do presente estudo prendem-se com o método de seleção da amostra (amostra de conveniência) e as suas implicações na interpretação dos resultados. Por outro lado, a maioria dos participantes, à data das respostas, nunca tinha trabalhado num modelo de ULS, o que poderá contribuir para menor confiança no modelo e, consequentemente, resultados globalmente negativos.

A importante proporção de respondentes com cargos de gestão, reflete a cultura organizacional evoluída dos CSP, com envolvimento destes profissionais, e traduz ainda uma maior apreensão no processo de mudança. Além disso, a não superioridade de desempenho das ULS, de acordo com a evidência disponível, pode ser um dos principais motivos para a perceção globalmente negativa acerca desta mudança.

Conclusão

Este artigo deu a conhecer a perceção dos médicos de MGF relativamente ao processo de integração em modelo ULS, constituindo uma oportunidade para promover o debate acerca da transição de modelo organizacional. Os resultados obtidos revelaram uma perceção globalmente negativa quanto à transição para o modelo de ULS. Perante isto, podemos concluir que este processo de transição carece maior conhecimento acerca do mesmo pelos profissionais com o objetivo de assegurar a integração de cuidados, idealizada com o modelo ULS. Neste sentido, o GEST considera pertinente a replicação de questionários semelhantes no futuro, de forma a reavaliar o processo, promover a melhoria contínua e fomentar uma maior proximidade dos profissionais com os órgãos de gestão. Está igualmente prevista uma reavaliação das perspetivas dos médicos de MGF, no sentido de compreender as implicações da sua, atual e mais consolidada, experiência em ULS nas respostas e perceções sobre o modelo.

Referências bibliográficas

Cruz, J. R., Rodríguez Escanciano, S., Casares, A. B., & Pimentel, M.H. (2022a). Unidade local de saúde: um modelo de integração vertical dos cuidados de saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21061. <https://doi.org/10.12707/RV21061>

Cruz, J. R., Pimentel, M. H., Rodríguez Escanciano, S., & Casares, A. B. (2022b). Unidades Locais de Saúde - Ganhos económicos e ganhos em saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Gestão Hospitalar*, 29, 36-40. https://apah.pt/wp-content/uploads/2022/08/REVISTA_GH_29_FINAL.2.pdf

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro. *Diário da República, Série I* (215). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf

Farias, S., & Nunes, A. (2020). A constituição de Unidades Locais de Saúde em Portugal: seus efeitos para a promoção da eficiência do Serviço Nacional de Saúde. *Saúde em Redes*, 5(3), 07-20. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n3p07-20>

Generalitat de Catalunya. (2020). Pla de salut de Catalunya 2021–2025. <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/pla-salut/>

Ham, C., Baird, B., & Dixon, J. (2016). Improving quality in the English NHS: a strategy for action. The King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/quality-improvement>

Matos, I. (2013). Análise comparativa do impacto das ULS [Unidades Locais de Saúde] e dos ACeS [Agrupamentos de Centros de Saúde] no processo de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, UNL – Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da UNL. <https://run.unl.pt/handle/10362/11515>

National Health Centre England. (2021). Integrated Care Systems: Delivering better health and care for all. <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/>

Nolte, E., & Pitchforth, E. (2014). What is the evidence on the economic impacts of integrated care? WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/what-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care>

Olejz, M., Nielsen, J. A., Rudkjøbing, A., Birk, H. O., K. A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2), 1–192. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2012>

Ordem dos Médicos. (2024, abril, 12). Formação médica em risco com a reforma das Unidades Locais de Saúde <https://ordemdosmedicos.pt/comunicado-de-imprensa-formacao-medica-em-risco-com-a-reforma-das-unidades-locais-de-saude/>

Rego, P. (2018). A utilização dos serviços de urgência em unidades locais de saúde. Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/handle/10362/75722>

Saltman, R. B., Rico, A., & Boerma, W. (2006). Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/primary-care-in-the-driver-s-seat-organizational-reform-in-european-primary-care>

Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. (2000). The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), 46–64.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.13.5.46>