

NÓS SOMOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – OU O RISCO DE PERDERMOS ALGO PRECIOSO

Mónica Granja¹

¹ MD, PhD, Médica Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, ULS Matosinhos. Doutorada em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

“A Medicina Geral e Familiar é uma força do bem, mas está ameaçada (...) e só terá futuro se se conseguir explicar e justificar. É urgente que seja discutida com estudantes, jovens médicos e com a sociedade que procuramos servir. (...) Se não partilharmos a nossa visão, arriscámo-nos a perder algo imensamente precioso.”

Iona Heath in ‘The mystery of General Practice’, 1995

A visão da Medicina Geral e Familiar (MGF) para os cuidados de saúde é uma visão para um mundo melhor, porque assenta no paradigma de eficiência e equidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). No entanto, aquilo que define a MGF e os CSP – e é responsável pelos seus conhecidos ganhos em saúde – ainda permanece incompreendido.

CSP são um nível de cuidados com características distintas dos outros níveis.¹⁻³ São cuidados acessíveis, disponíveis para serem o primeiro contacto das pessoas com o sistema de saúde para a maioria dos seus problemas, personalizados e prestados em continuidade ao longo da vida das pessoas. São cuidados abrangentes, abarcando problemas agudos e crónicos, de qualquer órgão ou fase da vida, tratando, prevenindo e reabilitando. Os CSP têm ainda o papel de coordenação entre níveis de cuidados e ao longo do tempo. Sabemos que sistemas de saúde baseados em CSP são mais eficientes e equitativos.⁴⁻⁶

Porém, em Portugal, a MGF e os CSP vêm sendo intervencionados segundo o paradigma hospitalar – isto verifica-se nas Unidades Locais de Saúde (ULS) e no Plano de Emergência da Saúde em vigor. Por outro lado, assistimos a um movimento que desvia a MGF do seu core-business de cuidar das pessoas doentes.

Neste cenário é real o risco de perdermos atributos que são essenciais para nós, MGF e CSP, sermos aquilo que somos.

A ‘ULSização’ do Serviço Nacional de Saúde – integração ou fusão dos diferentes níveis de cuidados?

As ULS são estruturas que agregam os CSP e os cuidados hospitalares de uma determinada área geográfica. Com a criação, em 2024, de 31 novas ULS,⁷ generalizou-se – em Portugal continental – o sistema ULS a todos os CSP e à grande maioria dos cuidados hospitalares. Esta generalização foi justificada pelo desígnio de promover “a gestão integrada de cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, assegurando o foco nas pessoas”.⁷ No entanto, o único estudo conhecido sobre o desempenho das oito ULS previamente existentes não identificou mais valias face aos modelos de organização tradicionais.⁸

No terreno, esta integração sem suporte científico e sem preparação – literalmente por decreto – não está a correr bem.⁹ A mera articulação de processos em estruturas de maior dimensão tem-se revelado mais complexa e burocratizada. E a perda de autonomia dos CSP é real. Tendo os órgãos executivos das ULS uma representação residual de profissionais dos CSP, as decisões sobre este nível de cuidados estão a ser tomadas por pessoas que não os conhecem nem os compreendem.⁹

No articulado legal de constituição das 31 novas ULS os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) são extintos enquanto Institutos Públicos que eram.⁷ No terreno, com a extinção dos ‘ACES’, assistimos em algumas ULS à extinção da designação ‘Cuidados de Saúde Primários’. Em seu lugar surgem designações criativas, como por exemplo ‘Departamento de Saúde Familiar e Comunitária’.¹⁰ CSP sabemos bem o que são: um conceito¹⁻³ e um nível de cuidados nos sistemas de saúde que garante eficiência e equidade.⁴⁻⁶ Já um ‘Departamento de Saúde Familiar e Comunitária’ é o quê? Serve para quê? O que garante? Sem que o conteúdo destas novas designações seja previamente consensualizado, o caminho fica aberto à revisão, ou ao atropelo, dos conceitos em causa. As consequências, essas são imprevisíveis.

Além da nova nomenclatura, e, se calhar, um pouco por causa dela, nas ULS os CSP são posicionados como um dos vários departamentos da ULS (ao mesmo nível de um departamento de Cirurgia ou de Medicina, por exemplo). Isto faz tábua rasa da organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em três níveis de cuidados: primários, hospitalares e continuados. Esta organização está plasmada nas leis fundamentais da saúde vigentes no estado português^{11,12} e é adotada pela Organização Mundial de Saúde¹³ e por vários países com sistemas de saúde desenvolvidos. É como se a generalização das ULS, aspirando a otimizar a integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados,⁷ se baseasse afinal na fusão dos mesmos. Em lugar da complementaridade (urgente) entre o que é conceptualmente diverso, parece trabalhar-se para a aniquilação das diferenças.

A razão de ser dos diferentes níveis de cuidados, e o ideal da sua integração, é o cenário, e a moral da história, de uma narrativa metafórica fundadora da MGF: *'The wizard and the gatekeeper'* [O mago e o porteiro].¹⁴ Este conto ilustra como todos saem beneficiados quando, articuladamente, cada nível de cuidados faz muito bem coisas muito diferentes. Na narrativa, os médicos de família (MF) encarnam a personagem do porteiro, o primeiro contacto das pessoas com o sistema de saúde. Nós, 'MF-porteiros', resolvemos a maioria dos problemas de saúde das pessoas. Ao hospital referenciamos uma pequena proporção de pacientes que têm maior prevalência de doença e necessidade de estudo e/ou tratamento hospitalar. Sobre esta população 'filtrada', os nossos colegas 'médicos-hospitalares-magos', assumindo uma prevalência de doença superior à encontrada na comunidade, aplicam com mais eficiência (e menos danos) as suas 'poções' – os seus conhecimentos, técnicas e raciocínio clínico focados na doença, em órgãos, sistemas, técnicas ou idades específicas. Sem tais 'poções', os 'MF-porteiros' conseguem resolver bem a maioria dos problemas de saúde, usando menos recursos que os 'magos' hospitalares, o que tem sido descrito como 'O paradoxo dos CSP'.^{15,16} Mas o verdadeiro golpe de magia é que a existência de ambos, com as suas diferentes habilidades, decorra com articulação. *"Divided we fail"*,¹⁷ fragmentados não vamos lá. Fundidos e descaraterizados também não.

O core-business da MGF – cuidar dos doentes ou vigiar os saudáveis?

À escala global, os MF enfrentam uma sobrecarga

de trabalho crescente.^{18,19} Alguns dos fatores desta sobrecarga são o envelhecimento populacional, com o aumento da multimorbilidade²⁰ e complexidade clínica,²¹ o multiplicar de medidas preventivas,²²⁻²⁴ a medicalização, o sobrediagnóstico e o sobretratamento^{25,26} e os atos médicos de baixo valor, como a duplicação de consultas de vigilância.²⁷ Perante uma sobrecarga de trabalho, as tarefas do leque de competências dos MF tendem a competir umas com as outras.

O primeiro contacto com o sistema de saúde

O atendimento às pessoas que se apresentam com novos problemas de saúde corresponde à função de primeiro contacto, uma das competências definidoras da MGF. O primeiro contacto diz respeito ao cuidado à doença aguda, assim como aos problemas novos, nem sempre *strictu sensu* agudos (porque a decisão de consultar não é um processo linear),²⁸ à descompensação de doenças crónicas e às crises emocionais. Sermos o primeiro contacto com o SNS para os nossos pacientes com problemas de saúde é como "vigiar a fronteira entre o sofrimento e a doença",²⁹ entre os problemas autolimitados e os que requerem intervenção, entre os sintomas que requerem apenas alívio e aqueles que recomendam investigação complementar. Ninguém o faz tão bem como um MF.³⁰⁻³² Sabem porquê?

Porque nós, MF, dispomos de um arsenal único de ferramentas e competências. Os nossos conhecimentos médicos são abrangentes, não se restringindo a um órgão, sistema, técnica ou idade. O nosso processo de consulta é singular, assentando em larga medida numa boa comunicação, integrando a nossa agenda com a do paciente, dirigindo o exame físico e dispondo da continuidade da relação terapêutica. Com o conhecimento prévio que temos da pessoa que nos procura, enquadrámos cada novo problema nos antecedentes e comorbilidades da pessoa, mas também no seu contexto psicossocial. No raciocínio clínico incorporamos ainda a noção de valor preditivo positivo na comunidade, necessariamente diferente na população hospitalar. E incluímos a incerteza que aprendemos a gerir, usando o tempo como ferramenta diagnóstica e terapêutica. No dia seguinte ainda somos nós que estamos lá para reavaliar um sintoma que persista, rever um tratamento que corra menos bem ou confirmar oportunisticamente a boa evolução de um quadro autolimitado. E na semana seguinte também. E muitas vezes ainda lá estamos uns anos depois quando tudo se repete. Por isto os pacientes nos escolhem e se confiam a nós.³³

Além disso, sermos o primeiro contacto dos nossos pacientes com o sistema de saúde possibilita a continuidade de cuidados, outra característica definidora dos CSP e da MGF, e sobre a qual abunda a evidência científica. Cuidados prestados por um mesmo MF ao longo do tempo diminuem a mortalidade,³⁴⁻³⁶ esse que é o mais duro, e o mais puro, resultado em saúde. Na verdade, a continuidade de cuidados e o primeiro contacto estão associados num ciclo de retroalimentação positiva.³³ Além da continuidade, o primeiro contacto é indissociável de outras características definidoras dos CSP e da MGF. Se não formos o primeiro contacto preferencial dos nossos pacientes quando surgem problemas de saúde não podemos dizer que há acessibilidade. Se menosprezarmos o atendimento aos problemas agudos e crónicos agudizados, amputamos a abrangência de que somos capazes. É por tudo isto que, se prescindirmos da função de primeiro contacto, podemos perder boa parte daquilo pelo qual somos o que somos.³²

O foco na prevenção

Apesar de tudo isto, na MGF, a função de primeiro contacto vem de facto perdendo terreno para a vigilância de pessoas saudáveis ou com problemas crónicos estabilizados.^{22,37,38} Se McWhinney preconizava que o MF devia encarar «cada contacto com os seus pacientes como uma oportunidade para prevenir a doença e promover a saúde»,³⁹ muitos MF passaram a encarar a promoção da saúde e a prevenção como a sua função primordial.⁴⁰ Isto apesar de a grande maioria das intervenções preventivas e de vigilância não serem sustentadas por evidência científica⁴¹⁻⁴³ e de até os comprovados benefícios da continuidade de cuidados se fazerem sentir menos nas atividades preventivas.⁴⁴

Os sistemas de pagamento por desempenho em vigor em Portugal incentivam mais os MF a gestos preventivos, mais facilmente tangíveis, que a cuidados a pessoas com problemas de saúde reais, muitas vezes complexos, e nem sempre mensuráveis.^{45,46} A própria agudização ou instabilidade da doença crónica, inexorável mesmo com os melhores cuidados e um campo crucial de atuação da MGF,⁴⁷ tende a ser secundarizada na avaliação de desempenho. Tal como prevenia McWhinney:³⁹

“A certa altura (...) uma ênfase nos cuidados antecipatórios pode competir por tempo e recursos com os cuidados em resposta a problemas identificados pelos pacientes. Encontrar o equilíbrio certo pode ser difícil se os médicos estiverem condicionados por

metas de indicadores de desempenho ou por incentivos financeiros que priorizem os cuidados antecipatórios. (...) Demasiada ênfase na abordagem populacional, em detrimento da satisfação das necessidades dos pacientes individuais, pode (...) ter um efeito na orientação e nos padrões de raciocínio dos médicos. Em vez de pensarem nos seus pacientes, podem dar por si preocupados com os seus números.”

Com o tempo, há um risco de o raciocínio médico incorporar os gestos contratualizados como um valor per se (e os não contratualizados como menos valiosos). Este raciocínio contaminará por sua vez os médicos em formação e a sociedade em geral. Com efeito, os cuidados de saúde preventivos e de vigilância também são, crescentemente, solicitados por pessoas saudáveis, motivadas pela crença de que são sempre necessários e só podem ser benéficos.^{45,46} Neste contexto, é crítico o incentivo à duplicação de consultas de vigilância pelos MF (a pessoas vigiadas em médicos do setor privado). Em Portugal estimou-se que a dupla vigilância incidia sobre até 70% das crianças.²⁷ Não obstante a escassez de recursos, as recomendações do código deontológico da Ordem dos Médicos quanto a interferências entre médicos assistentes⁴⁸ e a norma em sentido contrário da Direção-Geral da Saúde,⁴⁹ o regulador considera que a dupla vigilância é um direito dos utentes.⁵⁰

A visão dos CSP e da MGF que faz falta ao sistema de saúde

Várias políticas de saúde recentes representam uma visão para o sistema de saúde que ignora o conceito e o valor dos CSP e da MGF. A ‘ULSização’ do SNS, acima referida, é disso exemplo. Mas também o são várias das medidas do ‘Plano de Emergência da Saúde’ em vigor⁵¹ e o projeto ‘Ligue antes salve vidas’.⁵²

Quando se criam ‘Centros de Atendimento Clínico’ (CAC) para atender pessoas com “situações agudas de menor complexidade e urgência clínica”⁵¹ dispensa-se a função de primeiro contacto dos MF e menoriza-se a continuidade de cuidados. Estes CAC foram pensados como resposta à afluência inapropriada aos serviços de urgência hospitalares (SU) em Portugal, das piores da Europa.⁵³ Só que os CAC são unidades avulsas (nem hospitalares nem de CSP). E, pelo menos no Porto, onde a quase totalidade da população tem MF, o CAC está a atender pessoas que podiam ser mais bem atendidas pelos seus MF, garantindo a função (e os resultados conhecidos) de primeiro contacto e da continuidade.

Quanto ao ‘Ligue antes, salve vidas’,⁵² é um projeto que decorre em várias zonas do país desde 2023 e está (no final de 2024) a ser generalizado a todas as ULS. Inicialmente justificado para fomentar que as pessoas usassem a linha telefónica SNS 24 antes de recorrerem ao SU, é atualmente assumido pela Direção Executiva que o projeto visa substituir os CSP pela linha SNS 24 enquanto porta de entrada no sistema de saúde.⁵⁴ Para tal, este projeto prevê a gestão por terceiros de parte das agendas médicas das Unidades de Saúde Familiares (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – terceiros que não são médicos, não conhecem os pacientes nem as unidades de saúde e usam instrumentos de triagem telefónica não validados para os CSP. Com isto, há USF e UCSP que deixaram de atender no próprio dia pessoas que não sejam enviadas pela linha SNS 24. Sabendo que o acesso à saúde já é mais difícil para os mais velhos,⁵⁵ com menos escolaridade,⁵⁶ mais pobres,⁵⁷ para os migrantes,⁵⁸ e para os com menos competências digitais,⁵⁹ interrogamo-nos qual será o impacto destas restrições nesta população mais vulnerável? O foco nos mais vulneráveis de entre os mais vulneráveis é um desígnio dos CSP⁶⁰ e assumido no Plano Nacional de Saúde português 2023.⁶¹ É como se, apesar das intenções, a lei dos cuidados inversos⁶² continuasse a vigorar nas entrelinhas. Quando, como MF, estamos menos disponíveis, penalizamos os pacientes cujos cuidados são mais morosos e complexos e dificilmente capturáveis pelos indicadores de desempenho. É o caso dos idosos frágeis, daqueles com problemas de saúde mental, dos cuidadores e das pessoas com uso limitado da língua do país.⁶³ Ao mesmo tempo, inventamos (ou simplesmente cumprimos) regras que complexificam o acesso e habitualmente deixam para trás precisamente essas pessoas mais vulneráveis.⁶³ Teremos esquecido que é a continuidade que, literalmente, salva vidas?³⁴⁻³⁶

O que podemos fazer?

O papel dos CSP nos sistemas de saúde e, especificamente o da MGF, permanece largamente incompreendido – e, logo, ignorado –, mesmo por médicos e decisores em políticas de saúde. O valor dos CSP e da MGF pode ser contraintuitivo, e por isso se fala, como em nenhuma outra área da Medicina, em ‘paradoxo’ e em ‘mistério’. O paradoxo dos CSP tem que ser explicado,^{15,16,64} o mistério da MGF precisa de ser desvendado.^{29,39,65} Esta intervenção tem de ser persistente, sistemática e proativa, mas também oportuna reactivamente a eventos concretos. Divulgar

o conceito e o valor dos CSP e da MGF compete a todos os que sabem do que estamos a falar – todos. Precisamos também de reclamar de volta o poder executivo que perdemos com a ‘*ULSização*’ do SNS. E temos todos que exigir representação suficiente nas equipas que definem programas e políticas de saúde. Têm feito este trabalho a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar⁶⁶ e o Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos.⁶⁷ As suas intervenções são essenciais porque, pela sua autoridade e impacto mediático, chegam mais longe e apoiam no terreno os profissionais, na sua prática e na gestão das suas unidades. Mas cada um de nós é também, e deve agir na sua consulta, na sua unidade, nos órgãos e instâncias em que estiver presente, também enquanto tutores de estudantes de Medicina e orientadores do internato, enquanto professores, e enquanto cidadãos – e mesmo enquanto internos de MGF. Devemos praticar aquilo que pregamos e que sabemos ser o melhor da MGF e dos CSP. As pessoas, os nossos pacientes esperam isso de nós.⁶⁸



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65.
- 2- Starfield B. Primary Care and Its Relationship to Health. In: Primary Care - Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford Uni. New York; 1998. p. 3-17.
- 3- World Health Organization. The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever [Internet]. Geneva; 2008 [cited 2018 Mar 27]. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf
- 4- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65.
- 5- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly.* 2005;83(3):457-502.
- 6- Magalhães JP, Pestana J, Silva RL, Pereira A, Biscaia A. Avoidable hospital admissions depend on the primary healthcare governance model? A global health perspective from Europe countries. *Am J Econ Sociol.* 2024;83(1):127-41.
- 7- Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei no 102/2023. Diário da República no 215/2023. 2023;(27):5-13.
- 8- Entidade Reguladora da Saúde. Estudo sobre o Desempenho das Unidades Locais de Saúde [Internet]. 2015. Available from: https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf
- 9- CNN Portugal. Coordenadores de Unidades Locais de Saúde universitárias alertam para fragilidade do modelo [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 1]. Available from: https://cnnportugal.iol.pt/uls-universitarias/uls/coordenadores-de-unidades-locais-de-saude-universitarias-alertam-para-fragilidade-do-modelo/20241024/671a56c6d34e94b82906a971?utm_source=whatsapp&utm_medium=social&utm_campaign=shared_site
- 10- Área Assistencial de Prestação de Cuidados de Saúde – ULS da Póvoa de Varzim/Vila do Conde [Internet]. Serviço Nacional de Saúde. 2024 [cited 2024 Oct 2]. Available from: <https://www.chpvvc.min-saude.pt/servicos-clinicos/>
- 11- Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-Lei no 52/2022 de 4 agosto - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1a Série [Internet]. 2022;5-52. Available from: dre.pt
- 12- Assembleia de República. Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro - Lei de Bases da Saúde. Diário da República, 1a Série [Internet]. 2019;55-66. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019->

124417108

- 13- World Health Organization. Clinical Services and Systems [Internet]. [cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems>
- 14- Mathers N, Hodgkin P. The Gatekeeper and the Wizard: a fairy tale. *BMJ* [Internet]. 1989;298(6667):172-4. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/298/6667/172.full.pdf>
- 15- Etz RS, Miller WL, Stange KC. Simple rules that guide generalist and specialist care. *Fam Med*. 2021;53(8):697-700.
- 16- Stange KC, Ferrer RL. The Paradox of Primary Care. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):293-9.
- 17- Heath I. Divided we fail The Harveian Oration 2011. *Clin Med*. 2011;11(6):576-86.
- 18- The Commonwealth Fund. Stressed Out Burned Out: 2022 International Survey Primary Care Physicians [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/nov/stressed-out-burned-out-2022-international-survey-primary-care-physicians>
- 19- Granja M, Correia S, Alves L. Access to General Practitioners during the second year of the COVID-19 pandemic in Portugal: a nationwide survey of doctors. *BMC Prim Care* [Internet]. 2023;24(1):1-13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-023-01994-x>
- 20- Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC, Beyene J, Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2023;57:101860. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860>
- 21- Sturmberg JP, Getz LO, Stange KC, Upshur REG, Mercer SW. Beyond multimorbidity: What can we learn from complexity science? *J Eval Clin Pract*. 2021;27(5):1187-93.
- 22- Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet*. 2008;372(9654):1997-9.
- 23- Gervas J. Medicine and its preventive excesses. *Acta Med Port*. 2018;31(2):74-5.
- 24- Pinto D, Corte-Real S, Nunes JM. Actividades preventivas e indicadores - Quanto tempo sobra. *Rev Port Clin Gera*. 2010;(26):455-64.
- 25- Moynihan R, Brodersen J, Heath I, Johansson M, Kuehlein T, Minué-Lorenzo S, et al. Reforming disease definitions: a new primary care led, people-centred approach. *BMJ Evidence-Based Med* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Jun 29];24(5):170-3. Available from: <http://ebm.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjebm-2018-111148>
- 26- Vogt H, Hofmann B, Getz L. The new holism: P4 systems medicine and the medicalization of health and life itself. *Med Heal Care Philos*. 2016;19(2):307-23.
- 27- Rebelo S, Rua SV, Leça JD, Couto A, Teixeira R, Firmino-Machado J. Is healthy children surveillance being duplicated by family physicians and paediatricians? A cross-sectional study in Portugal. *BMJ Open*. 2018 Mar 1;8:e015902.
- 28- Elnegaard S, Pedersen AF, Andersen RS, Christensen R de P, Jarbøl DE. What triggers healthcare-seeking behaviour when experiencing a symptom? Results from a population-based survey. *BJGP Open*. 2017;1(2):bjgpopen17X100761.
- 29- Heath I. The mystery of general practice. 1995.
- 30- Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: Is there an association? *J Public Health Med*. 2002;24(4):252-4.
- 31- Jarman B, Gault S, Alves B, Hider A, Dolan S, Cook A, et al. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *Br Med J*. 1999;318(7197):1515-20.
- 32- Vallejo-Torres L, Morris S. Primary care supply and quality of care in England. *Eur J Heal Econ* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 Oct 29];19(4):499-519. Available from: <https://pmc/articles/PMC5913392/>
- 33- Granja M, Alves L, Correia S. First contact with the health system: a survey study in northern Portugal. *BMJ Open*. 2023;13:e076849.
- 34- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2022 Aug 26 [cited 2021 Nov 17];72(715):e84-90. Available from: <https://pmc/articles/PMC8510690/>
- 35- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8(6):e021161. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- 36- Levene LS, Bankart J, Khunti K, Baker R. Association of Primary Care Characteristics with Variations in Mortality Rates in England: An Observational Study. *PLoS One*. 2012;7(10):e47800.
- 37- Heath I. Who needs health care—the well or the sick? *BMJ*. 2005;330(7497):954-6.
- 38- Sinnott C, Dixon-woods M. Reversing the spiral of dissatisfaction in access to general practice — what can the new government do? *BMJ*. 2024;386::q1622.
- 39- Freeman TR. Principles of Family Medicine. In: McWhinney's Textbook of Family Medicine [Internet]. New York: Oxford University Press; 2016. p. 17-35. Available from: [file:///C:/Users/admin/Downloads/McWhinney 4th ed.pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/McWhinney%204th%20ed.pdf)
- 40- Joana Torres. O (Des)alento da Medicina Geral e Familiar no Serviço Nacional de Saúde. *Jornal Médico* [Internet]. 2023 Mar 15 [cited 2024 Jul 28]; Available from: <https://jornalmedico.pt/perspetivas/43028-o-desalento-da-medicina-geral-e-familiar-no-servico-nacional-de-saude/>
- 41- Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(1).
- 42- Taylor M, Tapkigen J, Ali I, Liu Q, Long Q, Nabwera H. The impact of growth monitoring and promotion on health indicators in children under five years of age in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;2023(10).
- 43- Johansson M, Niklasson A, Albarqouni L, Jørgensen KJ, Guyatt G, Montori VM. Guidelines Recommending That Clinicians Advise Patients on Lifestyle Changes: A Popular but Questionable Approach to Improve Public Health. *Ann Intern Med*. 2024;(1):24-27 doi: 10.7326/ANNALS-24-00283.
- 44- Starfield B. Commentary on Regular Primary Care Lowers Hospitalisation Risk and Mortality in Seniors with Chronic Respiratory Disease. *J Gen Intern Med*. 2010;25(8):758-9.
- 45- Sá L, Ribeiro O, Azevedo LF, Couto L, Costa-Pereira A, Hespanhol A, et al. Patients' estimations of the importance of preventive health services: a nationwide, population-based cross-sectional study in Portugal. *BMJ Open*. 2016;6(10):1-10.
- 46- Martins C, Azevedo LF, Ribeiro O, Sá L, Santos P, Couto L, et al. A population-based nationwide cross-sectional study on preventive health services utilization in Portugal - What services (and frequencies) are deemed necessary by patients? *PLoS One*. 2013;8(11):1-9.
- 47- Einarsdóttir K, Preen DB, Emery JD, Kelman C, Holman CDAJ. Regular primary care lowers hospitalisation risk and mortality in seniors with chronic respiratory diseases. *J Gen Intern Med*. 2010;25(8):766-73.
- 48- Ordem dos Médicos. Código Deontológico da Ordem dos Médicos. *Diário da República* 2016 p. 22575-88.
- 49- Direção Geral de Saúde. NORMA: 001/2023 Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério. 2023 p. 1-20.
- 50- Entidade Reguladora de Saúde. Alerta de Supervisão 8/2024 - Direito de acesso universal a cuidados de saúde dos utentes do Serviço Nacional de Saúde. 2024.
- 51- Ministério da Saúde. Plano de Emergência da Saúde - Um Plano de Emergência e Transformação. 2024; Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc24/comunicacao/documento?i=plano-de-emergencia-e-transformacao-na-saude>
- 52- República Portuguesa. Ligue antes, salve vidas [Internet]. 2024. Available from: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/09/BE_FAQs_Ligue-Antes-Salve-Vidas.pdf
- 53- OECD. Health at a glance 2023 OECD Indicators [Internet]. Paris; 2023. Available from: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- 54- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Regras Projeto - Ligue Antes, Salve Vidas Documento Funcional. 2024.
- 55- Freitas C, da Costa NM. Accessibility to primary health care in low-density regions. A case study: NUTS III-Baixo Alentejo-Portugal. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26:2497-506.
- 56- Quintal C, Antunes M. Equity in usage of medical appointments in Portugal: In sickness and in health, in poverty and in wealth? *Acta Med Port*. 2020;33(2):93-100.
- 57- Bosque-Mercader L, Carrilero N, García-Altés A, López-Casasnovas G, Siciliani L. Socioeconomic inequalities in waiting times for planned and cancer surgery: Evidence from Spain. *Health Econ*. 2023;32:1181-201.
- 58- Doetsch JN, Schlösser C, Barros H, Shaw D, Krafft T, Pilot E. A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: rethinking austerity for the most vulnerable. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):1-13.
- 59- Granja M, Alves L, Correia S. Access to General Practitioners during the COVID-19 pandemic in Portugal—A survey study of patient experiences in an urban setting. *PLoS One*. 2023;18(5):e0285899.
- 60- World Health Organization. Declaration of Astana. In: Global Conference on Primary Health Care [Internet]. 2018. p. 12. Available from:

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

61- Governo de Portugal. Plano Nacional de Saúde 2030 [Internet]. Diário da República 2023 p. 72-126. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>

62- Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12.

63- Voorhees J, Checkland K, Bailey S, Waterman H. A paradox of problems in accessing general practice: a qualitative participatory case study. *Br J Gen Pract*. 2024;74(739):E104-12.

64- Varcoe C, Bungay V, Browne AJ, Wilson E, Wathen CN, Kolar K, et al. EQUIP Emergency: study protocol for an organizational intervention to promote equity in health care. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 29];19:687. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4494-2>

65- Heath I. That by which it is what it is. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2009;59(562):e142-3. Available from: <https://bjgp.org/content/59/562/e142>

66- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [Portuguese Association of Family Medicine/General Practice]. Médicos de Família: A Voz que Deve Ser Ouvida [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://apmgf.pt/2024/05/18/comunicado-medicos-de-familia-a-voz-que-deve-ser-ouvida/>

67- Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar - Ordem dos Médicos [Internet]. [cited 2024 Nov 1]. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/colégio-da-especialidade-de-medicina-geral-e-familiar/>

68- Figueiredo I. O barulho é que nos salva. *Expresso*. 2024;18 outubro.